

ARTHROSCOPIE SIMPLE* (MÉNISCECTOMIE)

COMITÉ SCIENTIFIQUE :

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

* Sous la responsabilité des rédacteurs

GÉNÉRALITÉS

TYPE DE CHIRURGIE

Méniscectomie partielle ou suture méniscale - Durée de l'intervention < 60 min

TYPE D'ANESTHÉSIE

3 techniques sont pratiquées :

- 1/ Anesthésie générale adaptée à un geste chirurgical court : agents d'élimination rapide (propofol, sévoflurane, alfentanil)
- 2/ Rachianesthésie unilatérale ou bilatérale, l'utilisation de la chlorocaïne est intéressante pour les gestes courts (< 40 min.)
- 3/ Bloc plexique et tronculaire seul ou associé à l'anesthésie générale.

DOULEUR

- Habituellement faible (EVA = 20-30 mm)
- Durée < 48 h

RÉÉDUCATION

- Durée de la rééducation : 3 semaines
- Souvent réalisée en ambulatoire

PRÉOPÉRAIRE

- Paracétamol 1g IV lent à l'induction : le paracétamol administré en préopératoire diminuerait les nausées et vomissements postopératoires
- Dexaméthasone 8 mg IV à l'induction : la dexaméthasone administré en préopératoire diminuerait la douleur, la consommation de morphine, les nausées-vomissements et la fatigue postopératoire

BLOC OPÉRATOIRE

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
LOCORÉGIONALE				
BLOC INTRA-ARTICULAIRE ROPIVACAÏNE 2 mg/mL (0,2 %)	Injection intra articulaire	20-40 mL (40-80 mg)	Diminution EVA dans les six premières heures postopératoires Épargne en antalgiques parentéraux	Pic de concentration: 30 min après la levée du garrot exceptionnellement Clonidine (150 µg) en association avec la ropivacaïne (synergique) ou la morphine majore la durée et la qualité de l'analgésie
OU				
BLOC INTRA-ARTICULAIRE LÉVOBUPIVACAÏNE 0,25 % (2,5 mg/mL)	Injection intra articulaire	50 à 100 mL (125-250 mg)		Efficacité analgésique comparable à la ropivacaïne
MORPHINE 1 mg/mL IV INTRA-ARTICULAIRE	Injection intra articulaire	1-3 mg	Analgésie retardée mais prolongée (24h) L'association avec un anesthésique local améliore l'analgésie	Action antalgique périphérique Effet systémique possible si dose > 1 mg
PARENTÉRALE				
PARACÉTAMOL 1 g IV	Perfusion sur 15 min en début d'intervention Systématique	1 g	Analgésie par anticipation	Intérêt en ambulatoire
KÉTOPROFÈNE 100 mg IV	Perfusion sur 15 min en début d'intervention Systématique	50-100 mg	Analgésie par anticipation Analgésie au mouvement Synergie d'action avec la morphine	Intérêt en ambulatoire
NÉFOPAM 20 mg IV	Perfusion sur 15 min	20 mg	Analgésie par anticipation	À la place du kétoprofène ou du paracétamol si contre- indication, ou associé au deux
REMARQUES	<ul style="list-style-type: none"> • L'injection intra-articulaire d'anesthésiques locaux et de morphine est indiquée chez le patient hospitalisé ou en ambulatoire • Maintenir le garrot 5-10 minutes après l'injection intra-articulaire pour améliorer la qualité de l'analgésie 			

SSPI

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
MORPHINE 1 mg/mL IV	Titration par bolus quand patient évaluable dès EVA > 30 mm	1-3 mg/5 min	Adaptation rapide aux besoins du patient	Surveillance continue de la conscience, fréquence respiratoire et score de douleur La titration est possible en chirurgie ambulatoire à condition d'administrer de faibles doses (0,15 mg/kg)

UNITE DE CHIRURGIE OU AMBULATOIRE

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
PARACÉTAMOL 1 g PO	Systematique	1g X 4/j		L'administration du paracétamol doit tenir compte de la dernière prise de paracétamol
KÉTOPROFÈNE LP 100 mg PO		100 mg x 2/j	Analgésie multimodale	Attention, restriction d'utilisation chez le sujet âgé
MORPHINE 10 mg/mL SC	2 heures après la fin de la titration	5-10 mg/ 4-6 h	Entretien d'analgésie	En cas de douleur non calmée par les antalgiques non morphiniques (exceptionnel). Non adapté à la chirurgie ambulatoire
RELAIS PER OS DÈS QUE POSSIBLE				
PARACÉTAMOL 1 g PO	Selon besoins	1 g X 4/j pendant durée nécessaire	Confort du patient	
KÉTOPROFÈNE LP 100 mg PO		100 mg x 2/j	Confort du patient	
ALTERNATIVES				
ANTALGIQUE DE NIVEAU 2	Paracétamol + ou - codéine ou paracétamol ± tramadol - 1-2 cp. x 3/j			
ANALGÉSIE DE SECOURS	Sulfate de morphine LI - 10 mg - jusqu'à 6 par jour			

