

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

OU

• Tramadol (50 mg) : 1-2 gél. x 4/j

ANTALGIQUE DE NIVEAU 1

Paracétamol 1 g x 4/j ± kétoprofène 150 mg matin et soir en surveillant la tolérance gastroduodénale
Durée de traitement maximum conseillée des AINS : 3 jours

REMARQUES

La réapparition d'une douleur à distance de l'intervention impose un examen clinique du patient
Un AINS différent du kétoprofène est utilisable par voie orale
Durée de traitement : environ 7 jours

ÉTABLISSEMENT

Références bibliographiques

1. Carli F, Mayo N, Klubien K, Schrickler T, Trudel J, Belliveau P. Epidural analgesia enhances functional exercise capacity and health-related quality of life after colonic surgery : results of a randomized trial. *Anesthesiology* 2002 ; 97 : 540-9.
2. Jayr C, Thomas H, Rey A, Farhat F, Lasser P, Bourgain JL. Postoperative pulmonary complications. Epidural analgesia using bupivacaine and opioids versus parenteral opioids. *Anesthesiology* 1993 ; 78 : 666-76.
3. Liu S, Carpenter RL, Mackey DC, Thirlby RC, Rupp SM, Shine TS, Feinglass NG, Metzger PP, Fulmer JT, Smith SL. Effects of perioperative analgesic technique on rate of recovery after colon surgery. *Anesthesiology* 1995 ; 83 : 757-65.
4. Motamed C, Spencer A, Farhat F, Bourgain JL, Lasser P, Jayr C. Postoperative hypoxaemia: continuous extradural infusion of bupivacaine and morphine vs patient-controlled analgesia with intravenous morphine. *Br. J. Anaesth.* 1998 ; 80 : 742-7.
5. Wilmore DW, Kehlet H. Management of patients in fast track surgery. *B. M. J.* 2001 ; 322 : 473-6.
6. Jorgensen H, Wetterslev J, Moiniche S, Dahl JB. Epidural local anaesthetics versus opioid-based analgesic regimens on postoperative gastrointestinal paralysis, PONV and pain after abdominal surgery. *Cochrane.Database.Syst. Rev.* 2000 ; CD001893.
7. Senagore AJ, Whalley D, Delaney CP, Mekhail N, Dweepree HJ, Fazio VW. Epidural anesthesia-analgesia shortens length of stay after laparoscopic segmental colectomy for benign pathology. *Surgery* 2001 ; 129 : 672-6.
8. Grantcharov TP, Rosenberg J. Vertical compared with transverse incisions in abdominal surgery. *Eur. J. Surg.* 2001 ; 167 : 260-7.
9. Schwenk W, Bohm B, Muller JM. Postoperative pain and fatigue after laparoscopic or conventional colorectal resections. A prospective randomized trial. *Surg. Endosc.* 1998 ; 12 : 1131-6.
10. Jayr C. Retentissements de la douleur postopératoire, bénéfices attendus des traitements. *Ann. Fr. Anesth. Reanim.* 1998 ; 17 : 540-54.
11. Basse L, Madsen JL, Kehlet H. Normal gastrointestinal transit after colonic resection using epidural analgesia, enforced oral nutrition and laxative. *Br. J. Surg.* 2001 ; 88 : 1498-500.
12. Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome. *Am. J. Surg.* 2002 ; 183 : 630-41.
13. 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.
14. Rodgers A, Walker N, Schug S, McKee A, Kehlet H, van Zundert A, Sage D, Futter M, Saville G, Clark T, MacMahon S. Reduction of postoperative mortality and morbidity with epidural or spinal anaesthesia : results from overview of randomised trials. *B.M.J.* 2000 ; 321 : 1493.
15. Moiniche S, Kehlet H, Dahl JB. A qualitative and quantitative systematic review of preemptive analgesia for postoperative pain relief : the role of timing of analgesia. *Anesthesiology* 2002 ; 96 : 725-41.
16. Guignard B, Bossard AE, Coste C, Sessler DI, Lebrault C, Alfonsi P, Fletcher D, Chauvin M. Acute opioid tolerance : intraoperative remifentanyl increases postoperative pain and morphine requirement. *Anesthesiology* 2000 ; 93 : 409-17.
17. Guignard B, Coste C, Costes H, Sessler DI, Lebrault C, Morris W, Simonnet G, Chauvin M. Supplementing desflurane-remifentanyl anesthesia with small-dose ketamine reduces perioperative opioid analgesic requirements. *Anesth. Analg.* 2002 ; 95 : 103-8.
18. Pico L, Hernot S, Negre I, Samii K, Fletcher D. Perioperative titration of morphine improves immediate postoperative analgesia after total hip arthroplasty. *Can. J. Anaesth.* 2000 ; 47 : 309-14.
19. Jayr C, Beaussier M, Gustafsson U, Letournier Y, Nathan N, Plaud B, Tran G, Varlet C, Marty J. Continuous epidural infusion of ropivacaine for postoperative analgesia after major abdominal surgery : comparative study with i.v. PCA morphine. *Br. J. Anaesth.* 1998 ; 81 : 887-92.
20. Carli F, Trudel J, Belliveau P. The effect of intraoperative thoracic epidural anesthesia and postoperative analgesia on bowel function after colorectal surgery: a prospective, randomized trial. *Dis. Colon Rectum* 2001 ; 44 : 1083-9.
21. Liu SS, Allen HW, Olsson GL. Patient-controlled epidural analgesia with bupivacaine and fentanyl on hospital wards : prospective experience with 1,030 surgical patients. *Anesthesiology* 1998 ; 88 : 688-95.
22. Basse L, Raskov HH, Hjort JD, Sonne E, Billesbolle P, Hendel HW, Rosenberg J, Kehlet H. Accelerated postoperative recovery programme after colonic resection improves physical performance, pulmonary function and body composition. *Br. J. Surg.* 2002 ; 89 : 446-53.
23. Carli F, Bennett GJ. Pain and postoperative recovery. *Anesthesiology* 2001 ; 95 : 573-4.
24. Kehlet H, Holte K. Review of postoperative ileus. *Am. J. Surg.* 2001 ; 182 : 35-105.
25. Liu S, Carpenter RL, Neal JM. Epidural anesthesia and analgesia. Their role in postoperative outcome. *Anesthesiology* 1995 ; 82 : 1474-506.



