

# 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
<b>LOCORÉGIONALE</b>				
<b>MORPHINE 1 mg/mL INTRATHÉCALE</b>	Injection en bolus au moment de la rachianesthésie	100-150 µg/ bolus	Analgésie d'excellente qualité couvrant en moyenne les premières 24 h postopératoires	
<b>PARENTÉRALE</b>				
<b>PARACÉTAMOL 1 g IV</b>	Perfusion sur 15 min	1 g	Analgésie par anticipation	Perfuser 45 à 60 min avant la fin de l'intervention Délai d'action : 20 min Pic d'efficacité : 1-2 h
<b>KÉTOPROFÈNE 100 mg IV</b>	Perfusion sur 15 min	50 mg	Analgésie 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
<b>ALTERNATIVES</b>				
<b>NÉFOPAM 20 mg IV</b>	Perfusion sur 30 min, 20 min avant la fin de l'intervention	20 mg	Analgésie par anticipation Réduction de la consommation de morphine	À la place du paracétamol ou du kétoprofène si contre-indication ou associé aux deux
<b>MORPHINE 1 mg/mL IV</b>  <b>OU</b>  <b>TRAMADOL 100 mg/2 mL IV</b>	IV lente	0,15- 0,20 mg/kg/ bolus	Analgésie par anticipation	45 à 60 min avant la fin de l'intervention surtout si utilisation du rémifentanil
	IV lente	50-100 mg	Analgésie par anticipation	NVPO fréquents

**SSPI**

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
<b>PARENTERALE</b>				
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	Analgésie 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
<b>PARENTERALE</b>				
PARACÉTAMOL 1 g IV	Perfusion sur 15 min	1 g x 4/j	Analgésie de complément	
KÉTOPROFÈNE 100 mg IV	Perfusion sur 15 min	50 mg x 4/j pendant 2 j max	Analgésie de complément	
NÉFOPAM 20 mg IV	Perfusion sur 30 min	20 mg x 4/j	Analgésie de complément	À la place du paracétamol ou du kétoprofène si contre-indication, ou associé aux deux
<b>ALTERNATIVES</b>				
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		
<b>RELAIS PER OS DÈS QUE POSSIBLE</b>				
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paracétamol (400-500 mg) + codéine (20-30 mg) - 1-2 cp. x 3/j</li> <li>OU</li> <li>• Tramadol (50 mg) : 1-2 cp. x 4/j, max 400 mg/j</li> </ul>			

\*\*\* PCA : patient controlled analgesia : analgésie 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.