

**ORDONNANCE DE SORTIE****ANTALGIQUE DE NIVEAU 2**

- Paracétamol (500 mg) + codéine (30 mg) :  
1-2 cp x 4/j  
**ou**
- Tramadol (50 mg) : 1 gél. x 4/j

## ÉTABLISSEMENT

## Références bibliographiques

- Doré B, et al. Chirurgie ouverte de l'hypertrophie bénigne de la prostate. Encycl. Méd. Chir. (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Techniques Chirurgicales-Urologie 2001 ; 41-275.
- Paulhac P, et al. Traitement endoscopique de l'hypertrophie bénigne de la prostate. Encycl. Méd. Chir. (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Techniques Chirurgicales-Urologie 1998 ; 41-2731.
- Nouette-Gaulain K, Sztark F. Anesthésie selon le terrain : Urologie. In : Anesthésie Réanimation chirurgicale 3<sup>ème</sup> édition. K. Samii ed. Flammarion, Paris ; 2003 : 450-8.
- Luttwak Z, et al. Transvesical prostatectomy in elderly patients. J. Urol. 1997 ; 157 : 2210-1.
- Grass JA. Sufentanil : clinical use as postoperative analgesic-epidural/intrathecal route. J. Pain Symptom. Manage. 1992 ; 7 : 271-86.
- Kararmaz A, et al. Low-dose bupivacaine-fentanyl spinal anaesthesia for transurethral prostatectomy. Anaesthesia 2003 ; 58 : 526-30.
- Shalev M, et al. Long-term incidence of acute myocardial infarction after open and transurethral resection of the prostate for benign prostatic hyperplasia. J. Urol. 1999 ; 161 : 491-3.
- Kirson LE, et al. Low-dose intrathecal morphine for postoperative pain control in patients undergoing transurethral resection of the prostate. Anesthesiology 1989 ; 71 : 192-5.
- Malhotra V. Transurethral resection of the prostate. Anesthesiol. Clin. North. America 2000 ; 18 : 883-97.
- Sakai T, et al. Mini-dose (0.05 mg) intrathecal morphine provides effective analgesia after transurethral resection of the prostate. Can J. Anaesth. 2003 ; 50 : 1027-30.
- Brown DR, et al. Intrathecal anesthesia and recovery from radical prostatectomy : a prospective, randomized, controlled trial. Anesthesiology. 2004 ; 100 : 926-34.
- Sites BD, et al. Intrathecal clonidine added to a bupivacaine-morphine spinal anesthetic improves postoperative analgesia for total knee arthroplasty. Anesth. Analg. 2003 ; 96 : 1083-8.
- Frank E, et al. Postoperative epidural analgesia following radical retropubic prostatectomy: outcome assessment. J. Surg. Oncol. 1998 ; 67 : 117-20.
- Fugen M, et al. [Prolonged peridural analgesia (PDA) for postoperative pain therapy after major urologic interventions. Experiences with 172 adult patients]. Urologe A. 2000 ; 39 : 41-7.



PROCÉDURES POUR  
LA PRISE EN CHARGE  
DE LA DOULEUR  
POSTOPÉRAtoire

**ADÉNOME DE LA PROSTATE\***

**COMITÉ SCIENTIFIQUE** : Frédéric Aubrun - Dominique Fletcher - Christian Jayr - Agnès Bellanger - Chantal Bernard  
**RÉDACTEURS** : Frédéric Aubrun - Marc Beaussier - Anissa Belbachir - Chantal Bernard - Franck Bolandard - Gilles Boccara - Olivier Choquet - Laurent Delaunay - Nicolas Derrode - Dominique Fletcher - Elisabeth Gaertner - Olivier Gall - Christian Jayr - Hawa Keita-Meyer - Guy Kuhlman - Pierre Lena - Philippe Macaire - Claude Mann - Emmanuel Marret - Olivier Mimoz - Cyrus Motamed - Marc Roucoules-Aimé - Catherine Spielvogel - François Sztark

**Douleur**

- Pathologie non douloureuse en préopératoire
- Douleur postopératoire :  
- intense pendant 48 h (EVA > 50-60 mm) après adénomectomie par voie haute  
- modérée à faible jusqu'à J4-J5 postopératoire

**Patient<sup>1,3</sup>**

- Sujet âgé > 65 ans
- Pathologies fréquemment associées : cardiovasculaires, respiratoires, infections urinaires

**Chirurgie<sup>1,2</sup>**

- Le traitement de l'adénome ou hyperplasie bénigne de la prostate est d'abord médical. L'indication chirurgicale est posée en cas de retentissement mictionnel important ou de complications
- L'intervention la plus fréquemment pratiquée est la résection transurétrale de la prostate (RTUP). La complication particulière est la réabsorption systémique du liquide d'irrigation vésicale (TURP syndrome) avec surcharge hydrique, hypo-osmolarité, hémolyse et troubles neurologiques. L'utilisation de solution iso-osmolaire (glycocolle 1,2 %-1,5 %) n'a pas fait complètement disparaître cette complication
- Durée d'hospitalisation : 1 semaine

- **TYPE DE CHIRURGIE** : L'adénomectomie par voie haute est une chirurgie radicale permettant d'enlever avec certitude la totalité d'un adénome volumineux (> 50 g). D'une durée de 2 h, cette chirurgie peut se réaliser par voie transvésicale ou rétropubienne avec risque de saignement important
- **TYPE D'ANESTHÉSIE** : Rachianesthésie est la technique de choix ou anesthésie générale

