

## ORDONNANCE DE SORTIE

PARACÉTAMOL 1 g PO

1 cp x 4/j pendant 3 jours

OU

KÉTOPROFÈNE  
150 mg PO

1 cp x 2/j pendant 3 jours en surveillant la tolérance gastroduodénale

### REMARQUE

- La convalescence moyenne est de 2 à 3 semaines. Il n'y a pas de relation prouvée entre durée de convalescence sans efforts physiques et douleur ou récédive

ÉTABLISSEMENT

### Références bibliographiques

1. Wilson MS, et al. Prospective trial comparing Lichtenstein with laparoscopic tension-free mesh repair of inguinal hernia. Br. J. Surg. 1995 ; 82 : 274-7.
2. Nordin P, et al. Local, regional, or general anaesthesia in groin hernia repair : multicenter randomised trial. Lancet 2003 ; 362 : 853-8.
3. Tverskoy M, et al. Postoperative pain after inguinal herniorrhaphy with different types of anesthesia. Anesth. Analg. 1990 ; 70 : 29-35.
4. Callesen T et Kehlet H. Post herniorrhaphy pain. Anesthesiology. 1997 ; 87 : 1219-30.
5. Callesen T, et al. Pain after groin hernia repair. British Journal of surgery. 1998 ; 85 : 1412-14.
6. Poobalan AS, et al. A review of chronic pain after inguinal herniorrhaphy. The clinical journal of pain. 2003 ; 19 : 48-54.
7. Bolandard F, et al. Les blocs abdominaux et pelviens chez l'adulte. Le praticien en anesthésie-réanimation. 2003, 7,6 : 451-56.
8. Bassoul B, et al. Les blocs de la paroi abdominale et du périnée. In : évaluation et traitement de la douleur. 44<sup>ème</sup> Congrès Nationale d'Anesthésie-Réanimation. Elsevier Edit 2002 : p 61-76.
9. Gupta A, et al. Low-dose bupivacaine plus fentanyl for spinal anesthesia during ambulatory inguinal herniorrhaphy: a comparison between 6 mg and 7,5 mg of bupivacaine. Acta Anaesthesiol Scand. 2003 ; 47 : 13-9.



DATE DE DIFFUSION :

PROCÉDURES POUR  
LA PRISE EN CHARGE  
DE LA DOULEUR  
POSTOPÉRATOIRE

## HERNIE INGUINALE CHEZ L'ADULTE \*

**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 - Laurent Delaunay - Nicolas Derrode - Dominique Fletcher - Elisabeth Gaertner - Olivier Gall - Christian Jayr - Hawa Keita-Meyer - Philippe Macaire - Claude Mann - Emmanuel Marret - Olivier Mimoz - Cyrus Motamed - Marc Roucoules-Aimé - Catherine Spielvogel - François Stark

### Douleur<sup>1-4</sup>

- Douleur préopératoire si forme compliquée : engouement, étranglement
- Douleur postopératoire variable selon le type de chirurgie. Réputée forte après réparation sous tension et plutôt faible à modérée pendant les 24-48 premières heures après techniques sans tension ou après réparation laparoscopique<sup>1</sup>
- Douleur incisionnelle majorée par la toux et la mobilisation
- Jusqu'à 10 % des patients ont une douleur plus d'un mois après la chirurgie, avec allodynie et hyperalgésie. En général, ces douleurs disparaissent mais elles peuvent aussi se prolonger plus de 4 mois et devenir chroniques. Une atteinte de nerfs périphériques est souvent évoquée<sup>4-6</sup>

### Patient

- Majorité d'hommes (souvent âgés)

### Chirurgie et réhabilitation

- Chirurgie réglée très fréquente (en dehors des formes compliquées)
- Chirurgie superficielle, nombreuses techniques, laparoscopie ou ciel ouvert
- Habituellement réalisée en ambulatoire<sup>1-5 ; 7-9</sup>
- Parfois chirurgie bilatérale
- Durée moyenne de l'intervention : 60 min

