

ORDONNANCE DE SORTIE

ANTALGIQUE DE NIVEAU 2 Paracétamol (400-500 mg) + [codéine (20-30 mg) ou dextropropoxyphène (30 mg)] : 1-2 cp ou géL./8 h
 Codéine contre-indiquée par prudence pendant l'allaitement*

OU

ANTALGIQUE DE NIVEAU 1 Paracétamol 1 g x 4/j ± kétoprofène 150 mg matin et soir en surveillant la tolérance gastroduodénale

Durée de traitement : 10 jours

ÉTABLISSEMENT

Références bibliographiques

- Conférence de consensus sur la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant. Ann. Fr. Anesth. Réanim. 1998 ; 17 : 445-461.
- Eisenach JC, et al. Patient-controlled analgesia following cesarean section : a comparison with epidural and intramuscular narcotics. Anesthesiology 1988 ; 68 : 444-8.
- Torrielli R. Anesthésie générale pour césarienne en urgence : les règles d'or. J.EPU. 2003 ; 111-18.
- Franchi M, et al. A randomized clinical trial of two surgical techniques for cesarean section. Am. J. Perinatol. 1998 ; 15 : 589-94.
- Recommandations pour la pratique clinique. Césarienne : conséquences et indications (2000). J. Gynecol. Obstet. Reprod. 2000 ; 29 (suppl n°2) : 9-108.
- Dahlgren G, et al. Intrathecal sufentanil, fentanyl, or placebo added to bupivacaine for cesarean section. Anesth. Analg. 1997 ; 85 : 1288-93.
- Mercier JF, et al. Analgésie après césarienne : rachianalgésie versus PCEA. Evaluation et traitement de la douleur. 40^{ème} Congrès national d'anesthésie et de réanimation. 1998 ; 73-85.
- Sarvela J, et al. A double-blinded, randomized comparison of intrathecal and epidural morphine for elective cesarean delivery. Anesth. Analg. 2002 ; 95 : 436-40.
- Milner AR, et al. Intrathecal administration of morphine for elective Caesarean section. A comparison between 0.1 mg and 0.2 mg. Anaesthesia 1996 ; 51 : 871-3.
- Uchiyama A, et al. Low-dose intrathecal morphine and pain relief following cesarean section. Int. J. Obstet. Anesth. 1994 ; 3 : 87-91.
- Fuller JG, et al. Epidural morphine for analgesia after caesarean section : a report of 4880 patients. Can. J. Anaesth. 1990 ; 37 : 636-40.
- Yu PY, et al. A comparative study of patient-controlled epidural fentanyl and single dose epidural morphine for post-caesarean analgesia. Can. J. Anaesth. 1993 ; 40 : 416-20.
- Wittels B, et al. Exogenous opioids in human breast milk and acute neonatal neurobehavior : a preliminary study. Anesthesiology 1990 ; 73 : 864-9.
- Siddik SM, et al. Diclofenac and/or propacetamol for postoperative pain management after cesarean delivery in patients receiving patient controlled analgesia morphine. Reg. Anesth. Pain. Med. 2001 ; 26 : 310-5.
- Olofsson CI, et al. Diclofenac in the treatment of pain after caesarean delivery. An opioid-saving strategy. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2000 ; 88 : 143-6.
- Cardoso MM, et al. Small doses of intrathecal morphine combined with systemic diclofenac for postoperative pain control after cesarean delivery. Anesth. Analg. 1998 ; 86 : 538-41.
- Pavy TJ, et al. The effect of intravenous ketorolac on opioid requirement and pain after cesarean delivery. Anesth. Analg. 2001 ; 92 : 1010-4.
- Janssen NM, et al. The effects of immunosuppressive and anti-inflammatory medications on fertility, pregnancy, and lactation. Arch. Intern. Med. 2000 ; 160 : 610-19.
- Vidal 2003



PROCÉDURES POUR
LA PRISE EN CHARGE
DE LA DOULEUR
POSTOPÉRATOIRE

CÉSARIENNE*

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

RÉDACTEURS : Frédéric Aubrun - Marc Beauissier - 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 Stark

Douleur

- Chirurgie à douleur forte¹
- Intensité douloureuse maximale durant les 24 premières heures postopératoires, puis s'estompe progressivement en 1 à 2 jours. La consommation de morphine est importante pendant cette période : titration et PCA** peuvent atteindre 60-75 mg en moyenne sur 24 h²
- Origine des douleurs après césarienne : elle est double, cicatrice et contractions utérines, renforcées par l'utilisation d'ocytociques
- L'analgésie doit présenter un minimum de contraintes et de sédation pour permettre à la mère de se sentir rapidement en mesure de prendre en charge son nouveau-né et ne pas altérer la relation mère-enfant
- L'analgésie est le complément logique de la technique anesthésique utilisée en peropératoire, qui est elle-même déterminée par les circonstances de la césarienne et par la structure hospitalière sous-jacente

Patiente

- Généralement jeune et en bonne santé (ASA 1 ou 2)

Chirurgie

- Intervention fréquente, avec un taux de césarienne à 17 % en France soit environ 136 000 par an³
- Césarienne programmée (50 % environ), urgente (laissant un délai de plus de 10 min pour l'extraction) ou très urgente (souffrance fœtale au premier plan)
- Durée d'intervention : 30 min à 1 h 30
- Durée d'hospitalisation : 4-5 jours