ORDONNANCE DE SORTIE

PARACÉTAMOL 1 g PO

• 1 g x 4/j pendant 3-7 jours

ET/OU

KÉTOPROFÈNE LP 100 mg PO

• 100 mg x 2/j pendant 3-7 jours

SI BESOIN

Associer le paracétamol à un antalgique de niveau 2

AMBULATOIRE

- L'éducation et la préparation du patient avant l'intervention et au moment de la sortie avant retour à domicile permettent de réduire son anxiété et donc sa douleur postopératoire. L'information (orale et écrite) a pour objectif de présenter les outils d'évaluation de sa douleur, les moyens de la traiter à l'hôpital puis à domicile
- Concernant la **gestion de la douleur à domicile**, le patient est encouragé à prendre régulièrement les antalgiques en respectant la posologie. Après anesthésie locorégionale, il est recommandé d'absorber les antalgiques avant le coucher, même si la douleur est encore minime. En fonction de l'intensité de la douleur, le patient doit utiliser le traitement de secours. En cas d'inefficacité, il doit contacter le centre ou le médecin traitant qui doit être informé
- La **douleur postopératoire** peut entraîner un retard dans l'aptitude de remise à la rue, des effets secondaires tels que les nausées-vomissements et un inconfort tel que des troubles du sommeil ou une impotence fonctionnelle
- Un **score de douleur** < 4/10 au repos et surtout en condition dynamique est indispensable pour autoriser le retour à domicile du patient. Dans le cas contraire, un réajustement du traitement antalgique du patient doit s'effectuer avant sa sortie

Références essentielles :

- Brill S, Plaza M. Non-narcotic adjuvants may improve the duration and quality of analgesia after knee arthroscopy: a brief review. *Can J Anaesth.* 2004; 51: 975-8. Review.
- Convery PN, Milligan KR, Quinn P et al. Efficacy and uptake of ropivacaine and bupivacaine after single intra-articular injection in the knee joint. *Br. J. Anaesth.* 2001; 87: 570-6.
- Deleuze A, Gentili M, Bonnet F. L'analgesie par voie intra-articulaire est-elle utile dans la chirurgie du genou ? Conférence d'actualisation. *JEPU* 2003, eds CRI, Paris, 2003: 277-86.
- Dias JM, Mazuquin BF, Mostagi FQ, Lima TB, Silva MA, Resende BN, Borges da Silva RM, Lavado EL, Cardoso JR. The effectiveness of postoperative physical therapy treatment in patients who have undergone arthroscopic partial meniscectomy: systematic review with meta-analysis. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2013; 43: 560-76. doi: 10.2519/jospt.2013.4255. Epub 2013 Jun 11. Review.
- Møiniche S, Mikkelsen S, Wetterslev J, Dahl JB. A systematic review of intra-articular local anesthesia for postoperative pain relief after arthroscopic knee surgery. *Reg Anesth Pain Med.* 1999; 24: 430-7. Review.
- Nair GS, Abrishami A, Lermite J, Chung F. Systematic review of spinal anaesthesia using bupivacaine for ambulatory knee arthroscopy. *Br J Anaesth.* 2009; 102:307-15.
- O'Donnell BD, Iohom G. Regional anesthesia techniques for ambulatory orthopedic surgery. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2008; 21:723-8. Review.
- Papalia R, Zampogna B, Franceschi F, Torre G, Maffulli N, Denaro V. Tourniquet in knee surgery. *Br Med Bull.* 2014 May 17. Review.
- Sargent CA, Dunfee MT. Knee block anesthesia for arthroscopic procedures. *AORN J.* 2005; 82: 20-36; quiz 39-42. Review.
- Zeng C, Gao SG, Cheng L, Luo W, Li YS, Tu M, Tian J, Xu M, Zhang FJ, Jiang W, Wei LC, Lei GH. Single-dose intra-articular morphine after arthroscopic knee surgery: a meta-analysis of randomized placebo-controlled studies. *Arthroscopy.* 2013; 29: 1450-8.e2. Review.