

# HYSTÉRECTOMIE PAR LAPAROTOMIE\* CHIRURGIE NON CANCÉREUSE\*\*

## COMITÉ SCIENTIFIQUE :

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

\* Sous la responsabilité des rédacteurs

## GÉNÉRALITÉS

### TYPE DE CHIRURGIE

Incision médiane ou incision horizontale sus pubienne (Pfannenstiel)

### DOULEUR

- Douleur préopératoire généralement absente ou faible, pouvant être sévère à intolérable en cas de torsion de myome ou de nécrobiose
- Douleur postopératoire forte, EVA moyenne > 50 mm
- Durée de la douleur postopératoire : laparotomie par voie transverse (Pfannenstiel) ≤ 2 jours, EVA médiane = 42 mm à J2, laparotomie par voie médiane sous ombilicale ≥ 2 jours
- Consommation moyenne de morphine (PCA IV) durant les premières 48 h : 36 ± 14 mg, 83 à 100 mg pendant 60 h
- Trois composantes à la douleur : viscérale (laparotomie et voie vaginale), pariétale (surtout laparotomie) et référée (douleur scapulaire surtout après coelioscopie)

### PATIENT

- Âge moyen : 45 ans (30-75 ans)
- ASA 1 ou 2

### CHIRURGIE, RÉÉDUCATION

- Pas d'urgence si chirurgie fonctionnelle. Urgence en cas de douleur ou d'hémorragie
- Durée d'hospitalisation : 2-6 j
- Reprise de l'activité professionnelle à J28-98

### REMARQUES

- Pertes sanguines faibles : 200 à 450 mL environ
- Risque transfusionnel : 3-12 %
- Extubation précoce
- Iléus postopératoire inhabituel ou de courte durée
- Pour ce type de chirurgie à douleur sévère prédictible, les agents anti-hyperalgésiques (gabapentine en prémédication et/ou kétamine à l'induction) apportent un bénéfice clinique

\*\* La chirurgie du cancer est associée à d'autres gestes tels que les curages ganglionnaires. Les scores de douleurs postopératoires sont en général plus élevés.

## BLOC OPÉRATOIRE

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
<b>LOCORÉGIONALE</b>				
<p><b>ROPIVACAÏNE 0,5 %</b> 5 mg/mL INFILTRATION OU BLOC ILIOINGUINAL ILIOHYPOGASTRIQUE BILATÉRAL (SI PFANNENSTIEL) OU BLOC BILATÉRAL DE LA GAINE DES GRANDS DROITS (SI MÉDIANE)</p>	Injection unique ou cathéter pour infiltration continue	20-30 mL (100 - 150 mg)	Diminution de la composante pariétale Analgésie par anticipation Réduction de la consommation de morphine	
<b>ALTERNATIVES</b>				
<p><b>MORPHINE 1 mg/mL</b> INTRATHECALE</p>	Injection en bolus au moment de la rachianesthésie	100-150 µg	Analgésie d'excellente qualité couvrant les premières 24 h postopératoires	
<b>PARENTÉRALE</b>				
<p><b>PARACÉTAMOL</b> 1 g IV</p>	Perfusion sur 15 min	1 g	Analgésie de complément Analgésie par anticipation	Perfuser 45 à 60 min avant la fin de l'intervention
<p><b>KÉTOPROFÈNE</b> 100 mg IV</p>	Perfusion sur 15 min	50 mg	Analgésie de complément Analgésie par anticipation	Perfuser 45 à 60 min avant la fin de l'intervention. En gynécologie obstétrique, dose de 50 mg aussi efficace que 100 mg
<b>ALTERNATIVES</b>				
<p><b>NÉFOPAM</b> 20 mg IV</p>	Perfusion sur 30 min, 20 min avant la fin de l'intervention	20 mg	Analgésie par anticipation Réduction de la consommation de morphine	A la place du paracétamol ou du kétoprofène si contre-indication ou associé aux deux
<p><b>MORPHINE</b> 1 mg/mL IV</p> <p>OU</p> <p><b>TRAMADOL</b> 100 mg/2 mL IV</p>	IV lente	0,15-0,20 mg/kg/ bolus		45 à 60 min avant la fin de l'intervention surtout si utilisation du rémifentanyl
	IV lente	50-100 mg	Analgésie par anticipation	Analgésie par anticipation NVPO fréquents

## SSPI

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
<b>LOCORÉGIONALE</b>				
<b>ROPIVACAÏNE</b> (POCHE 200 ML : 2 mg/mL OU 0,2 %)  OU  <b>LEVOBUPIVACAÏNE</b> (POCHE 200 ML : 1,25 mg/mL OU 0,125 %)	Cathéter cicatriciel continu	5 mL/h (10 mg/h)   5 mL/h (6,25 mg/h)	Amélioration de l'analgésie	Evaluation du risque/bénéfice
<b>PARENTÉRALE</b>				
<b>PARACÉTAMOL</b> 1 g IV	Perfusion sur 15 min	1 g	Réduction de la consommation de morphine	Si non administré au bloc opératoire
<b>KÉTOPROFÈNE</b> 100 mg IV	Perfusion sur 15 min	50 mg	Réduction de la consommation de morphine	Si non administré au bloc opératoire. En gynécologie obstétrique, la dose de 50 mg est aussi efficace que 100 mg Respecter les contre-indications des AINS
<b>NÉFOPAM 20 mg IV</b>	Perfusion sur 30 min	20 mg		A la place du paracétamol ou du kétoprofène si contre-indication ou associé aux deux
<b>MORPHINE</b> 1 mg/mL IV  PUIS  <b>MORPHINE</b> 1 mg/mL IV	Titration par bolus dès EVA > 30 mm   PCA*** quand patient évaluable après titration	2-3 mg/ 5-10 min   1 mg/bolus Période réfractaire : 5-10 min	Adaptation aux besoins du patient    Surveillance continue de la conscience, fréquence respiratoire et score de la douleur	Titration morphinique pour des douleurs modérées à sévères en sortie du bloc opératoire    Ajout de dropéridol 2,5 mg/50 mL pour prévenir les NVPO

