

## ORDONNANCE DE SORTIE

PARACÉTAMOL 15 mg/kg/6 h  
100-500 mg PO

OU

IBUPROFÈNE 10 mg/kg/6 h  
2% SUSP. BUV.

OU

CODÉINE 1 mg/kg x 3/j max si l'enfant est incapable de reprendre ses activités normales (boire, manger, dormir, jouer)

Durée de traitement : 2 jours

ÉTABLISSEMENT

### Références bibliographiques

1. Benedetti C, Bonica JJ, Belluci G. Pathophysiology and therapy of postoperative pain : a review. In Benedetti C, Chapman CR, Moricca G, eds. Advances in pain research and therapy. New York : Raven Press 1984 : 373-40.
2. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Evaluation et stratégie de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans, Mars 2000.
3. Gall O. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'enfant. Le Praticien en Anesthésie Réanimation 2002 ; 6 : 344-352.
4. L'anesthésie en France en 1996. Enquête SFAR INSERM. Ann. Fr. Anesth. Reanim. 1998 ; 17 (11) : 1299-391.
5. Letts M, Davidson D, Splinter W, et al. Analysis of the efficacy of pediatric day surgery. Can. J. Surg. 2001 ; 44 : 193-8.
6. Kotiniemi LH, Ryhanen PT, Valanne J, et al. Postoperative symptoms at home following day-case surgery in children: a multicentre survey of 551 children. Anaesthesia 1997 ; 52 : 963-9.
7. Moiniche S, Kehlet H, Dahl JB. A qualitative and quantitative systematic review of preemptive analgesia for postoperative pain relief : the role of timing of analgesia. Anesthesiology 2002 ; 96 : 725-41.
8. Hannallah RS, Broadman LM, Belman AS, et al. Comparison of caudal and ileo-inguinal/ileo-hypogastric nerve blocks for control of post orchidopexy pain in pediatric ambulatory surgery. Anesthesiology 1987 ; 66 : 832-4.
9. Splinter W, Bass J, Komocar L. Regional anaesthesia for hernia repair in children : local vs caudal anaesthesia. Can. J. Anaesth. 1995 ; 42 : 197-200.
10. Giaufre E, Dalens B, Gombert A. Epidemiology and morbidity of regional anesthesia in children: a one- year prospective survey of the French-Language Society of Pediatric Anesthesiologists. Anesth. Analg. 1996 ; 83 : 904-12.
11. Joshi W, Connelly NR, Dwyer M, et al. A comparison of two concentrations of bupivacaine and adrenaline with and without fentanyl in paediatric inguinal herniorrhaphy. Paediatr. Anaesth. 1999 ; 9 : 317-20.
12. Koinig H, Krenn CG, Glaser C, et al. The dose-response of caudal ropivacaine in children. Anesthesiology 1999 ; 90 : 1339-44.
13. Van Glabeke E, Khairouni A, Gall O, et al. Laparoscopic diagnosis of contralateral patient processus vaginalis in children under 1 year of age with unilateral inguinal hernia : comparison with herniography. J. Pediatr. Surg. 1999 ; 34 : 1213-5.
14. Somri M, Gaitini L, Vaida S, et al. Postoperative outcome in high-risk infants undergoing herniorrhaphy : comparison between spinal and general anaesthesia. Anaesthesia 1998 ; 53 : 762-6.
15. Kokinsky E, Thornberg E, Ostlund AL, et al. Postoperative comfort in paediatric outpatient surgery. Paediatr. Anaesth. 1999 ; 9 : 243-51.



DATE DE DIFFUSION :

PROCÉDURES POUR  
LA PRISE EN CHARGE  
DE LA DOULEUR  
POSTOPÉRAtoire

## HERNIE INGUINALE DE L'ENFANT\*

### 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<sup>1</sup>
- L'ALR permet d'obtenir une excellente analgésie per et postopératoire  
Elle permet aussi d'éviter l'administration de morphinique, limitant ainsi les nausées et les vomissements postopératoires
- Durée prévisible : 1-2 jours<sup>2-3</sup>

### Chirurgie

- Habituellement réalisée en ambulatoire<sup>4-6</sup>

### Cas particuliers

- Hernie inguinale du prématuré (30 % des naissances avant 25 SA, 10 % des naissances avant 32 SA), comorbidités fréquentes : en particulier dysplasie bronchopulmonaire, risque d'apnée inversement proportionnel à l'âge postconceptionnel, contre-indication à l'ambulatoire jusqu'à l'âge de 6 mois

## PRÉOPÉRAtoire

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

\* Sous la responsabilité des auteurs

- TYPE DE CHIRURGIE : en cas de hernie unilatérale, la chirurgie vidéo-assistée permet d'explorer la perméabilité du canal vaginopéritonéal controlatéral sans incision supplémentaire<sup>13</sup>, mais cette méthode n'a pas démontré de bénéfices sur la prise en charge de la douleur postopératoire
- TYPE D'ANESTHÉSIE : la rachianesthésie diminue la morbidité pour la cure de hernie inguinale de l'ancien prématuré comparé à l'anesthésie générale<sup>14</sup>

## BLOC OPÉRAATOIRE

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

### LOCORÉGIONALE

**BUPIVACAÏNE 0,25 %  
+ ADRÉNALINE 1/200000  
CAUDALE**

Injection fractionnée  
après dose test  
avant incision  
chirurgicale

2 mg/kg  
soit 0,8 ml/kg

Excellente analgésie  
au repos et à la  
mobilisation  
pendant 4-6 h<sup>7-10</sup>

Risque de brèche  
dure-mérienne,  
de lésion des racines  
sacrées ou du cône  
terminal

OU

**BUPIVACAÏNE 0,25 %  
+ ADRÉNALINE 1/200000  
BLOC ILIO-INGUINAL**

Voie ilio-inguinale par  
injection fractionnée  
après dose test avant  
incision chirurgicale

1 mg/kg  
soit 0,4 ml/kg

Même qualité  
d'analgésie

Rapport  
bénéfice/risque  
plus favorable  
Intérêt discutable  
si hernie bilatérale<sup>7-10</sup>

### PARENTÉRALE

**PARACÉTAMOL  
500 mg IV**

Perfusion sur 15 min  
à la fermeture

15 mg/kg

Anticipation  
de la levée du bloc

La forme 500 mg  
est adaptée à  
l'enfant ≤ 33 kg

### ALTERNATIVES

- Remplacer la bupivacaïne par la ropivacaïne à doses identiques<sup>10-12</sup>
- Paracétamol et AINS par voie orale après la chirurgie

## SSPI

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

**MORPHINE  
1 mg/ml IV**

Titration par  
bolus quand  
enfant évaluable  
dès EVA > 30 mm

100 µg/kg puis  
20-30 µg/kg/10 min

Analgésie de complément  
ou alternative au bloc

En cas de niveau  
d'analgésie insuffisant  
Echec du bloc  
ou contre-indication  
à l'ALR

## SECTEUR D'HOSPITALISATION

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

**PARACÉTAMOL  
100-500 mg PO**

Systématique

15 mg/kg/6 h  
pendant 2j

Anticipation de la levée du bloc<sup>3,15</sup>

**IBUPROFÈNE  
2% SUSP. BUV.**

Systématique

10 mg/kg/6 h  
pendant 2j

Anticipation de la levée du bloc<sup>3,15</sup>

**CODÉINE  
1% SIROP**

Si analgésie  
insuffisante

1 mg/kg

Rattrapage défaut d'analgésie