

ORDONNANCE DE SORTIE

ANTALGIQUE DE NIVEAU 1

- Paracétamol 1 g x 4/j pendant une semaine
- Kétoprofène 150 mg x 2/j pendant 2-3 jours si le paracétamol n'est pas suffisant

ANTALGIQUE DE NIVEAU 2

Paracétamol (400-500 mg) + [codéine (20-30 mg) ou dextropropoxyphène (30 mg)] : 1-2 cp ou gél./8 h

REMARQUE

Il faut prescrire des médicaments diminuant la constipation pour éviter au malade les efforts expulsifs douloureux [association PEG (2 sachets/j) + vaseline (2 applic./j)]

ÉTABLISSEMENT

Références bibliographiques

1. Asfar SK, Juma TH, Ala-Edeen T. Hemorrhoidectomy and sphincterotomy. A prospective study comparing the effectiveness of anal stretch and sphincterotomy in reducing pain after hemorrhoidectomy. Dis. Colon. Rectum. 1988 ; 31 : 181-85.
2. Seow-Choen F, Ho YH, HG A, Goh HS. Prospective randomized trial comparing pain and clinical function after conventional scissors excision/ligation versus diathermy excision without ligation for symptomatic prolapsed hemorrhoids. Dis. Colon. Rectum 1992 ; 35 : 1165-69.
3. Benedetti C, Bonica JJ, Belluci G. Pathophysiology and therapy of postoperative pain : a review. In Benedetti C, Chapman CR, Moricca G, eds. Advances in pain research and therapy. New York : Raven Press. 1984 : 373-40.
4. Brunat G, Pouzeratte Y, Mann C, Didelot JM, Rochon JC, Eledjam JJ. Posterior perineal block with ropivacaine 0,75 % for pain control during and after hemorrhoidectomy. Reg. Anesth. Pain Med. 2003 ; 28 : 228-32.
5. Coloma M, Duffy L, White P, Tongier W, Huber P. Dexamethasone facilitates discharge after outpatient anorectal surgery. Anesth. Analg. 2001 ; 92 : 85-8.
6. Gabrielli F, Cioffi U, Chiarelli M, Guttadauro A, De Simone M. Hemorrhoidectomy with posterior perineal block. Experience with 400 cases. Dis. Colon Rectum 2000 ; 43 : 809-12.
7. Gabrielli F, Chiarelli M, Cioffi U, Guttadauro A, De Simone M, Di Mauro P, Arriciati A. Day surgery for mucosal-hemorrhoidal prolapse using a circular Stapler and modified regional anesthesia. Dis. Colon Rectum 2001 ; 44 : 842-4.
8. Pico L, Hernot S, Negre I, et al. Perioperative titration of morphine improves immediate postoperative analgesia after total hip arthroplasty. Can. J. Anaesth. 2000 ; 47 : 309-14.
9. Place RJ, Coloma M, White PF, Huber PJ, Van Vlymen J, Simmang CL. Ketorolac improves recovery after outpatient anorectal surgery. Dis. Colon Rectum 2000 ; 43 : 804-8.
10. Li S, Coloma M, White P, Watcha M, Chiu J, Li H, Hubert P. Comparison of the cost and recovery profiles of free anesthetic techniques for ambulatory anorectal surgery. Anesthesiology 2000 ; 93 : 1225-30.



DATE DE DIFFUSION :

PROCÉDURES POUR
LA PRISE EN CHARGE
DE LA DOULEUR
POSTOPÉRAIRE

HÉMORROÏDECTOMIE*

COMITÉ SCIENTIFIQUE :

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

RÉDACTEURS :

Frédéric Aubrun - Nicolas Derrode - Dominique Fletcher
Elisabeth Gaertner - Olivier Gall - Christian Jayr
Hawa Keita-Meyer - Olivier Mimoz - Marc Raucoles-Aimé

Douleur

- Chirurgie douloureuse : EVA > 50 mm les premières heures malgré un AINS¹ et une infiltration locale, avec une exacerbation lors de la première selle (EVA=70 mm)
- 50 à 60 % des malades ont une douleur sévère au repos
- Les techniques à plaie ouverte (type Milligan-Morgan)** sont plus douloureuses que les techniques à plaie fermée (Reis-Neto ou Longo)***
- Sévère : durée : 48 h en moyenne mais elle peut persister jusqu'au 8^e jour postopératoire (type Milligan-Morgan)²

Chirurgie

- Si l'acte chirurgical réalisé est une mucohémoïdectomie, il peut être réalisé dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire pour 87 % des patients
- Durée de chirurgie : 1 h environ
- Durée d'hospitalisation : 24-72 h pour l'intervention de Milligan-Morgan³
- Pour les patients opérés par exérèse pédiculaire : 92 % des patients sont sortis à la 24^e heure. Le risque de complication contre-indique l'ambulatoire

