

ORDONNANCE DE SORTIE

Si nutrition orale normale

PARACÉTAMOL  
EFFERVESCENT 500 mg PO

+

CODÉINE  
30 mg PO

2 gél x 3-4/j

Si voie orale inutilisable et selon le niveau de la douleur

PARACÉTAMOL  
500 mg SUBLINGUAL

1 cp orodispersible x 4/j

et/ou

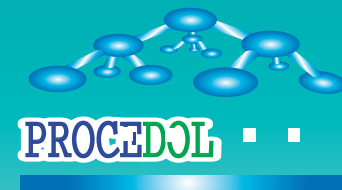
FENTANYL  
25 µg/h PATCH

si douleurs fortes (hors AMM)

ÉTABLISSEMENT

Références bibliographiques

1. Mann C, et al. Prise en charge périopératoire des patients opérés de l'œsophage pour cancer. In : Le Praticien en Anesthésie-Réanimation. 2001 ; 5 : 330-35.
2. Bonenkamp JJ. Surgery for upper gastrointestinal malignancies. Semin. Oncol. 2004 ; 31 : 542-53.
3. Whooley BP, et al. Analysis of reduced death and complication rates after esophageal resection. Ann. Surg. 2001 ; 233 : 338-44.
4. Brodner G, et al. A multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation in patients undergoing abdominothoracic esophagectomy. Anesth. Analg. 1998 ; 86 : 228-34.
5. Flisberg P, et al. Pain relief after esophagectomy : Thoracic epidural analgesia is better than parenteral opioids. Cardiothorac. Vasc. Anesth. 2001 ; 15 : 282-87.
6. Kelly FE, Murdoch JA, Sanders DJ, Berrisforf RG. Continuous paravertebral block for thoraco-abdominal oesophageal surgery". Anaesthesia. 2005 ; 60 : 98-9.
7. Chandrashekar MV, Irving M, Wayman J, Raimes SA, Linsley A. Immediate extubation and epidural analgesia allow safe management in a high-dependency unit after two-stage oesophagectomy. Results of eight years of experience in a specialized upper gastrointestinal unit in a district general hospital. Br. J. Anaesth. 2003 ; 90 : 474-9.
8. Kahn L, Baxter FJ, Dauphin A, Goldsmith C, Jackson PA, McChesney J, Miller JD, Takeuchi HL, Young JE: A comparison of thoracic and lumbar epidural techniques for post-thoracoabdominal esophagectomy analgesia. Can. J. Anaesth. 1999 ; 46 : 415-22.
9. Rigg JR, Jamrozik K, Myles PS, Silbert BS, Peyton PJ, Parsons RW, Collins KS. Epidural anaesthesia and analgesia and outcome of major surgery : a randomised trial. Lancet 2002 ; 359 : 1276-82.
10. Terai T, Yukioka H, Fujimori M. Administration of epidural bupivacaine combined with epidural morphine after esophageal surgery. Surgery 1997 ; 121 : 359-65.
11. Tsui SL, Chan CS, Chan AS, Wong SJ, Lam CS, Jones RD. Postoperative analgesia for oesophageal surgery : a comparison of three analgesic regimens. Anaesth. Intensive Care. 1991 ; 19 : 329-37.
12. Watson A, Allen PR. Influence of thoracic epidural analgesia on outcome after resection for esophageal cancer. Surgery 1994 ; 115 : 429-32.



DATE DE DIFFUSION :

PROCÉDURES POUR  
LA PRISE EN CHARGE  
DE LA DOULEUR  
POSTOPÉATOIRE

## ŒSOPHAGECTOMIE\*

COMITÉ SCIENTIFIQUE : Frédéric Aubrun - Dominique Fletcher - Christian Jayr - Agnès Bellanger - Chantal Bernard

RÉDACTEURS : Frédéric Aubrun - Marc Beaussier - Anissa Belbachir - Franck Bolandard - Gilles Boccara - Laurent Delaunay - Dominique Fletcher - Elisabeth Gaertner - Christian Jayr - Hawa Keita-Meyer - Philippe Macaire - Claude Mann - Emmanuel Marret - Cyrus Motamed - Catherine Spielvogel - François Sztark

