



PROCEDOL

PROCÉDURES POUR LA PRISE EN CHARGE
DE LA DOULEUR POSTOPÉATOIRE

HYSTÉRECTOMIE PAR VOIE BASSE* CHIRURGIE NON CANCÉREUSE**

COMITÉ SCIENTIFIQUE :

Frédéric Aubrun - Agnès Bellanger - Dominique Fletcher - Valérie Gaudé - Valéria Martinez

* Sous la responsabilité des rédacteurs

GÉNÉRALITÉS

TYPE DE CHIRURGIE

- La voie vaginale est responsable d'une douleur post-opératoire moins intense et moins durable que la laparotomie.
- Utilisation privilégiée du courant bipolaire au lieu des ligatures

DOULEUR

- Douleur préopératoire généralement absente ou faible, pouvant être sévère à intolérable en cas de torsion de myome ou de nécrobiose
- Douleur postopératoire modérée
- Durée ≤ 2 jours
- Trois composantes à la douleur : viscérale (laparotomie et voie vaginale), pariétale (surtout laparotomie) et référée (douleur scapulaire surtout après coelioscopie)

PATIENTE

- Âge moyen : 45 ans (30-75 ans)
- ASA 1 ou 2

CHIRURGIE, RÉÉDUCATION

- Pas d'urgence si chirurgie fonctionnelle. Urgence en cas de douleur ou d'hémorragie
- Durée d'hospitalisation : 1-6 j
- Reprise de l'activité professionnelle à J21-49

REMARQUES

- Pertes sanguines faibles : < 500 mL
- Risque transfusionnel : 2-8 %
- Risque de conversion en laparotomie : 1-4 %
- Extubation précoce
- Iléus postopératoire inhabituel ou de courte durée pouvant être plus long en cas de conversion en laparotomie

** La chirurgie du cancer est associée à d'autres gestes tels que les curages ganglionnaires. Les scores de douleur postopératoire sont en général plus élevés

BLOC OPÉRATOIRE

| PRODUIT/VOIE | MODALITÉS | POSOLOGIE | BÉNÉFICES ATTENDUS | REMARQUES |
|--|--|--|---|--|
| LOCORÉGIONALE | | | | |
| MORPHINE 1 mg/mL INTRATHÉCALE | Injection en bolus au moment de la rachianesthésie | 100-150 µg/ bolus | Analgesie d'excellente qualité couvrant en moyenne les premières 24 h postopératoires | |
| PARENTÉRALE | | | | |
| PARACÉTAMOL 1 g IV | Perfusion sur 15 min | 1 g | Analgesie par anticipation | Perfuser 45 à 60 min avant la fin de l'intervention Délai d'action : 20 min Pic d'efficacité : 1-2 h |
| KÉTOPROFÈNE 100 mg IV | Perfusion sur 15 min | 50 mg | Analgesie par anticipation | Perfuser 45 à 60 min avant la fin de l'intervention. En gynécologie obstétrique, dose de 50 mg aussi efficace que 100 mg |
| ALTERNATIVES | | | | |
| NÉFOPAM 20 mg IV | Perfusion sur 30 min, 20 min avant la fin de l'intervention | 20 mg | Analgesie par anticipation Réduction de la consommation de morphine | À la place du paracétamol ou du kétoprofène si contre-indication ou associé aux deux |
| MORPHINE 1 mg/mL IV OU TRAMADOL 100 mg/2 mL IV | IV lente IV lente | 0,15- 0,20 mg/kg/ bolus 50-100 mg | Analgesie par anticipation Analgesie par anticipation | 45 à 60 min avant la fin de l'intervention surtout si utilisation du rémifentanyl NVPO fréquents |

SSPI

| PRODUIT/VOIE | MODALITÉS | POSOLOGIE | BÉNÉFICES ATTENDUS | REMARQUES |
|---------------------------------|---|---------------------|---|---|
| PARENTÉRALE | | | | |
| MORPHINE 1 mg/mL IV | Titration par bolus quand patient évaluable dès EVA > 30 mm | 2-3 mg/ 5-10 min | Adaptation aux besoins du patient | Surveillance continue de la conscience, fréquence respiratoire et score de la douleur |
| PARACÉTAMOL 1 g IV | Perfusion sur 15 min | 1 g | Effet additif avec les AINS Réduction de la consommation de morphine | Si non administré au bloc opératoire |
| KÉTOPROFÈNE 100 mg IV | Perfusion sur 15 min | 50 mg | Analgesie additive avec paracétamol Réduction de la consommation de morphine | Si non administré au bloc opératoire. En gynécologie obstétrique, la dose de 50 mg est aussi efficace que 100 mg Respecter les contre-indications des AINS |

