

## ORDONNANCE DE SORTIE

KÉTOPROFÈNE  
150 mg PO

1 cp x 2/j pendant 8 jours avec surveillance de la tolérance gastroduodénale

et/ou

PARACÉTAMOL  
400-500 mg PO  
+ CODÉINE  
20-30 mg PO

2 cp x 4/j pendant 8 jours

ÉTABLISSEMENT

### Références bibliographiques

1. Conférence de consensus. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant. Texte long. Ann. Fr. Anesth. Réanim. 1998 ; 17 : 445-61.
2. Aarons H, Hall G, Hughes S and Salmon P. Short-term recovery from hip and knee arthroplasty. J. Bone Joint Surg. Br. 1996 ; 78 : 555-8.
3. Slappendel R, Weber EW, Bugter ML and Dirksen R. The intensity of preoperative pain is directly correlated with the amount of morphine needed for postoperative analgesia. Anesth. Analg. 1999 ; 88 : 146-8.
4. Rosaeg OP, Krepski B, Cicutti N, Dennehy KC, Lui AC and Johnson DH. Effect of preemptive multimodal analgesia for arthroscopic knee ligament repair. Reg. Anesth. Pain Med. 2001 ; 26 : 125-30.
5. Capdevila X, Biboulet P, Morau D, Bernard N, Deschodt J, Lopez S and d'Athis F. Continuous three-in-one block for postoperative pain after lower limb orthopedic surgery : where do the catheters go ? Anesth. Analg. 2002 ; 94 : 1001-6.
6. Naux E, Pham-Dang C, Petitfaux F, Bodin J, Blanche E, Hauet P, Gouin F and Pinaud M. Bloc du nerf sciatique : une nouvelle voie d'abord latérale médiofémorale. Intérêt de son association à un bloc « 3 en 1 » pour la chirurgie invasive du genou. Ann. Fr. Anesth. Réanim. 2000 ; 19 : 9-15.
7. Combes X, Cerf C, Bouleau D, Duvaldestin P and Dhonneur G. The effects of residual pain on oxygenation and breathing pattern during morphine analgesia. Anesth. Analg. 2000 ; 90 : 156-60.
8. Aubrun F, Monsel S, Langeron O, Coriat P, Riou B. Postoperative titration of intravenous morphine. Eur. J. Anaesthesiol. 2001 ; 18 : 153-65.
9. Capdevila X, Barthelet Y, Biboulet P, et coll. Effects of perioperative analgesic technique on the surgical outcome and duration of rehabilitation after major knee surgery. Anesthesiol. 1999 ; 91 : 8-15.
10. Eledjam JJ, Cuvillon P, Capdevila X, Macaire P, Serri S, Gaertner E and Jochum D. Postoperative analgesia by femoral nerve block with ropivacaine 0.2 % after major knee surgery : continuous versus patient-controlled techniques. Reg. Anesth. Pain. Med. 2002 ; 27 : 604-11.
11. Moore RA and McQuay HJ. Single-patient data meta-analysis of 3453 postoperative patients : oral tramadol versus placebo, codeine and combination analgesics. Pain 1997 ; 69 : 287-94.



DATE DE DIFFUSION :

PROCÉDURES POUR  
LA PRISE EN CHARGE  
DE LA DOULEUR  
POSTOPÉRATOIRE

## PROTHÈSE TOTALE DE GENOU\*

### 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 Raucoules-Aimé

### Douleur

- Intense pendant plus de 48 h<sup>1</sup>
- Durée : au moins 2 mois après la sortie<sup>2</sup>
- Une douleur préopératoire importante est prédictive de la douleur postopératoire<sup>3</sup>
- Le bloc fémoral assure l'essentiel de l'efficacité analgésique. Les antalgiques morphiniques et non morphiniques assurent le complément d'analgésie

### Chirurgie

- Mobilisation précoce et obligatoire
- Durée d'hospitalisation en secteur de soins : 8-10 jours
- Durée de la rééducation : 30-45 jours

## PRÉOPÉRATOIRE

- **Bloc fémoral** : pas d'effet analgésique préventif<sup>4</sup>
- **AINS préopératoire** : non recommandé. Pas d'effet analgésique préventif, risque hémorragique accru

\* Sous la responsabilité des auteurs

- TYPE DE CHIRURGIE : prothèse tricompartimentaire vs unicompartimentaire
- TYPE D'ANESTHÉSIE : pas d'impact de la technique d'anesthésie sur la douleur postopératoire

