



ORDONNANCE DE SORTIE

- Antalgique de niveau 2** • Paracétamol (400-500 mg) + [codéine (20-30 mg) ou dextropropoxyphène (30 mg)] : 2 cp ou gé. x 3/j pendant 7 jours
- Antalgique de niveau 1** • Kétoprofène 150 mg x 2/j pendant 5 jours maximum en surveillant la tolérance gastroduodénale

AMBULATOIRE

- La chirurgie ambulatoire est possible
- Un bloc paravertébral permet une analgésie efficace sans avoir recours aux morphiniques
- Les antalgiques de niveau 1 et 2 sont le plus souvent suffisants pour les tumorectomies simples^{11,15}

ÉTABLISSEMENT

Références bibliographiques

- Conry C. Evaluation of breast complaint : is it cancer ? Am. Fam. Physician. 1994 ; 49 : 445-50.
- Conférence de consensus. Prise en charge de la douleur chez l'adulte et l'enfant. <http://www.sfar.org/douleurpostopcons.html> (Ann. Fr. Anesth. Réanim. 1998 ; 17 : 445+61.)
- Perkins FM, et al. Chronic pain as an outcome of surgery. A review of predictive factors. Anesthesiology 2000 ; 93 : 1123-33.
- Kroll SS, et al. Postoperative morphine requirements of free TRAM and DIEP flaps. Plastic and Reconstructive surgery 2001 ; 107 : 338-41.
- Van Vlymen JM, et al. Benzodiazepine premedication : can it improve outcome in patients undergoing breast biopsy procedures ? Anesthesiology. 1999 ; 90 : 740-7.
- Ozalp G, et al. Preoperative emotional states in patients with breast cancer and postoperative pain. Acta Anaesthesiol. Scand. 2003 ; 47 : 26-9.
- Gan TJ. Postoperative nausea or vomiting--can it be eliminated ? JAMA 2002 ; 287 : 1233-6.
- Moiniche S, et al. A qualitative and quantitative systematic review of preemptive analgesia for postoperative pain relief : the role of timing of analgesia. Anesthesiology 2002 ; 96 : 725-41.
- Lonnqvist PA, et al. Paravertebral blockade. Failure rate and complications. Anaesthesia 1995 ; 50 : 813-5.
- Weltz CR, et al. Ambulatory surgical management of breast carcinoma using paravertebral block. Ann. Surg. 1995 ; 222 : 19-26.
- Fletcher D, et al. Isobolographic analysis of interactions between intravenous morphine, propacetamol, and diclofenac in carrageenin-injected rats. Anesthesiology. 1997 ; 87 : 317-26.
- Zetlaoui PJ. Titration Morphinique. Conf. d'actualisation 1999 : 365-79.
- Silvasti M, et al. Comparison of intravenous patient-controlled analgesia with tramadol versus morphine after microvascular breast reconstruction. Eur. J. Anaesthesiol. 2000 ; 17 : 448-55.
- Coveney E, et al. Use of paravertebral block anesthesia in the surgical management of breast cancer : experience in 156 cases. Ann. Surg. 1998 ; 227 : 496-501.

CHIRURGIE DU SEIN*

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 Stark

Douleur

- La douleur est rarement un signe d'appel du cancer du sein¹
- Intensité faible à modérée selon le type d'intervention (de la tumorectomie simple à la mastectomie avec curage axillaire)²
- Risque élevé de douleur chronique en rapport avec une douleur située sur la paroi (cicatrice), une douleur de sein fantôme ou une douleur d'épaule ou du bras
L'incidence, tout type de douleur confondue, peut atteindre 50 % des patientes³
- Douleur sévère⁴ pour la chirurgie avec reconstruction
- Durée : 2-3 jours²

Patient

- Age moyen : 50-60 ans
- Chirurgie associée à une grande anxiété préopératoire^{5,6}

Chirurgie

- Chirurgie périphérique permettant une reprise immédiate de l'alimentation
La voie orale doit ainsi être favorisée pour la prise des traitements antalgiques
- Risque élevé (30-40 %) de nausées-vomissements postopératoires (NVPO)⁷
- Durée d'intervention : 1-2 h
- Durée d'hospitalisation courte. Réalisée en ambulatoire pour les tumorectomies simples ou 2-3 jours pour les mastectomies
- Rééducation active et passive du bras en cas de curage axillaire pour limiter la survenue du lymphœdème et améliorer la mobilité du bras

PRÉOPÉRATOIRE

- Aucune technique d'analgésie préopératoire (« preemptive analgesia ») n'a fait la preuve de son efficacité⁸

