

*Université de Djilali LIABES*  
*De Sidi Bel Abbas*  
*Faculté de Médecine*  
*Département de Médecine*

---

## **Prise en charge de la douleur post opératoire**

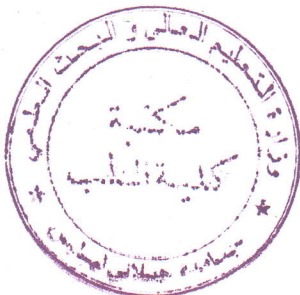
---

**TD**

**Résident en anesthésie -réanimation**

**Dr NABI Abdelkader**  
**Anesthésie-réanimation**

**Année universitaire 2022/2023**



## Prise en charge de la douleur post opératoire

### Généralités :

5 grands principes communs de l'analgésie postopératoire :

#### 1. INFORMER

Pour améliorer la prise en charge (PEC) de la douleur post-opératoire (DPO), il est recommandé d'**INFORMER** le patient en pré-, puis en postopératoire en s'aidant d'un support écrit (YCLU 003). Une trace de cette information doit rester dans le dossier de soin (DPI).

#### 2. EVALUER

- **En période préopératoire**, il est recommandé d'identifier les patients à risque de développer une douleur postopératoire sévère et/ou une douleur chronique post-chirurgicale [DCPC]), en recherchant :
  - La présence d'une douleur préopératoire y compris en dehors du site opératoire
  - La consommation d'opiacés au long cours
  - Des facteurs chirurgicaux et psychiques tels que l'anxiété (échelle APAIS, Amsterdam Préopératoire Anxiety and Information Scale) et la dépression (HAD).
- **En période postopératoire**, il est recommandé d'identifier les facteurs de risques de chronicisation de la douleur (DPO) en recherchant :
  - Une intensité élevée de la DPO à l'aide d'une échelle numérique (EN)
  - Une prolongation inhabituelle de la DPO
  - Une douleur neuropathique précoce (au moyen de l'échelle DN4), des signes d'anxiété et/ou de dépression.

La présence d'un de ces éléments doit faire évoquer une trajectoire à risque de chronicisation douloureuse.

Il est recommandé d'**EVALUER** l'intensité de la douleur, en préopératoire, en SSPI, puis régulièrement en postopératoire (*SCLU019* Chapitre évaluation Guide douleur et *PCLU002*). L'évaluation de la douleur doit être tracée dans le dossier de soin (DPI).

Il existe dans l'établissement une **équipe mobile douleur post chirurgicale** pour assurer la prise en charge, la coordination et le suivi du patient à risque de développer une DPO.

#### 3. PROTOCOLISER

La mise en place de **procédure de soins** est recommandée pour améliorer la PEC de la DPO. Il est donc recommandé de développer des protocoles de traitement, utilisant les techniques analgésiques efficaces comme :

- **L'analgésie multimodale,**
- **L'analgésie autocontrôlée (ACP) morphinique,**
- **L'analgésie locorégionale, (ICLU014 et PCLU021)**
- **La prévention de l'hyperalgésie postopératoire et de la chronicisation de la DPO.**

Ces protocoles doivent intégrer la surveillance, la prévention et le traitement des effets secondaires, tout particulièrement pour l'analgésie morphinique.



#### 4. OBTIMISER LA PRESCRIPTION DE DOSE DE SECOURS

La prescription à la demande n'est pas recommandée.

Les analgésiques non morphiniques doivent être administrés systématiquement, des doses de secours d'opioïdes faibles ou forts (**interdoses**) doivent être prescrites sur des critères fiables comme un score d'intensité douloureuse.

#### 5. STANDARDISER LES PRESCRIPTIONS

La standardisation, l'informatisation des prescriptions dans le cadre de procédures thérapeutiques sont recommandées.

