



# EFFETS INDÉSIRABLES DES OPIOÏDES

## Iléus et rétention urinaire postopératoire \*

### COMITÉ SCIENTIFIQUE :

Frédéric Aubrun - Agnès Bellanger - Dominique Fletcher - Valérie Gaudé - Valéria Martinez

\* Sous la responsabilité des rédacteurs

## GÉNÉRALITÉS

- L'utilisation des morphiniques en postopératoire permet de mieux prendre en charge la douleur en salle de réveil et en secteur de chirurgie pour l'entretien

### VOIES D'ADMINISTRATION

- Intraveineuse pour la titration puis analgésie auto-contrôlée
- Voie sous-cutanée par administration discontinuée
- Voie orale hors de l'hôpital dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire ou pour un relais après chirurgie majeure
- Voie spinale péri-durale ou sous-arachnoïdienne permet une analgésie avec des doses plus faibles et une durée d'action prolongée

### ENJEUX DE LA TOLÉRANCE

- La limitation de la morbidité évite l'échec de la chirurgie ambulatoire
- Les patients attachent plus d'importance aux effets indésirables qu'à l'effet des analgésiques

### EFFETS INDÉSIRABLES

- La sédation, la dépression respiratoire, les nausées vomissements et le phénomène de tolérance aiguë sont dose-dépendants. La rétention urinaire a un lien discuté avec les doses de morphine
- Les effets indésirables dose-dépendants conditionnent les stratégies visant à réduire les besoins en morphine (association analgésique pour épargne morphinique ou analgésie locorégionale)

### ANTICIPATION DES EFFETS INDÉSIRABLES

- Tenir compte des éléments déterminants dès le préopératoire : antécédents du patient, type de chirurgie, technique d'anesthésie et d'analgésie
- Protocole de prise en charge : identification du risque par un audit spécifique de la population traitée ou par l'utilisation de facteurs de risque identifiés selon le terrain
- Chaque modalité de prescription des morphiniques a un profil particulier d'effets secondaires. Les conditions de prescription déterminent des protocoles spécifiques de prise en charge de ces effets indésirables

## CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES

### ILÉUS

- Transit normal : 1 à 2 jours pour l'iléon, 3 à 5 jours pour le colon
- Iléus : transit interrompu plus de 3 jours en postopératoire. L'iléus postopératoire majore les NVPO, empêche l'alimentation orale

### RÉTENTION URINAIRE

- Besoin d'uriner : débute à 150 mL, besoin normal à 300 mL
- Impossibilité d'uriner avec contenu vésical supérieur à 500 mL ou absence d'urine durant 6 à 12 heures
- Rétention urinaire (RU) estimée par échographie vésicale en salle de réveil (25 % d'une population chirurgicale générale)
- Inconfort, douleur, agitation, dysfonctions vésicales séquellaires chez certains patients (60 % de troubles urinaires après sondage, nécessité d'un nouveau sondage, sondage à demeure et prolongation de la durée de séjour). Ces troubles sont proportionnels au volume contenu dans la vessie lors de la rétention

## INCIDENCE ET FACTEURS FAVORISANTS

### ILÉUS

- Iléus postopératoire fréquent en cas de manipulation directe du colon, faible en cas de chirurgie non abdominale
- Facteurs favorisants : réflexe splanchnique inhibiteur, activité sympathique, inflammation locale et générale, morphiniques, jeûne et hyper hydratation
- L'effet des morphiniques est dose-dépendant sur l'iléus (action essentiellement périphérique) - Ratio dose pour un effet analgésique et constipant : 4/1

### RÉTENTION URINAIRE

- RU : 3,8 % dans la population générale des opérés, s'élève à 30 % en cas de chirurgie anale ou de hernie inguinale
- Facteur de risque spécifique : anesthésie spinale
- Facteur de risque principal : troubles urinaires préopératoires (80 % des patients ayant une rétention d'urine en postopératoire). Les hommes de plus de 60 ans sont des sujets particulièrement à risque. L'apport hydrique a un impact discuté
- Morphiniques : effet inhibiteur sur le détrusor, augmentent le tonus urétral  
L'action est nettement plus marquée par voie spinale