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

**SECTEUR D'HOSPITALISATION**

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
<b>LOCORÉGIONALE</b>				
<b>ROPIVACAÏNE</b> (POCHE 200 ML : 2 mg/mL OU 0,2 %)	Cathéter cicatriciel continu	5 mL/h (10 mg/h)	Amélioration de l'analgésie	Evaluation du risque/bénéfice
OU				
<b>LEVOBUPIVACAÏNE</b> (POCHE 200 ML : 1,25 mg/mL OU 0,125 %)	Cathéter cicatriciel continu	5 mL/h (6,25 mg/h)		
<b>PARENTÉRALE</b>				
<b>PARACÉTAMOL</b> 1 g IV	Perfusion sur 15 min	1 g x 4/j	Analgésie de complément	Jusqu'à la reprise de l'alimentation orale
<b>KÉTOPROFÈNE</b> 100 mg IV	Perfusion sur 15 min	50 mg x 4/j pendant 2 j max	Analgésie de complément	Jusqu'à la reprise de l'alimentation orale
<b>NÉFOPAM</b> 20 mg IV	Perfusion sur 30 min	20 mg x 4/j	Analgésie de complément	À la place du paracétamol ou du kétoprofène si contre-indication, ou associé aux deux
<b>MORPHINE</b> 1 mg/mL IV	PCA****	1 mg/bolus	Analgésie de complément	Arrêt PCA si EVA $\leq$ 30 mm au repos et/ou demandes de doses de morphine < 10 mg/24 h
OU				
<b>MORPHINE</b> 10 mg/mL SC	Sous-cutanée profonde Injection à la demande	0,1 mg/kg/ 4-6 h		
<b>RELAIS PER OS DÈS QUE POSSIBLE</b>				
Pour toutes les voies d'abord, si EVA < 30 mm au repos, et demande de dose de morphine PCA < 10 mg/24 h				
<b>KÉTOPROFÈNE LP</b> 100 mg PO	100 mg x 2/j, pendant 5 j max, traitement IV compris			
<b>ANTALGIQUE DE NIVEAU 2</b>	• Paracétamol (400-500 mg) + codéine (20-30 mg) : 1-2 cp x 4/j OU • Tramadol (50 mg) : 1-2 cp x 4/j, max 400 mg/j			

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

## ORDONNANCE DE SORTIE

PARACÉTAMOL 1 g PO

• 1 g x 4/j

KÉTOPROFÈNE LP 100 mg PO

• 1 cp x 2/j en surveillant la tolérance gastroduodénale

ALTERNATIVE

ANTALGIQUE DE NIVEAU 2

• Paracétamol (400-500 mg) + codéine : (20-30 mg) - 1-2 cp x 3/j

OU

• Tramadol (50 mg) : 1-2 cp x 4/j

Durée de traitement : 5-7 jours

## REMARQUE SUR LA DURÉE DE SÉJOUR

- La durée de séjour peut notablement être réduite de 5 à 2 jours lorsqu'une prise en charge multimodale avec réhabilitation postopératoire est instaurée

### Références essentielles :

- Alayed N et al. Preemptive use of gabapentin in abdominal hysterectomy: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2014; 123: 1221-9.
- De Leon-Casasola OA et al. Bowel function recovery after radical hysterectomies: thoracic epidural bupivacaine-morphine versus intravenous patient-controlled analgesia with morphine: a pilot study. *J. Clin. Anesth.* 1996; 8: 87-92.
- Garry R et al. The eVALuate study: two parallel randomised trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy. *BMJ.* 2004; 10.1136/bmj.37984.623889.F6
- Hannibal K et al. Preoperative wound infiltration with bupivacaine reduces early and late opioid requirement after hysterectomy. *Anesth. Analg.* 1996; 83: 376-81.
- Jorgensen H et al. Effect of peri- and postoperative epidural anaesthesia on pain and gastrointestinal function after abdominal hysterectomy. *Br. J. Anaesth.* 2001; 87: 577-83.
- Kelly MC et al. Bilateral ilioinguinal nerve blocks for analgesia after total abdominal hysterectomy. *Anaesthesia.* 1996; 51: 406.
- Makinen J, et al. Morbidity of 10 110 hysterectomies by type of approach. *Hum. Reprod.* 2001; 16: 1473-8.
- Ng A et al. The analgesic effects of intraperitoneal and incisional bupivacaine with epinephrine after total abdominal hysterectomy. *Analg.* 2002; 95: 158-62.
- Ottosen C et al. Three methods for hysterectomy: a randomised, prospective study of short term outcome. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 2000; 107: 1380-5.
- Formalized recommendations of experts 2008. Management of postoperative pain in adults and children. Recommandations formalisées d'experts. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et d'enfant. Comité douleur-anesthésie locorégionale et le comité des référentiels de la SFAR. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2008; 27: 1035-41.