## PRÉOPÉRATOIRE

L'analgésie préopératoire n'a pas d'effet préventif sur la DPO. Il est possible que le blocage des influx douloureux par une anesthésie locale préalable à la stimulation chirurgicale puisse diminuer la douleur à long terme (chronicisation) mais cela reste encore hypothétique

## BLOC OPÉRAIRE

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

### LOCORÉGIONALE

<sup>4,7,8</sup> <b>ROPIVACAÏNE 0,75 % BLOC ILIO-INGUINAL (BI) UNILATÉRAL</b>	Injection Bolus	225 mg (30 ml)	Analgésie per et postopéatoire dès les premières heures et efficace 10 h Réduction des besoins d'antalgiques en postopéatoire	Associé à une sédation par voie générale : midazolam/propofol
±				
<sup>4,7,8</sup> <b>LIDOCAÏNE 1 % INFILTRATION</b>	Injection unique	15 ml	Analgésie de complément Favorise le passage dans les structures ambulatoires Permet le traitement en urgence de patients fragiles	Infiltration complémentaire peropéatoire du cordon si besoin

### ALTERNATIVE : RACHI-ANESTHÉSIE

<b>BUPIVACAÏNE 0,5 % 7,5 mg</b>	+	<b>SUFENTANIL 5 µg</b>	ou	<b>BUPIVACAÏNE 0,5 % 7,5 mg</b>	+	<b>FENTANYL 25 µg</b>
-------------------------------------	---	----------------------------	----	-------------------------------------	---	---------------------------

Analgésie per et postopéatoire des premières heures au prix d'un risque élevé de rétention aiguë d'urines postopéatoires, de risques hémodynamiques chez les patients fragiles et d'un risque de céphalées postopéatoires<sup>9</sup>

### PARENTÉRALE

<b>PARACÉTAMOL 1 g IV</b>	Perfusion sur 15 min	1 g	Analgésie de complément	Pic d'efficacité : 1-2 h
<sup>4</sup> <b>KÉTOPROFÈNE 100 mg IV</b>	Perfusion sur 15 min	50-100 mg	Analgésie de complément	Pic d'efficacité : 1 h

## SSPI

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

### PARENTÉRALE

<b>MORPHINE 1 mg/ml IV</b>	Titration par bolus quand patient évaluable dès EVA > 30 mm	2-3 mg/5 min	Analgésie si cure sous anesthésie générale sans infiltration ni ALR	Surveillance continue de la conscience, fréquence respiratoire et score de la douleur
<b>PARACÉTAMOL 1 g IV</b>	Perfusion sur 15 min	1 g	Analgésie de complément si cure sous anesthésie générale	Si non administré au bloc opératoire
<b>KÉTOPROFÈNE 100 mg IV</b>	Perfusion sur 15 min	50-100 mg	Analgésie de complément si cure sous anesthésie générale	Si non administré au bloc opératoire Respecter les contre- indications et les précautions d'emploi des AINS

**REMARQUE** Bloc du nerf fémoral possible : vérifier l'absence de bloc moteur pour l'aptitude à la marche / à la rue

# HERNIE INGUINALE CHEZ L'ADULTE

- TYPE DE CHIRURGIE : les techniques chirurgicales laparoscopiques semblent diminuer la douleur postopéatoire par rapport aux techniques laparotomiques avec tension mais pas par rapport aux techniques sans tension<sup>14</sup>
- TYPE D'ANESTHÉSIE : les techniques d'infiltrations locales ou de bloc ilio-inguinal permettent la meilleure analgésie per et postopéatoire et présentent le meilleur rapport efficacité/tolérance

## SECTEUR D'HOSPITALISATION OU SALLE DE SURVEILLANCE AMBULATOIRE

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

### RELAIS ORAL

<b>KÉTOPROFÈNE 100 mg IV</b>	Systématique	100 mg x 3/j	Analgésie de complément	Respecter les contre- indications et les précautions d'emploi des AINS
<b>PARACÉTAMOL 500 mg PO + CODÉINE 30 mg PO</b>	Systématique	1-2 cp x 4/j	Analgésie de complément	

**REMARQUE** Une analgésie optimale est un des critères permettant la prise en charge en ambulatoire