SECTEUR D'HOSPITALISATION

| PRODUIT/VOIE | MODALITÉS | POSOLOGIE | BÉNÉFICES ATTENDUS | REMARQUES |
|---|---|--|-------------------------|---|
| PARENTÉRALE | | | | |
| PARACÉTAMOL 1 g IV | Perfusion sur 15 min | 1 g x 4/j | Analgesie de complément | |
| KÉTOPROFÈNE 100 mg IV | Perfusion sur 15 min | 50 mg x 4/j pendant 2 j max | Analgesie de complément | |
| NÉFOPAM 20 mg IV | Perfusion sur 30 min | 20 mg x 4/j | Analgesie de complément | À la place du paracétamol ou du kétoprofène si contre-indication, ou associé aux deux |
| ALTERNATIVES | | | | |
| MORPHINE 1 mg/mL IV | PCA*** | 1 mg/bolus, période réfractaire : 5-10 min | | |
| OU | | | | |
| MORPHINE 10 mg/mL SC | À la demande ou systématique pendant 24 h | 0,1 mg/kg x 4-6/j | | |
| RELAIS PER OS DÈS QUE POSSIBLE | | | | |
| Pour toutes les voies d'abord, si EVA < 30 mm au repos, et demande de dose de morphine PCA < 10 mg/24 h | | | | |
| KÉTOPROFÈNE LP 100 mg PO | 100 mg x 2/j, pendant 5 j max, traitement IV compris | | | |
| ANTALGIQUE DE NIVEAU 2 | • Paracétamol (400-500 mg) + codéine (20-30 mg) - 1-2 cp. x 3/j OU • Tramadol (50 mg) : 1-2 cp. x 4/j, max 400 mg/j | | | |

*** PCA : patient controlled analgesia : analgesie contrôlée par le patient

ORDONNANCE DE SORTIE

PARACÉTAMOL 1 g PO

• 1 g x 4/j

KÉTOPROFÈNE LP 100 mg PO

• 1 cp x 2/j en surveillant la tolérance gastroduodénale

ALTERNATIVES

ANTALGIQUE DE NIVEAU 2

• Paracétamol (400-500 mg) + codéine : (20-30 mg) x 3/j

OU

• Tramadol (50 mg) : 1-2 cp. x 3-4/j

Durée de traitement : 5-7 jours

AMBULATOIRE

- L'hystérectomie par voie vaginale est pratiquée en ambulatoire dans certains pays mais pas en France.

Références essentielles :

- De Leon-Casasola OA et al. Bowel function recovery after radical hysterectomies: thoracic epidural bupivacaine-morphine versus intravenous patient-controlled analgesia with morphine: a pilot study. J. Clin. Anesth. 1996; 8: 87-92.
- Garry R, et al. The eVALuate study: two parallel randomised trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy. BMJ. 2004; 10.1136/bmj.37984.623889.F6
- Hannibal K, et al. Preoperative wound infiltration with bupivacaine reduces early and late opioid requirement after hysterectomy. Anesth. Analg. 1996; 83: 376-81.
- Jorgensen H, et al. Effect of peri- and postoperative epidural anaesthesia on pain and gastrointestinal function after abdominal hysterectomy. Br. J. Anaesth. 2001; 87: 577-83.
- Kelly MC, et al. Bilateral ilioinguinal nerve blocks for analgesia after total abdominal hysterectomy. Anaesthesia. 1996; 51: 406.
- Makinen J, et al. Morbidity of 10 110 hysterectomies by type of approach. Hum. Reprod. 2001; 16: 1473-8.
- Nascimento MC et al. Postoperative analgesic requirements - total laparoscopic hysterectomy versus vaginal hysterectomy. Aug NZJ Obstet Gynaecol 2005; 45:140-143.
- Ng A, et al. The analgesic effects of intraperitoneal and incisional bupivacaine with epinephrine after total abdominal hysterectomy. Analg. 2002; 95: 158-62.
- Ottosen C, et al. Three methods for hysterectomy: a randomised, prospective study of short term outcome. Br. J. Obstet. Gynaecol. 2000; 107: 1380-5
- Formalized recommendations of experts 2008. Management of postoperative pain in adults and children. Recommandations formalisées d'experts. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et d'enfant. Comité douleur-anesthésie locorégionale et le comité des référentiels de la SFAR. Ann Fr Anesth Reanim. 2008; 27: 1035-41.