### I. L'ANALGESIE MULTIMODALE : référentiel SFAR 2018 Douleur post-opératoire

Le concept d'analgésie multimodale repose sur l'utilisation conjointe d'un ou plusieurs antalgiques non morphinique (ANM) à la morphine. Le principe repose sur la combinaison de plusieurs analgésiques :

ANM + opioïde faible ou ANM + opioïde fort, afin d'obtenir :

- Une action antalgique par différents mécanismes d'action
- Une action synergique.

Dans l'espoir de renforcer l'analgésie postopératoire et/ou de diminuer les besoins et les effets secondaires des morphiniques, il est recommandé d'associer au moins deux ANM lorsqu'un opioïde est utilisé en postopératoire :

- **Paracétamol** : dès que la voie orale est utilisable, l'administration IV du paracétamol n'est pas recommandée. L'avantage principal du paracétamol reste son excellent profil de tolérance.
- **AINS** : Il est recommandé d'associer un AINS non sélectif (AINS-NS) ou un inhibiteur sélectif des cyclo-oxygénases de type 2 (ISCOX2) à la morphine en l'absence de contre-indication à l'usage de l'AINS :
  - o Il n'est pas recommandé d'utiliser un inhibiteur des cyclo oxygénases de type 2 (ISCOX2) chez les patients ayant des antécédents athéro-thrombotiques artériels (AOMI, AVC, IDM).
  - o Les AINS-NS ne sont probablement pas recommandés chez les patients ayant des antécédents athéro-thrombotiques artériels (AOMI, AVC, IDM) au-delà de 7 jours de traitement
- **Corticoïdes** : Les corticoïdes sont fréquemment utilisés chez les patients bénéficiant d'une anesthésie générale. La **dexaméthasone** administrée avant l'induction anesthésique est le corticoïde le plus étudié dans cette situation, notamment dans la prévention des nausées- vomissements postopératoires chez les patients à risque. Son effet sur la douleur postopératoire a été évalué dans de nombreuses études, et il est probablement recommandé d'administrer la dexaméthasone IV pour diminuer la douleur postopératoire. La dose recommandée de dexaméthasone est de 8 mg chez l'adulte et 0,15 mg/kg chez l'enfant.

**Néfopam** : le Néfopam peut être recommandé en association avec la morphine après chirurgie à douleurs modérées à sévères. L'association néfopam-AINS est synergique. Le Néfopam possède des propriétés anti-hyperalgésiques démontrées expérimentalement. Le bénéfice d'une triple association Paracétamol-AINS-Néfopam n'est pas connu. Les effets secondaires sont fréquents ; et en raison du risque de tachycardie, l'utilisation du néfopam doit être prudente chez le patient coronarien.

Proposition d'association d'analgésiques non morphiniques dans le cadre d'une analgésie multimodale :

- En 1<sup>ère</sup> intention et en l'absence de contre-indication aux AINS : AINS + Paracétamol
- Si contre-indication aux AINS : Néfopam + Paracétamol
- En 2<sup>ème</sup> intention et/ou risque de Douleur Chronique Post Chirurgicale : AINS + Néfopam + Paracétamol

## II. ANALGESIE MORPHINIQUE :

### OPIOÏDES FAIBLES

- **La Codéine** : efficacité et tolérance imprévisibles du fait de variations génétiques.
- **Le Tramadol** : en traitement de secours en association avec les ANM en cas de chirurgie à douleur modérée (EVA 30 à 60) en considérant ses effets indésirables propres et le risque de mésusage associé en cas de maintien de la prescription en dehors de la période péri opératoire.
- **La poudre d'opium** (LAMALINE® IZALGI®) : en association avec le Paracétamol pourrait être une alternative au Tramadol en raison de son profil efficacité/tolérance surtout chez la personne âgée (risque confusio-gène sous Tramadol).