### Douleur'

- La douleur préopératoire est souvent le témoin d'un envahissement carcinologique important. Dans ce cas, il est fréquent que le stade d'une chirurgie curative soit déjà dépassé
- Douleur postopératoire forte à intense, majorée par la mobilisation et la toux. La thoracotomie augmente l'intensité (3-5 j) de la douleur et peut occasionner des douleurs neuropathiques chroniques
- Le réveil après œsophagectomie est progressif (après réchauffement, stabilisation des paramètres hémodynamiques et ventilatoires). Même si des protocoles d'extubation rapide (fast-track) sont désormais souvent applicables, le maintien d'une sédation pendant quelques heures en postopératoire est souvent nécessaire et doit être mis à profit pour optimiser la stratégie analgésique

### Patient

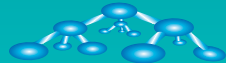
- Contexte d'intoxication éthylo-tabagique le plus souvent
- Dénutrition préopératoire (évaluée très simplement sur la perte de poids ou de façon plus précise sur des paramètres morphologiques et biochimiques) qui augmente le risque de complications opératoires. Dans certains cas, une renutrition préalable sera bénéfique

### Chirurgie, rééducation

- Le type de chirurgie dépend de la localisation tumorale <sup>2</sup> :
  - Tumeur du tiers moyen ou inférieur : intervention de Lewis-Santy avec laparotomie, thoracotomie droite et anastomose intra-thoracique. Le décubitus latéral gauche peut entraîner des douleurs de position souvent au niveau des épaules.
  - Tumeur du tiers supérieur : intervention de Akiyama avec laparotomie, thoracotomie droite et cervicotomie.
  - Si les ganglions ne sont pas envahis, une dissection transhiatale avec résection œsophagienne sans thoracotomie est réalisable.
- Chirurgie qui entraîne des répercussions cardiovasculaires, respiratoires et métaboliques très lourdes. C'est une chirurgie « à risque », dont la mortalité postopératoire est encore élevée
- Durée d'hospitalisation, en l'absence de complication : 10 jours. La survenue de complications, notamment d'infection respiratoire ou de défaillance multiviscérale prolonge le séjour en unité de soins intensifs ou réanimation
- Rééducation postopératoire longue, permettant dans les cas les plus simples, une reprise de l'activité normale en 8 à 12 semaines

\* Sous la responsabilité des auteurs





PROCEDOL

PROCÉDURES POUR  
LA PRISE EN CHARGE  
DE LA DOULEUR  
POSTOPÉRATOIRE

BLOC OPÉRATOIRE

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
LOCORÉGIONALE				
ROPIVACAÏNE 0,2 % + SUFENTANIL 1 µg/ml PÉRIDURALE <sup>1,3,4,5</sup>	Ponction thoracique en T6-T9 (en préhop) Cathétérisme 4-5 cm en direction céphalique	Bolus de 5-10 ml (vérification niveau) puis 5 ml/h en continu	Analgésie puissante Réduction des répercussions endocrino- métaboliques Réduction de la morbidité respiratoire Extubation précoce	Si crainte d'instabilité hémodynamique peropératoire, l'analgésique sera injecté (même posologie) 30 min avant la fin de la chirurgie
ALTERNATIVES				
ROPIVACAÏNE 0,2 % BLOC PARAVERTÉBRAL <sup>6</sup>	Cathétérisme posé à vue dans la gouttière paravertébrale à l'ouverture	Bolus de 10 ml puis 0,1 ml/kg/h pendant 4-5 j	En association avec morphine (PCA) et antalgiques non morphiniques Bonne couverture analgésique sans les risques de la péridurale	Peut-être utilisée en peropératoire D'autres études doivent confirmer l'intérêt de ce bloc dans ce type de chirurgie avec laparotomie
OU				
BUPIVACAÏNE 0,25 % BLOC PARAVERTÉBRAL <sup>6</sup>				
PARENTÉRALE				
PARACÉTAMOL 1 g IV	Perfusion sur 15 min	1 g	Analgésie de complément	Pic d'efficacité : 1-2 h
KÉTOPROFÈNE 100 mg IV	Perfusion sur 15 min	50 mg	Analgésie de complément	Pic d'efficacité : 1 h
NÉFOPAM 20 mg IV	Perfusion sur 30 min	20 mg	Analgésie de complément	A la place du kétoprofène ou du paracétamol si contre indication, ou associé aux 2