* Sous la responsabilité des auteurs

BLOC OPÉRATOIRE

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
LOCORÉGIONALE				
ROIPIVACAÏNE 0,5 % BLOC PARAVERTEBRAL ⁹	Ponction de C7 à T6	4 ml/segment	Analgésie d'excellente qualité pendant les premières 24 h Diminution des NVPO, des besoins en morphiniques postopératoires ¹⁰	Chirurgie possible sous bloc paravertébral mais risque de pneumothorax (0,5 %)
OU				
BUPIVACAÏNE 0,5 % BLOC PARAVERTEBRAL ¹⁰	Ponction de C7 à T1 ou injection unique en T3	4 ml/segment ou 0,3 ml/kg si injection unique		
PARENTÉRALE				
PARACÉTAMOL 1 g IV ¹¹	Perfusion sur 15 min à la fermeture des plans chirurgicaux	1 g	Analgésie par anticipation Action additive avec la morphine	Délai d'action : 10 min Pic d'efficacité : 1-2 h
KÉTOPROFÈNE 100 mg IV ¹¹	Perfusion sur 15 min 30 à 60 min avant le réveil du patient	50-100 mg	Analgésie par anticipation Synergie d'action avec la morphine	Délai d'action : 20-30 min Pic d'efficacité : 1 h Attention si sujet âgé, antécédents d'ulcère gastroodénal, hypovolémie, insuffisance rénale, prise d'IEC, ARA II
ALTERNATIVE				
NÉFOPAM 20 mg IV	Perfusion de 20 mg sur 30 min, 30 à 60 min avant le réveil, à la place du kétoprofène ou du paracétamol si contre-indication ou associé aux 2			

SSPI

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
PARENTÉRALE				
MORPHINE 1 mg/ml IV ¹²	Titration par bolus quand patient évaluable dès EVA > 30 mm	2-3 mg/5-10 min	Analgésie rapide et efficace	Surveillance continue de la conscience, fréquence respiratoire et score de douleur
OU				
TRAMADOL 100 mg/2 ml IV ¹³	IV lente	100-200 mg x 4/j		NVPO fréquent Utilisation fréquente de morphiniques si mastectomie
PARACÉTAMOL 1 g IV ¹¹	Perfusion sur 15 min	1 g	Action additive avec la morphine	Si non administré au bloc opératoire
KÉTOPROFÈNE 100 mg IV ¹¹	Perfusion sur 15 min	50-100 mg	Synergie d'action avec la morphine ou le tramadol	Si non administré au bloc opératoire Attention si sujet âgé, antécédents d'ulcère gastroodénal, hypovolémie, insuffisance rénale, prise d'IEC, ARA II
ALTERNATIVE				
NÉFOPAM 20 mg IV	Perfusion de 20 mg sur 30 min, 30 à 60 min avant le réveil, à la place du kétoprofène ou du paracétamol si contre-indication ou associé aux 2			

SECTEUR D'HOSPITALISATION

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
PARENTÉRALE				
PARACÉTAMOL 1 g IV	Perfusion sur 15 min	1 g x 4/j	Entretien analgésie	Si relais per os impossible
KÉTOPROFÈNE 100 mg IV	Perfusion sur 15 min	50 mg x 4/j ou 100 mg x 3/j	Entretien analgésie	Si relais per os impossible
MORPHINE 10 mg/ml SC	Sous-cutanée profonde (jamais IM)	10 mg x 4-6/j	Entretien analgésie	Dose indépendante de la dose titrée
OU				
TRAMADOL 100 mg/2 ml IV ¹³	Perfusion sur 15 min	100 mg x 4-6/j	Entretien analgésie	NVPO fréquents Utilisation fréquente de morphiniques si mastectomie
RELAIS				
Voie orale possible dès le retour en salle d'hospitalisation en l'absence de NVPO ^{10,14}				
KÉTOPROFÈNE 150 mg PO	Systématique	1 cp x 2/j	Entretien analgésie Analgésie balancée	Association possible aux antalgiques de niveau 2 ou à la morphine
PARACÉTAMOL 400-500 mg PO + CODÉINE 20-30 mg PO	Systématique	2 cp x 3/j	Entretien analgésie Analgésie balancée	En cas de sevrage complet en morphine
OU				
PARACÉTAMOL 400 mg PO + DEXTROPROPOXYPHÈNE 30 mg PO	Systématique	2 gél. x 3/j	Entretien analgésie Analgésie balancée	En cas de sevrage complet en morphine
OU				
TRAMADOL 50 mg PO		1-2 gél. x 4/j	Entretien analgésie	En cas d'analgésie balancée non morphinique insuffisante (mastectomie)
OU				
MORPHINE 10-20 mg PO À LIBÉRATION RAPIDE		10-20 mg x 4-6/j	Entretien analgésie	

REMARQUES

- Il faut privilégier la voie orale
- En cas de chirurgie avec reconstruction et/ou douleurs sévères ne permettant pas l'usage de la voie orale, la morphine par PCA** est recommandée (bolus 1 mg, période réfractaire : 5-7 min)