

ORDONNANCE DE SORTIE

ANTALGIQUE DE NIVEAU 2

- Paracétamol (400-500 mg) + [codéine (20-30 mg) ou dextropropoxyphène (30 mg)] : 1-2 cp ou gél./8 h

OU

ANTALGIQUE DE NIVEAU 1

- Paracétamol 1 g x 4/j ± kétoprofène 150 mg matin et soir en surveillant la tolérance gastroduodénale
Durée de traitement maximum conseillée des AINS : 3 jours

REMARQUES

La réapparition d'une douleur à distance de l'intervention impose un examen clinique du patient
Un AINS différent du kétoprofène est utilisable par voie orale
Durée de traitement : environ 7 jours

ÉTABLISSEMENT

Références bibliographiques

1. Prise en charge de la douleur post-opératoire chez l'adulte et l'enfant. Conférence de consensus. Ann. Fr. Anesth. Réanim. 1998 ; 17 : 445-61.
2. Bernard JM, Surlbed M, Lagarde D, Trennec A. Analgésie après chirurgie du rachis chez l'adulte et l'adolescent. Cahiers d'Anesthésiologie 1995 ; 43 : 557-64.
3. Bekker A, Cooper PR, Frempong-Boadu A, Babu R, Errico T, Lebovits A. Evaluation of preoperative administration of the cyclo-oxygenase-2 inhibitor rofecoxib for the treatment of postoperative pain after lumbar disc surgery. Neurosurgery 2002 ; 50 : 1053-57.
4. Cherian MN, Mathiws MP, Chandy MJ. Local wound infiltration with bupivacaine in lumbar laminectomy. Surg. Neurol. 1997; 47:120-23.
5. Bruder N, Dufour H. Anesthésie pour hernie discale. Conférences d'actualisation 1996 ; 38^e congrès national d'anesthésie réanimation. Elsevier, Paris et SFAR, 1996 : 59-70.
6. Fletcher D, Nègre I, Barbin C, François A, Carreres C, Falgueirettes C, Barboteu A, Samii K. Postoperative analgesia with iv propacetamol and ketoprofen combination after disc surgery. Can. J. Anaesth. 1997 ; 44 : 479-85.
7. Glasser RS, Knego RS, Delashaw JB, Fessler RG. The perioperative use of corticosteroids and bupivacaine in the amangement of lumbar disc surgery. J. Neurosurg. 1993 ; 78 : 383-87.



DATE DE DIFFUSION :

PROCÉDURES POUR
LA PRISE EN CHARGE
DE LA DOULEUR
POSTOPÉRAtoire

HERNIE DISCALE*

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

- Modérée : durée < 48 h¹
- L'analgésie postopératoire de la chirurgie du rachis doit assurer le confort de l'opéré sans entraver le dépistage et le traitement des complications neurologiques immédiates ou précoces. Ceci limite l'utilisation des anesthésiques locaux dans l'arsenal thérapeutique habituel de la DPO²
- L'analgésie postopératoire après cure de hernie discale est de préférence une analgésie multimodale donnant une large place aux AINS

Chirurgie

- Durée < 2 heures, chirurgie du sujet jeune
- Durée d'hospitalisation : 5 jours
- Durée de la rééducation : 3 semaines (pas de position assise «profonde»)

PRÉOPÉRAtoire

- AINS non spécifiques non recommandés, risque hémorragique accru
- L'utilisation des anti-COX-2 dans ce type de chirurgie doit être évaluée³

* Sous la responsabilité des auteurs

• TYPE DE CHIRURGIE : réalisée en décubitus ventral, latéral ou en gèneupectoral (chirurgie orthopédique ou neurochirurgie). Essentiellement hernie discale lombaire avec dissection et excision de la hernie avec parfois (micro) discectomie partielle ou complète en cas de disque dégénératif afin d'éviter les récives.

