



HYSTÉRECTOMIE PAR VOIE COELIOSCOPIQUE* CHIRURGIE NON CANCÉREUSE**

COMITÉ SCIENTIFIQUE :

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

* Sous la responsabilité des rédacteurs

GÉNÉRALITÉS

TYPE DE CHIRURGIE

La voie coelioscopique est responsable d'une douleur postopératoire moins intense et moins durable que la laparotomie

DOULEUR

- Douleur préopératoire généralement absente ou faible, pouvant être sévère à intolérable en cas de torsion de myome ou de nécrobiose
- Durée de la douleur postopératoire \leq 2 jours
- Douleur postopératoire modérée : EVA médiane = 36 mm à J2
- Consommation moyenne de morphine (PCA IV) durant les 48 premières heures : 21 ± 14 mg
- 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 : 1-4 j
- Reprise de l'activité professionnelle à J14-32

REMARQUES

- Pertes sanguines faibles : 100-311 mL
- Risque transfusionnel : 0-7 %
- Risque de conversion en laparotomie : 1-10 %
- Extubation précoce
- Iléus postopératoire inhabituel ou de courte durée pouvant être plus long en cas de conversion en laparotomie

** 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
PARENTÉRALE				
PARACÉTAMOL 1 g IV	Perfusion sur 15 min	1 g	Effet additif avec AINS Réduction de la consommation de morphine	Perfuser 45 à 60 min avant la fin de l'intervention
KÉTOPROFÈNE 100 mg IV	Perfusion sur 15 min	50 mg	Analgésie additive avec le paracétamol Réduction de la consommation de morphine	Perfuser 45 à 60 min avant la fin de la l'intervention ; en gynécologie-obstétrique, dose de 50 mg aussi efficace que 100 mg
MORPHINE 1 mg/mL IV	IV lente	0,15-0,20 mg/kg/ bolus	Relais analgésique après rémifentanyl	45 à 60 min avant la fin de l'intervention surtout si utilisation du rémifentanyl
ALTERNATIVES				
NÉFOPAM 20 mg IV	Perfusion sur 30 min, 20 min avant la fin de l'intervention	20 mg	Analgésie par anticipation Réduction de la consommation de morphine	À la place du paracétamol ou du kétoprofène si contre-indication ou associé aux deux
TRAMADOL 100 mg/2 mL IV	IV lente	50-100 mg	Analgésie par anticipation	Nausées, vomissements, postopératoires (NVPO) fréquents
ALTERNATIVE : VOIE LOCORÉGIONALE				
ROIIVACAÏNE 0,2 % (2 mg/mL) INFILTRATION	40 mL (80 mg) (5 mL à chaque site d'insertion des trocards) en début d'intervention puis 20 mL (40 mg) en instillation intrapéritonéale sous les coupes diaphragmatiques et au niveau du site chirurgical avant la chirurgie			
	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité modérée • L'administration avant la création du pneumopéritoine pourrait avoir une efficacité supérieure • Ces méthodes doivent être associées aux techniques d'analgésie habituelle (comportant en particulier des AINS), car leur efficacité est limitée tant en intensité qu'en durée • Bénéfices attendus de ces deux méthodes d'infiltration : anticipation de l'analgésie, réduction de la consommation de morphine en SSPI 			
REMARQUES	La douleur postopératoire est également diminuée par : <ul style="list-style-type: none"> • La limitation du débit d'insufflation de gaz lors du pneumopéritoine • L'utilisation du N₂O à la place du CO₂ • La limitation peropératoire de la pression du pneumopéritoine < 10 mmHg • La diminution du volume résiduel de gaz (exsufflation et expression manuelle) 			

SSPI

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
PARENTÉRALE				
PARACÉTAMOL 1 g IV	Perfusion sur 15 min	1 g	Effet additif avec les AINS Réduction de la consommation de morphine	Si non administré au bloc opératoire
KÉTOPROFÈNE 100 mg IV	Perfusion sur 15 min	50 mg	Analgésie additive avec le paracétamol Réduction de la consommation de morphine	Si non administré au bloc opératoire En gynécologie-obstétrique, dose de 50 mg aussi efficace que 100 mg Respecter les contre-indications des AINS
MORPHINE 1 mg/mL IV	Titration par bolus dès EVA > 30 mm	2-3 mg/ 5-10 min	Adaptation aux besoins du patient	Surveillance continue de la conscience, fréquence respiratoire et score de la douleur Ajout de dropéridol 2,5 mg/50 mL pour prévenir les NVPO
PUIS				
MORPHINE 1 mg/mL IV				
OU	PCA*** quand patient évaluable après titration	1 mg/bolus Période réfractaire : 5-10 min		
MORPHINE 10 mg/mL SC	Sous-cutanée profonde (jamais IM) 2 h après titration	0,1 mg/kg/ 4-6 h		

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

SECTEUR D'HOSPITALISATION

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
PARENTÉRALE				
PARACÉTAMOL 1 G IV	Perfusion sur 15 min	1g x 4/j	Analgésie de complément	Jusqu'à la reprise de l'alimentation orale
KÉTOPROFÈNE 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
NÉFOPAM 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
MORPHINE 1 mg/mL IV	PCA***	1 mg/bolus	Analgésie de complément	Arrêt PCA si EVA ≤ 30 mm au repos, et/ou demandes de doses de morphine < 10/24 h
OU				
MORPHINE 10 mg/mL SC	Sous-cutanée profonde Injection à la demande	0,1 mg/kg/ 4-6 h		
RELAIS PER OS DÈS QUE POSSIBLE				
Pour toutes les voies d'abord, si EVA < 30 mm au repos, et demande de dose de morphine PCA < 10 mg/24 h				
KÉTOPROFÈNE 100 mg LP	100 mg x 2/j, pendant 5 j max, traitement IV compris			
ANTALGIQUE DE NIVEAU 2	<ul style="list-style-type: none"> • Paracétamol (400-500 mg) + codéine (20-30 mg) : 1-2 cp. x 3/j OU <ul style="list-style-type: none"> • 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 100 mg LP 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

REMARQUES SUR LA DURÉE DE SÉJOUR

- L'hystérectomie assistée sous coelioscopie est pratiquée en ambulatoire dans certains pays mais pas en France
- La durée de séjour peut toutefois être réduite de 50 % lorsque une prise en charge multimodale avec réhabilitation post-opératoire précoce est instaurée

Références essentielles :

- Brucker SY et al. Patient-reported quality-of-life and sexual-function outcomes after laparoscopic supracervical hysterectomy (LSH) versus total laparoscopic hysterectomy (TLH): a prospective, questionnaire-based follow-up study in 915 patients. Arch Gynecol Obstet. 2014 June 29.
- 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 (4): 406.
- Makinen J et al. Morbidity of 10 110 hysterectomies by type of approach. Hum. Reprod. 2001; 16: 1473-8.
- Nascimento MC et al. Postoperative analgesic requirements - total laparoscopic hysterectomy versus vaginal hysterectomy. Aust. NZJ Obstet Gynaecol 2005; 45:140-143.
- 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.