SSPI/UNITÉ DE SOINS INTENSIFS

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
LOCORÉGIONALE				
ROPIVACAÏNE 2 mg/ml + SUFENTANIL 1 µg/ml PÉRIDURALE <sup>1,4,5</sup>	En continu (3-4 j) ou PCEA**	5 ml/h en continu  2 ml/bolus Intervalle libre : 20 min	Analgésie puissante Réduction des répercussions endocrinologiques et métaboliques Réduction de la morbidité respiratoire	
PARENTÉRALE				
MORPHINE 1 mg/ml IV  puis	Titration par bolus	2-3 mg/5 min		Surveillance continue de la conscience, fréquence respiratoire et score de douleur
MORPHINE 1 mg/ml IV	PCA***	1 mg Période réfractaire : 5-10 min		
PARACÉTAMOL 1 g IV	Perfusion sur 15 min	1 g	Analgésie de complément	Si non administré au bloc opératoire
KÉTOPROFÈNE 100 mg IV <sup>1,4</sup>	Perfusion sur 15 min	50 mg x 4/48 h	Analgésie de complément	Respecter les contre- indications et les précautions d'emploi des AINS
NÉFOPAM 20 mg IV	Perfusion sur 30 min	20 mg x 4/48 h	Analgésie de complément	A la place du paracétamol ou du kétoprofène si contre- indication ou associé aux 2

REMARQUES

- Si patient sédaté ou ventilé dans la période postopératoire, administration continue par voie IV de fentanyl : 100 µg/h ou sufentanil : 15 µg/h
- Après passage en SSPI, un séjour en unité de soins intensifs est le cas le plus fréquent pendant environ 5 jours en l'absence de complications. Les techniques d'analgésie proposées sont celles de la SSPI
- Les techniques d'analgésie sont associées à un programme de réhabilitation postopératoire précoce : kinésithérapie respiratoire, générale, réalimentation entérale précoce par une sonde de jéjunostomie posée en peropératoire puis réalimentation orale après arrêt de l'aspiration nasogastrique, en l'absence de troubles de la déglutition

\*\* PCEA : Patient controlled epidural analgesia : analgésie épidurale contrôlée par le patient

\*\*\* PCA : Patient controlled analgesia : analgésie contrôlée par le patient

ŒSOPHAGECTOMIE

- TYPE DE CHIRURGIE : le plus fréquemment, intervention de Lewis-Santy si la tumeur n'envahit pas les organes de voisinage  
Le temps abdominal peut être fait sous coelioscopie, la coelioscopie est rarement utilisée pour le temps thoracique
- TYPE D'ANESTHÉSIE : anesthésie générale en décubitus latéral gauche avec ventilation à poumons séparés  
L'analgésie péridurale peut être utilisée en peropératoire mais surtout en postopératoire pour améliorer la qualité d'analgésie, diminuer la ventilation postopératoire, les complications pulmonaires et la durée d'hospitalisation<sup>7-12</sup>

SECTEUR D'HOSPITALISATION

en dehors d'une unité de soins intensifs

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
LOCORÉGIONALE				
ROPIVACAÏNE 0,75 % INFILTRATION	Infiltration au niveau de l'orifice du drain	10 ml	Analgésie si douleur orifices des drains ou lors de l'ablation des drains	
PARENTÉRALE				
MORPHINE 1 mg/ml IV	PCA quand patient évaluable dès EVA > 30 mm	1 mg/bolus Période réfractaire : 5 min	Entretien analgésique	Relais de l'analgésie locorégionale Surveillance continue de la conscience, fréquence respiratoire et score de douleur
OU				
MORPHINE 10 mg/ml SC	Sous cutanée profonde (jamais IM)	5-10 mg/4		
RELAIS				
MORPHINE 10-20 mg PO À LIBÉRATION RAPIDE	A la demande	10-20 mg x 4-6/j	Entretien analgésique	En l'absence de troubles de déglutition
et				
PARACÉTAMOL 1 g PO	Systématique	1 g x 4/j	Entretien analgésique	
OU				
PARACÉTAMOL 400 mg PO DEXTROPROPOXYPHÈNE 30 mg PO	Systématique	2 gél. x 4/j	Entretien analgésique	En cas de sevrage complet en morphine
OU				
PARACÉTAMOL 400-500 mg PO + CODÉINE 20-30 mg PO	Systématique	2 cp x 4/j	Entretien analgésique	En cas de sevrage complet en morphine