

ORDONNANCE DE SORTIE

PARACÉTAMOL 1 g x 4/j pendant 2-4 jours
1 g PO

ALTERNATIVE

TRAMADOL 100 mg x 4/j pendant 2-4 jours si besoin
50 mg PO

ÉTABLISSEMENT

Références bibliographiques

- Alexander JL. Pain after laparoscopy. Br. J. Anaesth. 1997 (sept) ; 79(3) : 369-78.
- Bisgaard T, Klarskov B, Rosenberg J, Kehlet H. Characteristics and prediction of early pain after laparoscopic cholecystectomy. Pain 2001 (Feb) 15 ; 90 (3) : 261-9.
- Joris J, Thiry E, Paris P, Weerts J, Lamy M. Pain after laparoscopic cholecystectomy : characteristics and effect of intraperitoneal bupivacaine. Anesth. Analg. 1995 ; 81 : 379-84.
- Labaille T, Mazoit JX, Paqueron X, Franco D, Benhamou D. The clinical efficacy and pharmacokinetics of intraperitoneal ropivacaine for laparoscopic cholecystectomy. Anesth. Analg. 2002 (Jan) ; 94 (1) : 100-5.
- Maestroni U, Sortini D, Devito C, Morad Kohan Brunaldi F, Anania G, Pavanelli L, Pasqualucci A, Donini A. A new method of preemptive analgesia in laparoscopic cholecystectomy. Surg. Endosc. 2002 (Sept) ; 16 (9) : 1336-40.
- Pasqualucci A, de Angelis V, Contardo R, Colo F, Terrosu G, Donini A, Pasetto A, Bresadola F. Preemptive analgesia : intraperitoneal local anesthetic in laparoscopic cholecystectomy. A randomized, double-blind, placebo-controlled study. Anesthesiology 1996 (Jul) ; 85 (1) : 11-20.
- Moiniche S, Kehlet H, Berg Dahl J. A qualitative and quantitative systematic review of preemptive analgesia for postoperative pain relief. The role of timing of analgesia. Anesthesiology 2002 ; 96 : 725-41.
- Michaloliakou C, Chung F, Sharma S. Preoperative multimodal analgesia facilitates recovery after ambulatory laparoscopic cholecystectomy. Anesth. Analg. 1996 ; 82 : 44-51.
- Wills VL, Hunt DR. Pain after laparoscopic cholecystectomy. Br. Surg. 2000 ; 87 : 273-84.
- Sarli L, Costi R, Sansebastiano G, Trivelli M, Roncoroni L. Prospective randomized trial of low-pressure pneumoperitoneum for reduction of shoulder-tip pain following laparoscopy. Br. Surg. 2000 ; 87 : 1161-65.



DATE DE DIFFUSION :

PROCÉDURES POUR
LA PRISE EN CHARGE
DE LA DOULEUR
POSTOPÉRAtoire

CHOLÉCYSTECTOMIE SOUS COELIOSCOPIE*

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 Mimos - Marc Raucoules-Aimé

Douleur

- Faible à modérée
- 3 composantes à la douleur : viscérale, pariétale et référée (douleur de l'épaule)^{1,2}
- EVA moyenne = 40 mm pendant 24 h²
- EVA > 50 mm chez 30 % des patients
- Majorée par la toux
- Indépendante de la durée du pneumopéritoine
- Consommation de morphine : en moyenne 20 mg les premières 24 h
- La voie coelioscopique abaisse le niveau de douleur vs laparotomie sous-costale : (en SSPI, EVA < 30 mm vs EVA = 50 mm)
- Diminution sur 2 à 4 jours
- Pas de sonde gastrique

Patient et Chirurgie

- Patient jeune, souvent ASA I et II^{1,2}
- Chirurgie non hémorragique
- Risque de conversion en laparotomie
- Extubation précoce
- Iléus postopératoire non habituel et de courte durée
- Délaï de sortie : 24-48 h sauf conversion en laparotomie ou complication

* Sous la responsabilité des auteurs

PRÉOPÉRAtoire

- Aucune technique d'analgésie préopératoire n'a d'intérêt prouvé dans ce type de chirurgie