DATE DE DIFFUSION :

PROCÉDURES POUR
LA PRISE EN CHARGE
DE LA DOULEUR
POSTOPÉRATOIRE

COLECTOMIE PAR LAPAROTOMIE*

COMITÉ SCIENTIFIQUE :

Frédéric Aubrun - Dominique Fletcher - Christian Jayr
Agnès Bellanger - Chantal Bernard

RÉDACTEURS :

Frédéric Aubrun - Nicolas Derode - Dominique Fletcher
Elisabeth Gaertner - Olivier Gall - Christian Jayr
Hawa Keita-Meyer - Olivier Mimos - Marc Raucoules-Aimé

Douleur

- Intense : 2-3 jours
- Modérée à faible jusqu'au 7^e jour postopératoire
- Après traitement par morphine, EVA = 30-35 mm au repos, EVA = 45-55 mm à la toux
Les doses de morphine reçues par PCA** IV : 35-50 mg les 24 premières heures ± AINS¹⁻³
- Diminution progressive jusqu'à une intensité faible (EVA = 20-25 mm) à J5-J6 avec une diminution de consommation de morphine : - 40 % à J2⁴

Chirurgie colique^{1,3,5-9}

- Chirurgie intra-abdominale majeure
- Incision sus et sous-ombilicale ou transverse
- Durée moyenne : 2,5-3 h
- Saignement faible, transfusion exceptionnelle
- Extubation précoce de la trachée
- Pas de sonde gastrique ni drain intra-abdominal
- Iléus postopératoire avec anastomoses digestives
- Réhabilitation postopératoire active
- Durée d'hospitalisation : 4-8 jours

Patient

- Âge moyen : 50-60 ans, le plus souvent en bon état général

* Sous la responsabilité des auteurs

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

BLOC OPÉRATOIRE ^{2,3,6,10}

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
--------------	-----------	-----------	--------------------	-----------

LOCORÉGIONALE

ROPIVACAÏNE 0,2 % PÉRIDURALE	Ponction en T10-T11 (en préop) : cathéter : 3-4 cm en direction céphalique	Dose de charge fractionnée, 45-60 mm avant la fin de la chirurgie : 5 ml/5 min selon tolérance hémodynamique jusqu'à 20-30 ml	Analgésie d'excellente qualité, extubation précoce ^{1,5,11-14}	Ajout possible de fentanyl (100 à 150 µg) ou sufentanil (10 à 20 µg) L'utilisation peropératoire n'apporte pas d'avantages pour l'analgésie postopératoire ¹⁵
-------------------------------------	--	---	---	---