## PRÉVENTION

### ILÉUS

- La réduction des doses de morphine limite l'iléus postopératoire
- Les AINS réduisent l'iléus et l'inflammation intestinale chez l'animal. Chez l'homme, leur effet passe par l'action anti-inflammatoire et l'effet d'épargne morphinique
- La coelioscopie pour chirurgie abdominale réduit l'iléus postopératoire

### RÉTENTION URINAIRE

- Effet des morphiniques : action inhibitrice vésicale. La réduction des doses diminue l'incidence de la rétention d'urine
- Démarche conseillée : sondage préopératoire programmé en conditions d'asepsie
- Le risque septique d'un sondage à demeure de 24 heures est faible et inférieur au risque de lésion vésicale présent lors d'une RU

## TRAITEMENT

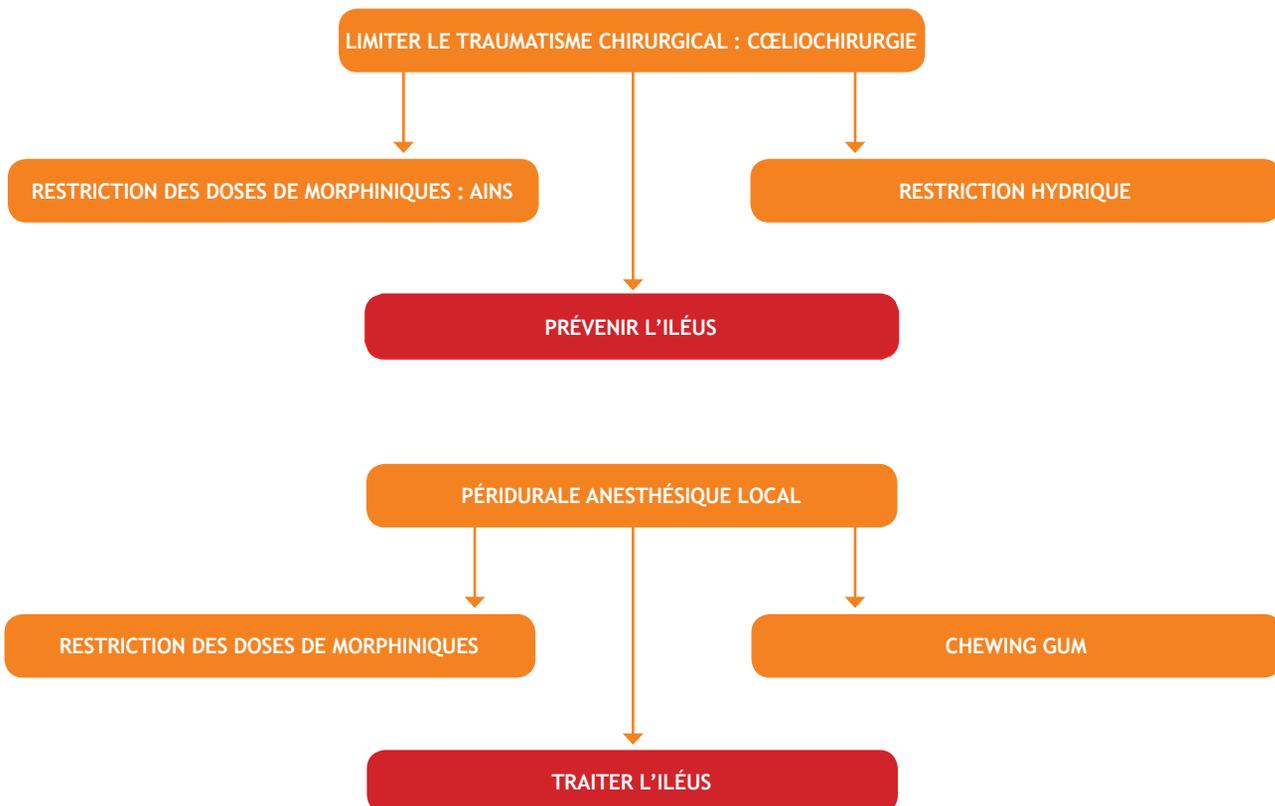
### ILÉUS

- Traitement de l'iléus par l'effet des anesthésiques locaux par voie péridurale avec réduction de la durée de l'iléus en cas d'anesthésique local seul versus morphine systémique (réduction de 37 heures pour les gaz et 44 heures pour les matières). Cet effet est cliniquement significatif en cas de chirurgie colique majeure mais pas en cas d'hystérectomie et ramène le transit à des valeurs proches de la normale (une part de l'action des anesthésiques locaux peut être systémique). Les approches pharmacologiques sont décevantes
- La déambulation n'a pas d'effets propres, mais l'utilisation de chewing gum dès le premier jour postopératoire et la limitation de l'apport hydrique sont efficaces
- L'utilisation de sonde gastrique systématique majore le risque de complications infectieuses sans réduire le risque de nausées et vomissements postopératoires et de distension abdominale

### RÉTENTION URINAIRE

- Le sondage postopératoire repose sur une appréciation semi-quantitative du contenu vésical
- L'évaluation par échographe portable du contenu vésical permet d'éviter des sondages inutiles ou trop tardifs avec risque de lésion vésicale
- L'approche pharmacologique utilisant des sympatholytiques est décevante en périopératoire. En cas de chirurgie ambulatoire et de risque faible, il n'est pas nécessaire d'attendre la miction pour laisser sortir les patients

## PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE



#### Références essentielles :

- Alfonsi P, Slim K, Chauvin M, Mariani P, Faucheron JL, Fletcher D ; le groupe de travail de la Société française d'anesthésie et réanimation (SFAR) et de la Société française de chirurgie digestive (SFCDD). Guidelines for enhanced recovery after elective colorectal surgery. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2014; 33: 370-84.
- Baldini G, Bagry H, Aprikian A, Carli F. Postoperative urinary retention : anesthetic and perioperative considerations. *Anesthesiology.* 2009; 110:1139-57.
- Cali RL, Meade PG, Swanson MS, Freeman C. Effect of Morphine and incision length on bowel function after colectomy. *Dis. Colon. Rectum.* 2000; 43: 163-8.
- Choi S, Awad I. Maintaining micturition in the perioperative period: strategies to avoid urinary retention. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2013; 26: 361-7.
- Craciunas L, Sajid MS, Ahmed AS. Chewing gum in preventing postoperative ileus in women undergoing caesarean section : a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BJOG.* 2014; 121: 793-9.
- Lamonerie L, Marret E, Deleuze A et al. Prevalence of postoperative bladder distension and urinary retention detected by ultrasound measurement. *Br. J. Anaesth.* 2004; 92: 544-6.
- Pöpping DM, Elia N, Van Aken HK, Marret E, Schug SA, Kranke P, Wenk M, Tramèr MR. Impact of epidural analgesia on mortality and morbidity after surgery : systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Surg.* 2014; 259: 1056-67.
- Ramirez JA, McIntosh AG, Strehlow R, Lawrence VA, Parekh DJ, Svatek RS. Definition, incidence, risk factors, and prevention of paralytic ileus following radical cystectomy: a systematic review. *Eur Urol.* 2013; 64: 588-97.
- Vigneault L, Turgeon AF, Côté D, Lauzier F, Zarychanski R, Moore L, McIntyre LA, Nicole PC, Fergusson DA. Perioperative intravenous lidocaine infusion for postoperative pain control : a meta-analysis of randomized controlled trials. *Can J Anaesth.* 2011; 58: 22-37. doi: 10.1007/s12630-010-9407-0. Review.
- Zhao SZ, Chung F, Hanna DB et al. Dose-response relationship between opioid use and adverse effects after ambulatory surgery. *J. Pain. Symptom. Manage.* 2004; 28: 35-46.