### OPIOÏDES FORTS

- Il est recommandé de prescrire un opiacé fort (morphine ou oxycodone), **préférentiellement par voie orale**, en cas de douleurs postopératoires sévères ou insuffisamment calmées par les antalgiques non morphiniques.
- La morphine reste l'opiacé fort de référence en postopératoire. **La voie orale doit être privilégiée dès que possible.** L'efficacité clinique de l'oxycodone est équivalente à celle de la morphine, avec un ratio de 1/1 pour la voie IV et de 1/2 pour la voie orale (5 mg d'oxycodone = 10 mg de sulfate de morphine).
- **Titration Morphine** : Il n'y a pas de place pour la titration morphinique par voie orale en postopératoire immédiat. La titration IV est préférable (cf. *SCLU028* chap. titration du Guide douleur)
- **Analgésie Contrôlée par le Patient (PCA)** : En cas de chirurgie à douleur modérée ou sévère **prédictible**, pour laquelle les morphiniques sont nécessaires, il est semblé préférable d'utiliser comme traitement de secours de la douleur postopératoire une modalité d'administration des opioïdes forts selon le concept de titration continue de la douleur comme la PCA morphine iv (cf. *SCLU029* guide douleur), la PCA orale de morphine (SmartBottle®), la PCA sublinguale de sufentanil (Zalviso™).

## III. AUTRES THERAPEUTIQUES MEDICAMENTEUSES PAR VOIE SYSTEMIQUE ETORALE :

- **Lidocaïne intraveineuse** : Il est probablement recommandé d'administrer de la lidocaïne en intraveineux et en continu à la dose d'1 à 2 mg/kg en bolus intraveineux suivi de 1 à 2 mg/kg/h, chez les patients adultes opérés d'une chirurgie majeure (abdomino-pelvienne, rachidienne) et ne bénéficiant pas d'une analgésie péri nerveuse ou péridurale concomitante dans le but de diminuer la douleur postopératoire et d'améliorer la réhabilitation  
*NB : la Lidocaïne est le SEUL anesthésiant injectable en IV. Contre-indication ABSOLUE de l'utilisation d'un autre anesthésiant.*
- **Kétamine** : En peropératoire, l'administration de faible dose de kétamine chez un patient sous anesthésie générale est recommandée dans les deux situations suivantes :
- (a) chirurgie à risque de douleur aiguë intense ou pourvoyeuse de DCPC ;
- (b) patients vulnérables à la douleur en particulier patients sous opioïdes au long cours ou présentant une toxicomanie aux opiacés. La kétamine est l'agent anti hyperalgésique recommandé en première intention à la dose (maximale) de 0,5 mg/kg après l'induction anesthésique (pour éviter les effets psychodysléptiques) ± en administration continue à la dose de 0,125 à 0,25 mg/kg/h.

La perfusion sera arrêtée 30 min avant la fin de la chirurgie. L'effet sur la douleur chronique post-chirurgicale est estimé à une réduction de 30 % de l'incidence de la douleur chronique à trois mois après la chirurgie.

La prolongation de l'administration de kétamine en postopératoire peut se faire chez des patients ciblés les plus à risque de douleurs intenses postopératoires chirurgicales

- Patients à risque de douleur aiguë intense ou pourvoyeuse de douleur chronique post chirurgicale
- Patients vulnérables à la douleur en particulier (patients sous opioïdes au long cours).

La prolongation de l'administration de kétamine en postopératoire majeure faiblement l'effet analgésique, sans pouvoir préciser si la prolongation de l'administration pendant 24 heures permet de réduire encore le risque de douleur chronique post-chirurgicale.

Pour ne pas accroître le risque d'hallucinations, il est conseillé de connecter la tubulure de kétamine au plus près de la voie veineuse du patient et de raccorder le cas échéant les perfusions annexes à une valve anti retour adaptée à la tubulure de perfusion

Il n'y a pas d'indication à poursuivre systématiquement l'administration en phase postopératoire en service de chirurgie.

