

ORDONNANCE DE SORTIE

Antalgique de niveau 2 • Paracétamol (400-500 mg) + [codéine (20-30 mg) ou dextropropoxyphène (30 mg)] : 2 cp ou gél. x 3/j pendant 2-5 jours¹⁹

AMBULATOIRE

- La chirurgie ambulatoire est possible⁹, une étude de faisabilité a été réalisée en Italie. Cependant elle n'était pas axée sur la douleur postopératoire
- Un des facteurs limitants est la fréquence élevée des nausées-vomissements postopératoires pouvant atteindre 65 % ou plus^{17,18}
- Des recommandations sont données pour que le patient prévienne l'équipe soignante en cas d'hématome et de troubles de la déglutition

ÉTABLISSEMENT

Références bibliographiques

1. Brasseur L, et al. Epidémiologie de la douleur postopératoire. Ann. Fr. Anesth. Rea. 1998 ; 17 : 534-9.
2. Defechereux T, et al. Hypnosedation, a new method of anesthesia for cervical endocrine surgery. Prospective randomized study. Ann. Chir. 2000 ; 125 : 539-46.
3. Basto ER, et al. Intravenous ketoprofen in thyroid and parathyroid surgery. Anesth. Analg. 2001 ; 92 : 1052-7.
4. Dieudonne N, et al. Prevention of postoperative pain after thyroid surgery : A double-blind randomized study of bilateral superficial cervical plexus blocks. Anesth. Analg. 2001 ; 92 : 1538-42.
5. Aunac S, et al. The analgesic efficacy of bilateral combined superficial and deep cervical plexus block administered before thyroid surgery under general anesthesia. Anesth. Analg. 2002 ; 95 : 746-50.
6. Lacoste L, et al. Postthyroidectomy analgesia : morphine, buprenorphine, or bupivacaine ? J. Clin. Anesth. 1997 ; 9 : 189-93.
7. Voyagis GS, et al. The effect of goiter on endotracheal intubation. Anesth. Analg. 1997 ; 84 : 611-2.
8. Orloff LA. Methylene blue and sestamibi : complementary tools for localizing parathyroids. Laryngoscope 2001 ; 111 : 1901-4.
9. Testini M, et al. One-day vs standard thyroidectomy. A perspective study of feasibility. Minerva Endocrinol. 2002 ; 27 : 225-9.
10. Karamanlioglu B, et al. Preoperative oral celecoxib versus preoperative oral rofecoxib for pain relief after thyroid surgery. Eur. J. Anaesthesiol. 2003 ; 20 : 490-5.
11. Gozal Y, et al. Bupivacaine wound infiltration in thyroid surgery reduces postoperative pain and opioid demand. Acta. Anaesthesiol. Scand. 1994 ; 38 : 813-5.
12. Winnie AP, et al. Interscalene cervical plexus block : a single-injection technic. Anesth. Analg. 1975 ; 54 : 370-5.
13. Daniels SE, et al. A double-blind, randomized comparison of intramuscularly and intravenously administered parecoxib sodium versus ketorolac and placebo in a post-oral surgery pain model. Clin. Ther. 2001 ; 23 : 1018-31.
14. Motamed C, et al. Impact d'une injection peropératoire de morphine IV sur la douleur postopératoire en chirurgie thyroïdienne. Ann. Fr. Anesth. Rea. 2003 ; 2 : suppl 2, 258.
15. Moore RA, et al. Single-patient data meta-analysis of 3453 postoperative patients : oral tramadol versus placebo, codeine and combination analgesics. Pain. 1997 ; 69 : 287-94.
16. Forrest JB, et al. POINT Investigators. Ketorolac, diclofenac, and ketoprofen are equally safe for pain relief after major surgery. Br. J. Anaesth. 2002 ; 88 : 227-33.
17. Sonner JM, et al. Nausea and vomiting following thyroid and parathyroid surgery. J. Clin. Anesth. 1997 ; 9 : 398-402.
18. Joris JL, et al. Supplemental oxygen does not reduce postoperative nausea and vomiting after thyroidectomy. Br. J. Anaesth. 2003 ; 91 : 857-61.
19. Hentgen E, et al. Propofol-sufentanil anesthesia for thyroid surgery : optimal concentrations for hemodynamic and electroencephalogram stability, and recovery features. Anesth. Analg. 2002 ; 95 : 597-605.



