

# Recommandations formalisées d'experts 2008. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant

F. Adam, F. Aubrun, G. Aya, M. Beaussier, A. Belbachir, H. Beloeil, M. Chauvin, C. Dadure, L. Delaunay, JP. Estebe, D. Fletcher, R. Fuzier, E. Gaertner, O. Gall, M. Gentili, H. Keita, F. Larue, P. Lehete, C. Lejus, P. Macaire, E. Marret, P. Richebé, J. Ripart, F. Sztark, E. Vassort (représentant de la Société française d'étude et de traitement de la douleur-SFETD) ; V. Gaudé (infirmière référente douleur).

## Comment évaluer et améliorer les PEC de la DPO ?

---

- **Améliorer l'organisation de la structure**
- Pour améliorer l'organisation de la structure, il est recommandé d'insister sur l'importance d'une implication institutionnelle avec des objectifs concernant la prise en charge de la douleur dans le projet de l'établissement. Il est recommandé d'inscrire la qualité de la prise en charge de la DPO plus largement dans la réhabilitation postopératoire qui vise à offrir une récupération fonctionnelle rapide en postopératoire. Pour améliorer l'organisation des équipes dans la prise en charge de la DPO, une démarche concertée multidisciplinaire est recommandée avec **définition de référents** et responsabilisation des acteurs.
- Il est recommandé d'aborder conjointement **l'organisation d'équipes, la formation des personnels, la désignation de personnel référent, l'information du patient, l'évaluation de la douleur et la mise en place de procédures de soins**. Il est recommandé de développer des postes **d'infirmier référent douleur pour améliorer la prise en charge de la DPO**.

## Comment évaluer et améliorer les PEC de la DPO ?

- **la prise en charge de la DPO**

- Pour améliorer la prise en charge de la DPO, il est recommandé **d'informer le patient oralement en pré-, puis postopératoire** en s'aidant également d'un **support écrit**. Une trace de cette information doit rester dans le dossier. Il est également recommandé d'évaluer l'intensité de la douleur avec une autoévaluation chiffrée, utilisant une échelle numérique ou verbale. Cette évaluation doit être faite en préopératoire, en salle de soins postinterventionnelle (SSPI). **Le niveau de douleur est un critère de sortie de SSPI**. L'évaluation doit être poursuivie régulièrement en postopératoire, au repos, au mouvement et après traitement. Cette évaluation doit être associée à une évaluation de la sédation et de la ventilation. L'évaluation de la douleur doit être tracée dans le dossier. L'incidence de la DCPC doit aussi être évaluée. Il est enfin **recommandé de développer** des protocoles de traitement, utilisant les techniques analgésiques efficaces, comme **l'analgésie autocontrôlée (ACP) morphinique, l'analgésie multimodale et l'ALR**. Ces protocoles doivent intégrer la surveillance, la prévention et le traitement des effets secondaires. La prescription à la demande n'est pas recommandée. En plus des analgésiques administrés systématiquement, des doses de secours doivent être prescrites sur des critères fiables comme un score d'intensité douloureuse. La standardisation, la prérédaction, voire l'informatisation des prescriptions dans le cadre de procédures thérapeutiques sont recommandées.

## Quelle évaluation de la qualité ?

---

- **Mesurer la qualité de la prise en charge de la DPO**
- Pour mesurer la qualité de la prise en charge de la DPO, il est recommandé d'évaluer parallèlement la structure, les procédures et les résultats pour le patient. Ce processus d'évaluation doit être continu et prolongé. Pour évaluer la structure, il est recommandé de recenser le nombre d'infirmières référentes douleur, les moyens financiers, matériels et humains mis à disposition ainsi que les formations dispensées. Il est recommandé de faire participer l'équipe à toutes les étapes de la démarche qualité. La restitution des résultats est une étape clé pour l'élaboration des plans d'action. Il est recommandé d'utiliser également d'autres méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), comme le chemin clinique, l'intégration du thème douleur dans des réunions de morbi-mortalité, le suivi d'indicateurs, la réalisation de staffs EPP. L'utilisation d'indicateurs validés comme ceux de la HAS peut permettre une analyse comparative. Enfin, il est recommandé de réaliser des enquêtes « patients » pour évaluer les résultats chez le patient. La satisfaction est un critère insuffisamment spécifique. L'évaluation doit associer l'intensité douloureuse et les effets indésirables.