PRÉOPÉRAIRE

- Aucune technique d'analgésie préopératoire n'a d'intérêt prouvé dans ce type de chirurgie

* Sous la responsabilité des auteurs

** Technique de Milligan-Morgan : incision de la muqueuse au bistouri électrique et ligature des paquets hémorroïdaires un à un. 3 semaines de cicatrisation. Risque de lésion du sphincter externe de l'anus, de sténose du sphincter et de saignement postopératoire. Non indiqué en ambulatoire

*** Technique de Reis-Neto ou Longo : objectif : empêcher la vascularisation du paquet hémorroïdaire. Résection de la muqueuse à la pince. Intériorisation du paquet hémorroïdaire

Avec le parrainage de l'



Un engagement de BristolMyers Squibb

- TYPE D'ANESTHÉSIE : • L'association anesthésie locorégionale et sédation permet l'anesthésie chirurgicale et l'algésie postopératoire précoce dans de bonnes conditions, et est adaptée à l'anesthésie ambulatoire
- Si le patient a reçu une anesthésie générale ou une rachianesthésie, l'algésie est débutée au bloc opératoire'

BLOC OPÉRATOIRE

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

LOCORÉGIONALE

ROPIVACAÏNE 0,75 %⁴⁻⁸ BLOC DU PÉRINÉE	Bloc du périnée	40 ml soit 300 mg	Analgésie suffisante pour 75 % des patients pour les premières heures postopératoires et efficace 10-15 h pour plus de 50 % des patients	Réalisation du bloc sous couvert d'application de crème lidocaïne et/ou de midazolam IV et/ou de rémifentanil [bolus de 0,5-1 µg/kg ; entretien 0,1-0,3 µg/kg/min]
---	-----------------	----------------------	--	--

REMARQUE La sédation pendant l'intervention comprend : propofol 25 µg/kg/min au pousse-seringue électrique (+/- fentanyl ou sufentanil), ou à 1-2 µg/ml en anesthésie intraveineuse à objectif de concentration

PARENTÉRALE

PARACÉTAMOL 1 g IV	Perfusion sur 15 min à la fermeture	1 g	Analgésie par anticipation	Pic d'efficacité : 1-2 h
KÉTOPROFÈNE⁹ 100 mg IV	Perfusion sur 15 min à la fermeture	50-100 mg	Analgésie par anticipation et synergie avec morphinique	Pic d'efficacité : 1 h Facteurs limitants : âge > 75 ans, digestifs, rénaux, allergiques et hémorragiques (Voir fiche Sujet Âgé)

ALTERNATIVES

NÉFOPAM 20 mg IV	Perfusion de 20 mg sur 15 min à la place du kétoprofène ou du paracétamol si contre-indication, ou associé aux			
MORPHINE¹⁰ 1 mg/ml IV	0,15 mg/kg, 20-30 min avant la fin de la chirurgie et en cas d'anesthésie générale			

SSPI

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

MORPHINE 1 mg/ml IV	Titration par bolus quand patient évaluable dès EVA > 30 mm	Dose de charge 1-3 mg/5 min selon l'âge	Adaptation aux besoins du patient	Surveillance continue de la conscience, fréquence respiratoire et score de douleur
----------------------------	---	---	-----------------------------------	--

ALTERNATIVE

NÉFOPAM 20 mg IV Perfusion de 20 mg sur 15 min, si l'injection n'a pas été réalisée au bloc opératoire

SECTEUR D'HOSPITALISATION

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

PARENTÉRALE

PARACÉTAMOL 1 g IV	Perfusion sur 15 min	1 g x 4/j jusqu'à reprise alimentation	Entretien analgésie	
KÉTOPROFÈNE⁹ 100 mg IV	Perfusion sur 15 min	50 mg x 4/j ou 100 mg x 3/j pendant 2 j max	Entretien analgésie	Surveillance, tolérance digestive fonction rénale et saignement postopératoire

ALTERNATIVES

NÉFOPAM 20 mg IV	Perfusion de 20 mg sur 15 min toutes les 4 h			
MORPHINE 10 mg/ml SC	10 mg x 6/j à la demande, en tant qu'antalgique de secours, notamment après chirurgie à plaie ouverte			

RELAIS

PARACÉTAMOL 1 g PO	Systématique	1 cp x 4/j pendant 5-7 j	Complément analgésie locorégionale	
KÉTOPROFÈNE 150 mg PO	Systématique	150 mg x 2/j pendant 2-3 j	Complément analgésie locorégionale	Si le paracétamol est insuffisant
ALTERNATIVE				
TRAMADOL 50 mg PO		1-2 gél. x 4/j	Analgésie continue	Délai d'action : 15-45 min ; Pic d'efficacité : 120 min ; Durée d'action : 6 h