PROCÉDURES POUR
LA PRISE EN CHARGE
DE LA DOULEUR
POSTOPÉRAIRE

THYROÏDECTOMIE*

COMITÉ SCIENTIFIQUE : Frédéric Aubrun - Dominique Fletcher - Christian Jayr - Agnès Bellanger - Chantal Bernard

RÉDACTEURS : Frédéric Aubrun - Marc Beaussier - Anissa Belbachir - Franck Bolandard - Gilles Boccaro - Laurent Delaunay - Dominique Fletcher - Elisabeth Gaertner - Christian Jayr - Hawa Keita-Meyer - Philippe Macaire - Claude Mann - Emmanuel Marret - Cyrus Motamed - Catherine Spielvogel - François Stark

Douleur

- Modérée¹ (ENS = 55 mm +/- 10 mm)^{2,5}; augmente à la déglutition
- Durée : 1-2 jours^{2,5}
- Il faut distinguer une thyroïdectomie simple d'une thyroïdectomie pour cancer avec curages ganglionnaires unis et bilatéraux qui augmentent la durée de la chirurgie et les scores de douleurs postopératoires. La majorité des études ont inclus des thyroïdectomies simples, lobectomie ou thyroïdectomie totale sans curage³⁻⁶

Patient

- Sujet en bon état général
- Femme adulte (en dehors du cancer), ASA I-II⁵. En l'absence de déviation trachéale, le risque d'intubation difficile n'est pas augmenté par rapport à la population générale⁷
- En postopératoire, rechercher une paralysie des cordes vocales uni ou bilatérale (voix modifiée, difficultés respiratoires, fausses routes) par un examen ORL si besoin. Dans ce cas, risque de détresse respiratoire (cordes en adduction) ou de fausses routes (cordes en abduction). Les nausées-vomissements postopératoires sont très fréquents surtout si du bleu de méthylène a été injecté pour repérer les parathyroïdes^{6,8}

Chirurgie

- Pas de chirurgie en urgence en dehors des hématomes postopératoires qui deviennent rapidement compressifs avec détresse respiratoire et difficulté d'intubation de la trachée. Le pronostic vital est engagé³⁻⁶
- Durée d'hospitalisation : 2-4 jours⁹ parfois 24 h⁹
- Durée de rééducation < 24 h⁹
- Sortie possible parfois à J1⁹

* Sous la responsabilité des auteurs

- **TYPE DE CHIRURGIE** : chirurgie thyroïdienne et parathyroïdienne non cancéreuse. Tête en hyperextension pouvant être à l'origine de douleurs cervicales. Incision : cervicale principalement horizontale. Cette chirurgie n'est pas hémorragique, mais un problème d'hémostase survenant après l'intervention peut être à l'origine de complications vitales (asphyxie)
- **TYPE D'ANESTHÉSIE** : anesthésie générale. Certaines équipes ont toutefois proposé une simple sédation sous hypnose avec infiltration locale d'anesthésiques locaux au lieu d'une anesthésie générale. Les résultats sont satisfaisants²

PRÉOPÉRAtoire¹⁰

- **COXIBs-2** : rofécoxib 50 mg, 1 h avant l'induction de l'anesthésie : diminution des scores de douleurs postopératoires d'au moins 10-15 mm (sur une échelle de 0 à 100) sur 24 h (cliniquement peu significatif) avec diminution de consommation de morphiniques postopératoires de 40 % (dans cette étude, il s'agit de la mépéridine)
- Le rofécoxib serait un peu plus efficace que le célécoxib