## BLOC OPÉRAtoire

PRODUIT/VOIE MODALITÉS POSOLOGIE BÉNÉFICES ATTENDUS REMARQUES

### LOCORÉGIONALE

<b>BUPIVACAÏNE 0,5 %</b> ±	Rachianesthésie Ponction L3-L4	7,5-10 mg	Les complications ; TURP syndrome et les perforations de vessie seraient plus facilement détectables sous ALR chez un malade conscient. Le sufentanil raccourcit le délai de récupération et offre une analgésie postopératoire immédiate mais durant 3 h seulement	Nécessité d'obtenir un niveau supérieur à T10 Très utilisée dans la RTUP Le sufentanil peut-être remplacé par fentanyl (25 µg, hors AMM)
<b>SUFENTANIL 5 µg / ml</b>		5-10 µg		

### ALTERNATIVES

<b>BUPIVACAÏNE 0,5 %</b> ±	Rachianesthésie Ponction L3-L4	7,5-10 mg	La morphine assure une analgésie de 12 à 24 h avec un délai d'installation de 1 à 3 h	Prudence chez les patients âgés avec le risque de dépression respiratoire retardée
<b>MORPHINE 1 mg/ml</b> ±		50-100 µg		
<b>CLONIDINE 150 µg/ml</b>		1 µg/kg		La clonidine prolonge le bloc sensitivo-moteur de la bupivacaïne mais entraîne hypotension artérielle et sédation (hors AMM)

<b>ROPIVACAÏNE 0,75 % INFILTRATION</b>	Infiltration pariétale	225 mg (30 ml)	Analgésie locale de complément après une anesthésie générale. Réduction de la consommation de morphine en SSPI	A faire réaliser par le chirurgien lors de la fermeture. L'anesthésie générale est faite surtout pour les résections par voie haute
--	------------------------	----------------	--	---

### PARENTÉRALE

<b>PARACÉTAMOL 1 g IV</b> +/-	Perfusion sur 15 min	1 g	Analgésie par anticipation Réduction de la dose de morphine par titration en SSPI	30 à 60 min avant la fin de l'intervention Pic d'efficacité 1-2 h
<b>MORPHINE 1 mg/ml IV</b> +/-	IV lente	0,15 mg/kg	Analgésie par anticipation	Bolus 30-60 min avant la fin de l'intervention si utilisation de rémifentanyl. Analgésie en l'absence de rachianesthésie
<b>NÉFOPAM 20 mg IV</b>	Perfusion sur 30 min	20 mg	Analgésie par anticipation	30 à 60 min avant la fin de l'intervention Pic d'efficacité : 1-2 h

### REMARQUES

- Les AINS sont souvent contre-indiqués : sujet âgé, risque hémorragique, risque rénal
- L'analgésie péridurale n'est pas recommandée dans ce type de chirurgie pelvienne et extrapéritonéale. La technique est lourde pour le peu de bénéfices obtenus<sup>13,14</sup>  
Par ailleurs, l'analgésie péridurale ne bloque pas toujours les racines sacrées à l'inverse de la rachianesthésie
- Utiliser de la lidocaïne gel pour le sondage vésical

## SSPI

PRODUIT/VOIE MODALITÉS POSOLOGIE BÉNÉFICES ATTENDUS REMARQUES

### PARENTÉRALE

<b>MORPHINE 1 mg/ml IV</b> puis	Titration par bolus dès EVA > 30 mm	2-3 mg/5-10 min	Adaptation rapide aux besoins du patient	Analgésie postopératoire en l'absence de rachianesthésie Surveillance continue de la conscience, fréquence respiratoire et score de la douleur
<b>MORPHINE 1 mg/ml IV</b>	PCA**	1-1,5 mg/bolus Période réfractaire : 5-10 min	Entretien analgésie	

### ALTERNATIVE

**MORPHINE 10 mg/ml SC** 5-10 mg/4-6 h en l'absence de PCA

**REMARQUE** Les douleurs liées à la sonde urinaire (spasmes vésicaux) peuvent être diminuées par l'administration d'oxybutynine (2,5 mg x 2-3/j)

## SECTEUR D'HOSPITALISATION

PRODUIT/VOIE MODALITÉS POSOLOGIE BÉNÉFICES ATTENDUS REMARQUES

### PARENTÉRALE

<b>MORPHINE 1 mg/ml IV</b> +/-	PCA	1-1,5 mg/bolus Période réfractaire : 5-10 min	Entretien analgésie pendant 2-3 j	Analgésie postopératoire en l'absence de rachianalgésie
<b>PARACÉTAMOL 1 g IV</b> ±	Perfusion sur 15 min	1 g x 4/j pendant 2-3 j	Analgésie de complément Épargne morphinique	Analgésie postopératoire associée à la rachianalgésie
<b>NÉFOPAM 20 mg IV</b>	Perfusion sur 15-30 min	20 mg/4 h	Efficacité antalgique Épargne morphinique	Respecter la durée de perfusion pour éviter les effets secondaires

### ALTERNATIVE

**MORPHINE 10 mg/ml SC** 5-10 mg/4-6 h pendant 2-3 jours en l'absence de PCA

### RELAIS

Envisageable dès reprise de l'alimentation

<b>PARACÉTAMOL 500 mg PO + CODÉINE 30 mg PO</b>	Systématique	1-2 cp x 4/j	Analgésie orale efficace	
<b>ALTERNATIVE</b>				
<b>TRAMADOL 50 mg PO</b>	Systématique	1-2 gél x 4/j		