BLOC OPÉRAIRE

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
LOCORÉGIONALE				
BUPIVACAÏNE 0,25 % à 0,5 % INFILTRATION	En fin d'intervention Infiltration de la zone opératoire par le chirurgien	20-30 ml	Différer la 1 ^{re} demande d'antalgiques postopératoires Réduction des doses postopératoires d'antalgiques	Risques de rétention urinaire et de troubles moteurs liés à la diffusion épidurale de l'anesthésique local ⁵
PARENTÉRALE				
PARACÉTAMOL 1 g IV	Perfusion sur 15 min à la fermeture Systématique	1 g	Analgésie par anticipation	Pic d'efficacité : 1-2 h
KÉTOPROFÈNE 100 mg IV	Perfusion sur 15 min à la fermeture Systématique	50 mg	Analgésie par anticipation Synergie d'action avec la morphine	Pic d'efficacité : 1 h

ALTERNATIVES

ROPIVACAÏNE 0,75 % INFILTRATION Infiltration de 20-30 ml dans la zone opératoire (à la place de la bupivacaïne)

NÉFOPAM 20 mg IV Perfusion de 20 mg sur 15 min
à la place du paracétamol ou du kétoprofène si contre-indication, ou associé aux 2

REMARQUES L'association paracétamol/kétoprofène réduit les scores de douleur postopératoire au repos et à la mobilisation⁶
L'infiltration locale de corticoïdes améliore l'analgésie, réduit la consommation postopératoire en opiacés, permet
une déambulation plus précoce et réduit la durée d'hospitalisation mais majore les risques septiques⁷

SSPI

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
MORPHINE 1 mg/ml IV ^{1,2}	Titration par bolus quand patient évaluable dès EVA > 30 mm	2-3 mg/5 min	Analgésie rapide avec une adaptation aux besoins du patient	Surveillance continue de la conscience, fréquence respiratoire et score de douleur
MORPHINE 1 mg/ml IV	PCA quand patient évaluable après titration	1 mg/bolus Période réfractaire : 5-10 min	Entretien analgésie	Surveillance idem titration. Pas de perfusion continue
MORPHINE 10 mg/ml SC	Sous-cutanée profonde (jamais IM) 2 h après titration (voire plus particulièrement pour les patients les plus douloureux)	5-10 mg en 1 seule injection	Analgésie relais de la titration si celle-ci est nécessaire	Dose indépendante de la dose titrée

ALTERNATIVE

NÉFOPAM 20 mg IV Perfusion de 20 mg sur 15 min si l'injection n'a pas été réalisée au bloc opératoire

SECTEUR D'HOSPITALISATION

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
PARENTÉRALE				
PARACÉTAMOL 1 g IV	Perfusion sur 15 min Systématique	1 g x 4/j jusqu'à reprise alimentation	Entretien analgésie	
KÉTOPROFÈNE 100 mg IV	Perfusion sur 15 min Systématique	50 mg x 4/j pendant 2 j max	Synergie d'action avec la morphine. Analgésie dynamique	Facteurs limitants digestifs, allergiques et hémorragiques
MORPHINE 1 mg/ml IV ou MORPHINE 10 mg/ml SC	Après titration PCA** à la demande Sous-cutanée profonde Systématique ou à la demande	1 mg/5-10 min 10 mg x 6/j	Entretien analgésie Adaptation aux besoins et au profil du patient	Arrêt si consommation < 10 mg/j Alternative à la PCA ou souhait du patient Pas de corrélation avec la dose titrée
ALTERNATIVE				
NÉFOPAM 20 mg IV	Perfusion sur 15 min	20 mg/4 h	Entretien analgésie	Facteurs limitants : effets secondaires essentiellement nausées vomissements, sommolence et sudation
RELAIS				
PARACÉTAMOL 1 g PO	Sytématique	1 g x 4/j pendant la durée nécessaire	Analgésie continue	Éventuellement associé à la morphine
KÉTOPROFÈNE 150 mg PO	Sytématique	150 mg x 2/j pendant 3 j	Analgésie continue	Éventuellement associé à la morphine

ALTERNATIVES

ANTALGIQUE DE NIVEAU 2 • Paracétamol (400-500 mg) + [codéine (20-30 mg) ou dextropropoxyphène (30 mg)] : 1-2 cp ou gél./8 h systématique

A administrer en cas de sevrage complet en morphine

ou

• Tramadol (50 mg) : 1-2 gél. x 4/j

Délaï d'action : 15-45 min ; Pic d'efficacité : 120 min ; Durée d'action : 6 h