## BLOC OPÉRAIRE

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
<b>LOCORÉGIONALE</b>				
<b>ROPIVACAÏNE 0,75 % BLOC FÉMORAL</b> <sup>5</sup>	Voie fémorale Bolus	20 ml	Réduction de la consommation peropératoire de morphinique et meilleure analgésie postopératoire immédiate	Cathétérisme avant l'intervention chirurgicale pour l'analgésie postopératoire
<b>ALTERNATIVES</b>				
<b>ROPIVACAÏNE 0,75 % BLOC SCIATIQUE</b>	30 ml en injection unique. Proposé par certains auteurs <sup>6</sup>			
<b>PARENTÉRALE</b>				
<b>PARACÉTAMOL 1 g IV</b>	Perfusion sur 15 min à la fermeture	1 g	Analgésie par anticipation	Pic d'efficacité : 1 à 2 h
<b>KÉTOPROFÈNE 100 mg IV</b>	Perfusion sur 15 min à la fermeture	50-100 mg	Analgésie par anticipation	Attention au risque hémorragique. Pic d'efficacité : 1 h
<b>ALTERNATIVES</b>				
<b>NÉFOPAM 20 mg IV</b>	Perfusion de 20 mg sur 15 min à la place du kétoprofène ou du paracétamol si contre-indication, ou associé aux 2			

## SSPI

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
<b>LOCORÉGIONALE</b>				
<b>ROPIVACAÏNE 0,2 % BLOC FÉMORAL</b> <sup>7</sup>	Voie fémorale en continu	10 ml/h	Analgésie de bonne qualité + sédation possible	Bloc fémoral moins intéressant si réalisé en postopératoire car expose à des risques de dépression respiratoire
<b>PARENTÉRALE</b>				
<b>MORPHINE 1 mg/ml IV</b> <sup>**8</sup>	Titration par bolus quand patient évaluable dès EVA > 30 mm	1-3 mg/5 min	Dose de charge	Surveillance continue de la conscience, fréquence respiratoire et score de douleur
<b>MORPHINE 1 mg/ml IV</b> <sup>**</sup>	PCA*** quand patient évaluable après titration	1 mg/5 min	Entretien analgésie	Surveillance idem titration + O <sub>2</sub> systématique
<b>ou</b>				
<b>MORPHINE 10 mg/ml SC</b> <sup>**8</sup>	2 h après titration	5-10 mg/4 h	Entretien analgésie	Dose indépendante de la dose titrée
<b>ALTERNATIVES</b>				
<b>NÉFOPAM 20 mg IV</b>	Perfusion de 20 mg sur 15 min 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
<b>LOCORÉGIONALE</b>				
<b>ROPIVACAÏNE 0,2 % BLOC FÉMORAL</b> <sup>9</sup>	Voie fémorale en continu	0,15 ml/kg/h pendant 2-3 j	Analgésie au mouvement	Pousse-seringue électrique ou infuseur élastomérique
<b>PARENTÉRALE</b>				
<b>MORPHINE 1 mg/ml IV</b>	PCA à la demande	1 mg/5 min pendant 2 j	Entretien analgésie	Arrêt si consommation < 10 mg sur 24 h
<b>PARACÉTAMOL 1 g IV</b>	Perfusion sur 15 min	1 g x 4/j jusqu'à reprise alimentation	Entretien analgésie	Efficacité très limitée en conditions dynamiques
<b>KÉTOPROFÈNE 100 mg IV</b>	Perfusion sur 15 min	50 mg x 4/j ou 100 mg x 3/j pendant 2 j max	Entretien analgésie	Risque hémorragique
<b>ALTERNATIVES</b>				
<b>ROPIVACAÏNE 0,2 % BLOC FÉMORAL</b>	PCRA**** : 10 ml/h <sup>10</sup> Consommation moindre de solution analgésique, analgésie équivalente			
<b>MORPHINE 10 mg/ml SC</b>	0,15 mg/kg/4 h systématique pendant 2 jours puis à la demande <sup>10</sup>			
<b>NÉFOPAM 20 mg IV</b>	Perfusion de 20 mg sur 15 min à la place du kétoprofène ou du paracétamol si contre-indication, ou associé aux 2			
<b>RELAIS</b>				
<b>KÉTOPROFÈNE 150 mg PO</b> <sup>**</sup>	Systématique dès reprise alimentation orale	150 mg x 2/j pendant 8-10 j	Analgésie dynamique	Surveillance de la fonction rénale et de la tolérance digestive
<b>PARACÉTAMOL 400-500 mg PO + CODÉINE 20-30 mg PO</b>	Systématique dès reprise alimentation orale	2 x 4/j pendant 8-15 j	Entretien analgésie	En cas de sevrage complet en morphine
<b>ALTERNATIVES</b>				
<b>PARACÉTAMOL 400 mg PO DEXTROPROPOXYPHÈNE 30 mg PO</b>	2 cp x 4/j <sup>11</sup> en cas de sevrage complet de la morphine			

\*\* La morphine est administrée si l'analgésie réalisée au bloc opératoire n'est pas satisfaisante ou en attendant que le bloc fémoral réalisé en SSPI soit efficace

\*\*\* PCA : patient controlled analgesia : analgésie contrôlée par le patient

\*\*\*\* PCRA : patient controlled regional analgesia : PCA sur cathéter