BLOC OPÉRAtoire

LOCORÉGIONALE

- Infiltration des orifices de trocart par un anesthésique local et instillation intrapéritonéale d'anesthésique local sous les coupes diaphragmatiques et dans le site chirurgical

ROPIVACAÏNE 0,2 % INFILTRATION 25 ml en début d'intervention puis 25 ml en fin d'intervention soit 100 mg²⁻⁴. Cette technique est partiellement efficace et ne dure que 3 h

- Efficacité modérée
- L'administration avant la création du pneumopéritoine pourrait avoir une efficacité supérieure⁵⁻⁷
- Ces techniques doivent être associées à l'analgésie car leur efficacité est limitée tant en intensité qu'en durée⁸
- Bénéfices attendus de ces deux méthodes : anticipation de l'analgésie ; réduction de la consommation de morphine en SSPI

PARENTÉRALE

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
PARACÉTAMOL 1 g IV	Perfusion sur 15 min, 30 à 45 min avant la fin de la chirurgie	1 g	Analgésie par anticipation réduction de la dose nécessaire de morphine par titration	Pic d'efficacité : 1-2 h
KÉTOPROFÈNE 100 mg IV	Perfusion sur 15 min, 30 à 45 min avant la fin de la chirurgie	100 mg		Pic d'efficacité : 1 h
MORPHINE 1 mg/ml IV	20 min avant la fin de la chirurgie	0,1 mg/kg		

ALTERNATIVE

NÉFOPAM 20 mg IV Perfusion de 20 mg sur 15 min avant la fin de la chirurgie

REMARQUE

La DPO peut être aussi diminuée par^{9,10} :

- Diminution du volume résiduel de gaz (exsufflation ou drain)
- Utilisation de N₂O à la place du CO₂
- Lavage au sérum physiologique
- Abaissement de pression du pneumopéritoine (9 mmHg et non 13)

SSPI

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
MORPHINE 1 mg/ml IV	Titration par bolus dès EN ou EVA > 30 mm	2-3 mg/5 min	Adaptation rapide aux besoins du patient	Surveillance continue de la conscience, fréquence respiratoire et niveau de la douleur
MORPHINE 1 mg/ml IV ou MORPHINE 10 mg/ml SC	PCA** 2 h après titration	1 mg/bolus 5-10 mg/4-6 h		Période réfractaire : 5-7 min, pas de dose maximale

SECTEUR D'HOSPITALISATION

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

PARENTÉRALE

PARACÉTAMOL 1 g IV	Perfusion sur 15 min	1 g x 4/j pendant 1-2 j	Intérêt de l'analgésie multimodale	Le protocole initié durant l'intervention est continué par injections IV systématiques selon le score EVA pendant 1-2 j
KÉTOPROFÈNE 100 mg IV	Perfusion sur 15 min	50 mg x 4/j ou 100 mg x 3/j pendant 2 j max		
MORPHINE 10 mg/ml SC	Systématique	5-10 mg/4-6 h		

ALTERNATIVES

NÉFOPAM 20 mg IV Perfusion de 20 mg sur 15 min toutes les 4 h pendant 1-2 j

MORPHINE 1 mg/ml IV PCA, 1 mg/bolus, période réfractaire : 5-7 min, pas de dose maximale pendant 1-2 j

RELAIS

Le relais per os se fait lorsque le score EVA ≤ 30 mm (soit 1-2 j maximum) et lorsque le transit intestinal est repris (gaz)

PARACÉTAMOL 1 g PO	Systématique	1 g x 4/j pendant 2-4 j		
KÉTOPROFÈNE 150 mg PO	Systématique	150 mg x 2/j pendant 2-4 j		

ALTERNATIVE

TRAMADOL 50 mg PO 1-2 gél. x 4/j pendant 2-4 j si paracétamol insuffisant
Délai d'action : 15-45 min ; Pic d'efficacité : 120 min ; Durée d'action : 6 h

REMARQUE La cholécystectomie sous coelioscopie n'est pas pratiquée en ambulatoire en France