#### **IV. TECHNIQUES D'ANALGESIE LOCOREGIONALE :**

**Il est recommandé, chaque fois que possible, de proposer une technique d'analgésie utilisant les anesthésiques locaux**

- Préférer les blocs périphériques aux blocs centraux car ils sont associés à un meilleur rapport bénéfice/risque
- Associer une analgésie multimodale à une ALR, afin de compléter l'efficacité et/ou prévenir la douleur à la levée du bloc.
- L'analgésie par cathéter nerveux périphérique est recommandée dès lors que la douleur prévisible modérée à sévère dure plus de 24 heures.
- L'infiltration cicatricielle est une technique d'analgésie locale. Elle consiste à administrer un agent analgésique directement dans les berges d'une cicatrice chirurgicale ou à distance, afin de bloquer la transmission des influx douloureux par les terminaisons distales. L'utilisation de l'infiltration doit respecter les recommandations concernant les doses maximales d'anesthésiques locaux.

**L'infiltration en injection unique peut être utilisée :**

- Pour infiltrer la cicatrice de cholécystectomie par laparotomie,
- Pour le bloc des droits pour l'anesthésie et l'analgésie lors de la cure de hernie ombilicale.
- Pour l'infiltration des orifices de trocarts et l'instillation intra péritonéale pour l'analgésie après cholécystectomie et chirurgie gynécologique par laparoscopie.
- Pour la cure de hernie inguinale avec un anesthésique local à longue durée d'action.
- Pour l'infiltration péri anale « en quadrants » ou le bloc pudendal avec neurostimulation pour l'analgésie après chirurgie hémorroïdaire.
- Pour infiltrer la cicatrice de thyroïdectomie avec des anesthésiques locaux à longue durée d'action.

---

La perfusion cicatricielle continue était recommandée en 2008 :

- Sur la cicatrice des laparotomies sous-costales et médianes.
- Dans les plans profonds après hystérectomie par voie abdominale et césarienne.
- Après la chirurgie majeure du sein et dans les cicatrices de curage axillaire. Cette technique est une alternative au bloc paravertébral et au bloc de paroi (ex : PECS).
- Lors de la prise de greffon osseux iliaque.
- Après chirurgie du rachis, comme alternative à l'analgésie péridurale.
- En cas de laparotomie (laparotomie, césarienne et lombotomie) et en absence d'analgésie périmédullaire, il est probablement recommandé de proposer la mise en place d'un cathéter cicatriciel pour infiltration continue.

D'autres techniques d'analgésie loco-régionale sont régulièrement décrites et publiées. Il n'est pas possible de faire de recommandations argumentées. En 2016, la réactualisation de la recommandation sur la douleur postopératoire de la SFAR rappelait les doses maximales utilisables pour la première injection d'anesthésiques locaux chez un adulte jeune de classe ASA 1 :

Agent	Dose maximale en mg/kg
Lidocaïne adrénalinée	7
Mépipivacaïne	5
Lévobupivacaïne	3
Ropivacaïne	3

## Références bibliographiques

1. Lee LA, Caplan RA, Stephens LS, Posner KL, Terman GW, Voepel-Lewis T, et al. Postoperative opioid-induced respiratory depression: a closed claims analysis. *Anesthesiology*. mars 2015;122(3):659-65.
2. [Management of postoperative pain in adults and children. Consensus conference. Paris, France, 12 December 1997]. *Ann Fr Anesth Reanim*. 1998;17(6):444-662, fi117-122.
3. Comité douleur-anesthésie locorégionale et le comité des référentiels de la Sfar. [Formalized recommendations of experts 2008. Management of postoperative pain in adults and children]. *Ann Fr Anesth Reanim*. déc 2008;27(12):1035-41.
4. Aubrun F, Nouette Gaulain K, Fletcher D, Belbachir A, Beloeil H, Carles M, et al. Réactualisation de la recommandation sur la douleur postopératoire. *Anesth Réanimation*. déc 2016;2(6):421-30.
5. Alfonsi P, Slim K, Chauvin M, Mariani P, Faucheron J-L, Fletcher D, et al. [Guidelines for enhanced recovery after elective colorectal surgery]. *Ann Fr Anesthésie Réanimation*. mai 2014;33(5):370-84.
6. SFAR - Prise en charge de la douleur post opératoire chez l'adulte et l'enfant  
[http://www.sfar.org/accueil/print\\_article.php?id\\_article=21](http://www.sfar.org/accueil/print_article.php?id_article=21)