BLOC OPÉRAtoire

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
LOCO RÉGIONALE				
BUPIVACAÏNE 0,25% + ADRÉNALINE 1/200000 BLOC CERVICAL SUPERFICIEL BILATÉRAL ¹¹	Infiltration locale	20 ml (adrénalinée) 10 ml (non adrénalinée)	Diminution des scores de douleurs postopératoires en SSPI (30 mm) et des besoins morphiniques	Risque de surdosage en anesthésiques locaux et passage intravasculaire (la région cervicale est très vascularisée)
ROPIVACAÏNE 0,5% BLOC CERVICAL SUPERFICIEL + PROFOND ^{4,12}	Bloc cervical (technique de WINNIE*) + Infiltration	30 ml	Diminution des scores de douleurs postopératoires en SSPI (30 mm) et des besoins morphiniques	Technique sophistiquée mais très peu utilisée Risque de paralysie diaphragmatique bilatérale
PARENTÉRALE				
PARACÉTAMOL 1 g IV ^{3,5}	Perfusion sur 15 min	1 g	Anticipation analgésique	30 min avant l'arrivée en SSPI
KÉTOPROFÈNE 100 mg IV ³	Perfusion sur 15 min	50 mg	Diminution des scores de douleur de 20 mm	30 min avant l'arrivée en SSPI Pic d'efficacité : 1 h Respecter les contre-indications Le risque de saignement n'est pas augmenté si l'hémostase chirurgicale est correctement réalisée ³
ou				
PARÉCOXIB 20 mg IV ¹³	IV directe	20-40 mg	Diminution des scores de douleur de 15 mm	Si kétoprofène non administré
ALTERNATIVE				
NÉFOPAM 20 mg IV ¹⁴	Perfusion de 20 mg sur 15 min			à la place de l'AINS ou du paracétamol si contre-indication ou associé aux 2

* La voie de WINNIE : voie supraclaviculaire du blocage du plexus brachial. Les nerfs qui sont les plus constamment bloqués sont issus des racines les plus hautes du plexus brachial. L'extension de ce bloc est modulable en direction céphalique et permet donc de réaliser la chirurgie du cou (ex. carotide) mais avec la survenue constante d'une paralysie diaphragmatique transitoire

SSPI

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
PARENTÉRALE				
MORPHINE 1 mg/ml IV ^{3,5}	Titration par bolus quand patient évaluable dès EVA > 30 mm	2-3 mg/5 min	Analgésie rapide et efficace	Surveillance continue de la conscience, fréquence respiratoire et score de douleur
PARACÉTAMOL 1 g IV ¹⁵	Perfusion sur 15 min	1 g		si non administré au bloc opératoire
ALTERNATIVES				
TRAMADOL 100 mg/2 ml IV ¹⁵	Perfusion de 50-100 mg, IV lente,			réduction de la douleur modérée et sévère
NÉFOPAM 20 mg IV	Perfusion de 20 mg sur minimum 30 min,			si non administré au bloc opératoire
KÉTOPROFÈNE 100 mg IV	Perfusion de 50-100 mg sur 15 min,			si non administré au bloc opératoire, pic d'efficacité : 1 h
ou				
PARÉCOXIB 20 mg IV	Perfusion de 20-40 mg sur 15 min,			si kétoprofène non administré, durée de traitement limitée à 48 h

SECTEUR D'HOSPITALISATION

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
PARENTÉRALE				
PARACÉTAMOL 1 g IV ^{3,5}	Perfusion sur 15 min	1 g x 4/j	Entretien analgésie	
KÉTOPROFÈNE 100 mg IV ^{3,15}	Perfusion sur 15 min	50 mg x 4/j pendant 2 j max		
ou				
PARÉCOXIB 20 mg IV ¹³	IV directe	20-40 mg /12 h pendant 2 j max		
MORPHINE 10 mg/ml SC ^{3,5}	Sous-cutanée profonde (jamais IM)	5-10 mg x 6/j	Analgésie de « secours »	
ALTERNATIVE À LA MORPHINE				
TRAMADOL 100 mg/2 ml IV ^{3,5}	IV lente	50 -100 mg x 6/j	Synergie d'action avec kétoprofène	Si EVA > 4 (douleur intense)
RELAIS				
PARACÉTAMOL 1 g PO ¹⁵	Systématique	1 cp x 4/j	Entretien analgésie	
TRAMADOL 50 mg PO ^{5,15}	À la demande	1-2 gél. x 6/j	Efficacité en cas de douleur modérée ou sévère persistante	Si EVA > 4 (douleur intense)
KÉTOPROFÈNE 150 mg PO ¹⁶		1 cp x 2/j pendant 3 j max	Analgésie de complément	