* Sous la responsabilité des auteurs

** PCA : patient controlled analgesia : analgésie auto-contrôlée par le patient

- TYPE DE CHIRURGIE : - Après pose d'une sonde urinaire pour éviter une plaie vésicale, incision abdominale transversale juste au-dessus du pubis - Ouverture des différents plans jusqu'à l'utérus où une hystérotomie est réalisée pour l'extraction foetale. Technique de Joël Cohen : dissection des différents plans au doigt jusqu'au péritoine pariétal également ouvert par dilacération digitale : réduit la durée d'extraction foetale de 2 min et le temps opératoire total de 10 min par rapport à l'incision de Pfannenstiel⁴ - La délivrance spontanée (non manuelle) du placenta, après injection d'ocytociques minimiserait les pertes sanguines peropératoires⁵ - L'absence de fermeture des feuillets péritonéaux (viscéral et pariétal) diminuerait la douleur postopératoire⁵ - Reprise du transit en général rapide (J1-J2)

BLOC OPÉRATOIRE

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
LOCORÉGIONALE/RACHIANESTHÉSIE				
SUFENTANIL 1 µg/ml INTRATHÉCALE	Une injection en bolus au moment de la rachianesthésie	2,5 µg/bolus	Analgésie d'installation rapide, de courte durée d'action couvrant le post-opératoire immédiat	Réduction des doses de bupivacaïne en peropératoire autour de 11 mg ⁶ Dose conseillée : 2,5 µg pour limiter l'incidence et l'intensité du prurit ⁷
ou				
MORPHINE 1 mg/ml INTRATHÉCALE	Une injection en bolus au moment de la rachianesthésie	100 µg/bolus	Analgésie d'excellente qualité couvrant en moyenne les premières 24 h postopératoires (EVA < 30 mm au repos, EVA = 40 mm au mouvement) ⁸⁻¹⁰	Morphine sans conservateur Efficacité maximale dès la dose de 100 µg : réduction des effets secondaires (nausées, vomissements, prurit) versus 200 µg ^{8,9} ; pas de surveillance spécifique pour les patientes jeunes ASA 1 ou 2 ⁷ La rétention urinaire fréquente avec cette technique a peu d'importance car la sonde vésicale est généralement laissée en place les premières 24 h postopératoires
ou				
MORPHINE 1 mg/ml PERIDURALE	Une injection en bolus	3 mg/bolus	Analgésie d'excellente qualité (EVA < 30 mm au repos, EVA < 40 mm au mouvement) Délai d'action : 30 à 60 min ⁸ Durée : 24 h ⁸	Morphine sans conservateur Même à la dose de 3 mg exposant moins au risque de dépression respiratoire retardée, ¹¹ le problème de la modalité de surveillance postopératoire reste débattu À cette dose, il persiste une altération significative de la réponse ventilatoire au CO ₂ ¹²
PARENTÉRALE				
PARACÉTAMOL 1 g IV	Perfusion sur 15 min à la fermeture	1 g	Analgésie par anticipation	Pic d'efficacité : 1-2 h
KÉTOPROFÈNE 100 mg IV	Perfusion sur 15 min	50-100 mg	Analgésie par anticipation	Pic d'efficacité : 1 h Respecter les contre-indications

REMARQUES

- L'analgésie postopératoire par voie systémique est fréquemment utilisée car c'est une technique simple, efficace, bien acceptée par les patientes et le personnel infirmier et surtout nécessitant une surveillance beaucoup plus réduite
- En pratique, en dehors de la phase peropératoire, l'emploi de morphiniques liposolubles type sufentanil, avec ou sans bupivacaïne, en perfusion continue ou même en PCEA*** implique une lourdeur de mise en œuvre qui semble inadaptée à l'analgésie après césarienne

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

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 min	Analgésie rapide avec adaptation aux besoins du patient	Surveillance continue de la conscience, fréquence respiratoire et score de douleur
MORPHINE 1 mg/ml IV	PCA après titration	1 mg/bolus	Entretien analgésie	Surveillance idem titration
ou				
MORPHINE 10 mg/ml SC	2 h après la fin de la titration	5-10 mg	Entretien analgésie	Moins performante que la PCA Alternative à la PCA (analgésie, satisfaction)
PARACÉTAMOL 1 g IV	Perfusion sur 15 min	1 g	Analgésie de complément	Dose rapprochée (hors AMM) : 2 h après l'injection faite au bloc opératoire
KÉTOPROFÈNE 100 mg IV	Perfusion sur 15 min	50 mg	Excellente analgésie de complément avec la morphine en péridurale, intrathécale ou parentérale	Si non administré au bloc opératoire Respecter les contre-indications

SECTEUR D'HOSPITALISATION

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
PARENTÉRALE				
MORPHINE 1 mg/ml IV	PCA	1 mg/bolus Période réfractaire : 5-10 min	Entretien analgésie	Aux doses usuelles, elle est compatible avec l'allaitement sans risque pour le nouveau-né
ou				
MORPHINE 10 mg/ml SC	Sous-cutanée profonde (jamais IM)	5-10 mg /4-6 h		
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 ou 100 mg x 3/j pendant 2 j max	Excellente analgésie de complément avec la morphine en péridurale, intrathécale ou parentérale	Compatible avec l'allaitement (concentration faible des AINS dans le lait maternel) ¹⁸
RELAIS				

Envisageable dès J1-J2 postopératoire si EVA < 30 mm au repos, et/ou dose PCA < 10/24 h et reprise des gaz

ANTALGIQUE DE NIVEAU 2

Paracétamol (400-500 mg) + [codéine (20-30 mg) ou dextropropoxyphène (30 mg)] : 1-2 cp ou gél./8 h Codéine contre-indiquée par prudence pendant l'allaitement¹⁹ ; quelques cas d'hypotonie et de pauses respiratoires décrits après ingestion, par les mères, de codéine à doses supratherapeutiques

KÉTOPROFÈNE 150 mg PO

1 cp x 2/j pendant 3 jours maximum