PARENTÉRALE

PARACÉTAMOL 1 g IV	Perfusion sur 15 min	1 g	Analgésie de complément à la péridurale	Perfuser 45 à 60 min avant la fin de l'intervention Délai d'action : 20 min Pic d'efficacité : 1-2 h
---------------------------	----------------------	-----	---	--

ALTERNATIVES À LA PÉRIDURALE

KÉTOPROFÈNE 100 mg IV	Perfusion sur 15 min	50-100 mg	Anticipation de l'analgésie, réduction du temps de titration et de la durée de la DPO ¹⁸	Perfuser 45 à 60 min avant la fin de l'intervention
------------------------------	----------------------	-----------	---	---

MORPHINE 1 mg/ml IV	IV lente	0,15-0,20 mg/kg		Bolus, 45 à 60 min avant la fin de l'intervention surtout si utilisation du rémifentanyl ^{16,17}
----------------------------	----------	-----------------	--	---

SSPI

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
--------------	-----------	-----------	--------------------	-----------

LOCORÉGIONALE

ROPIVACAÏNE 0,2 % PÉRIDURALE	Poche de 200 ml PCEA***	5 ml/h en continu Bolus de 3 ml Période réfractaire : 20 min Pas de limite des demandes	Analgésie d'excellente qualité, extubation précoce	Ajout possible de 5 mg de morphine (concentration : 25 µg/ml)
-------------------------------------	-------------------------	--	--	---

PARENTÉRALE

NÉFOPAM 20 mg IV	Perfusion sur 15 min en titration	20 mg	Analgésie de complément	
-------------------------	-----------------------------------	-------	-------------------------	--

ALTERNATIVES

ROPIVACAÏNE 0,1 %-0,2 % + FENTANYL 2-4 µg/ml ou **BUPIVACAÏNE 0,125 % + FENTANYL 2-4 µg/ml**

PCEA ou débit continu 8-12 ml/h

ALTERNATIVES À LA PÉRIDURALE ^{4,16,17,19}

MORPHINE 1 mg/ml IV Titration 3 mg/5-10 min pour obtenir une EVA ≤ 30 mm
puis

MORPHINE 1 mg/ml IV PCA, 1-2 mg/bolus, période réfractaire : 5-7 min, pas de dose maximale

• CHOIX DE LA TECHNIQUE CHIRURGICALE ET DE LA MÉTHODE ANALGÉSIQUE

permettant une réduction significative des scores de douleur :

1) Incision transverse ^{5,8}

2) Analgésie péridurale (AL + morphinique) : EVA diminuée de 15-20 mm par rapport au groupe contrôle (le plus souvent PCA morphine ± AINS) ^{1,3,5,6,8,10,11}

SECTEUR D'HOSPITALISATION ^{1,2,4,5,19-21}

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
--------------	-----------	-----------	--------------------	-----------

LOCORÉGIONALE

ROPIVACAÏNE 0,2 % PÉRIDURALE	Poche de 200 ml PCEA	5 ml/h en continu Bolus de 3 ml Période réfractaire : 20 min Pas de limite des demandes	Analgésie d'excellente qualité, réduction de la durée d'hospitalisation, reprise du transit plus rapide, diminution de la morbidité ^{1,3,5,6,12,13,22-25}	Ajout possible de 5 mg de morphine (concentration : 25 µg/ml) Durée : 48-72 h Après 48 h, arrêt PCEA si EVA repos < 30 mm et demandes < 10/24 h
-------------------------------------	----------------------	--	--	---

PARENTÉRALE

PARACÉTAMOL 1 g IV	Perfusion sur 15 min	1 g x 4/j	Analgésie de complément	
---------------------------	----------------------	-----------	-------------------------	--

ALTERNATIVES À LA PÉRIDURALE

MORPHINE 1 mg/ml IV	PCA	1-2 mg/bolus Période réfractaire : 5-7 min Pas de dose maximale		
----------------------------	-----	---	--	--

KÉTOPROFÈNE 100 mg IV	Perfusion sur 15 min	50 mg x 4/j ou 100 mg x 3/j pendant 2 j max		
------------------------------	----------------------	--	--	--

RELAIS

Si EVA < 30 mm au repos, et/ou demandes de doses de morphine par PCA < 10/24 h et reprise des gaz

PARACÉTAMOL 400-500 mg PO + CODÉINE 20-30 mg PO		2 cp x 4/j		
--	--	------------	--	--

KÉTOPROFÈNE 150 mg PO		150 mg x 2/j pendant 3 j		
------------------------------	--	--------------------------	--	--

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