## Comment utiliser les morphiniques en périopératoire ?

### ■ Place des morphiniques oraux

- La voie parentérale est largement utilisée dans la période périopératoire. Il est toutefois **recommandé de réserver les voies sous-cutanée et intraveineuse (i.v.) aux patients pour lesquels la voie orale n'est pas disponible**. Il est recommandé d'utiliser la morphine à libération immédiate par voie orale, en postopératoire immédiat ou en relais de la voie parentérale. En pratique, le traitement peut débuter en même temps qu'une reprise de l'alimentation orale. En revanche, **il n'y a pas de place pour la titration morphinique par voie orale en postopératoire immédiat. La titration i.v. est préférable.**
- Les morphiniques oraux sont un traitement de secours efficace en association avec l'analgésie multimodale. À titre d'exemple, **l'oxycodone per os peut être une alternative à la morphine en postopératoire de chirurgie douloureuse** (hors AMM). Concernant les antalgiques de palier II, **il n'est pas recommandé d'utiliser le dextropropoxyphène dans l'analgésie postopératoire**. La codéine est probablement efficace après chirurgie à douleur faible ou modérée. Cependant, l'efficacité et la tolérance sont imprévisibles, notamment, du fait de variations génétiques. **Quant au tramadol, il est recommandé seul ou en association avec les antalgiques non morphiniques, en cas de chirurgie à douleur modérée. Il n'est pas contre-indiqué en association avec la morphine.**

## Comment utiliser les morphiniques en périopératoire ?

- **Bénéfices–risques de la titration intraveineuse**
- La titration consiste à adapter la dose d'opioïde aux besoins du patient et atteindre la concentration plasmatique efficace analgésique en évitant les sous-dosages et les surdosages. La morphine est l'opioïde recommandé pour une titration i.v. en période postopératoire immédiate. Il est recommandé de réaliser une titration i.v. en morphine à partir d'une valeur seuil d'intensité douloureuse, déterminée sur une échelle d'auto- ou d'hétéroévaluation chez les patients non somnolents. Des bolus de 2 ou 3mg toutes les cinq minutes sont probablement recommandés.
- La surveillance des patients en SSPI est neurologique (état de conscience, score de douleur), respiratoire (fréquence respiratoire et saturation capillaire en oxygène : SpO<sub>2</sub> ) et hémodynamique (pression artérielle et fréquence cardiaque). **Il est recommandé d'interrompre la titration en cas d'apparition d'une somnolence et il est recommandé de surveiller les patients pendant la titration et jusqu'à une heure après la fin de la titration** car ce délai correspond au pic d'action de la morphine et à la possibilité d'apparition des effets dépresseurs respiratoires. **Une titration i.v. postopératoire en morphine n'est pas recommandée dans les unités d'hospitalisation chirurgicale conventionnelle.**

## Comment utiliser les morphiniques en périopératoire ?

### ■ Indications et limites de l'ACP morphine ?

- En cas de chirurgie à douleur modérée ou sévère prédictible, pour laquelle les morphiniques sont nécessaires, **il est recommandé d'utiliser l'ACP** pour prendre en charge la DPO. La morphine est l'opiacé de choix. **Il n'existe aucun avantage à remplacer la morphine par le tramadol.**
- Concernant la programmation du dispositif, l'association d'une perfusion continue au mode bolus n'améliore pas la qualité de l'analgésie, mais majore le risque de dépression respiratoire. La seule indication de ce type d'association est la substitution d'un traitement morphinique préopératoire. L'ACP doit être associée à une analgésie multimodale.
- En prophylaxie des nausées–vomissements (effet indésirable le plus fréquent), il est recommandé d'associer en première intention le dropéridol à la morphine dans la pompe d'ACP. En cas de chirurgie à douleur modérée ou sévère prédictible, l'efficacité du dispositif analgésique transdermique iontophorétique est comparable à celle d'une ACP morphine. Il est alors recommandé d'appliquer des modalités de surveillance identique à celle de l'ACP morphine

# Comment utiliser les morphiniques en périopératoire ?

---

- Spécificité des morphiniques chez le sujet âgé et chez l'enfant
- Il existe des modifications physiologiques, pharmacocinétiques et pharmacodynamiques chez le sujet âgé. Ces modifications pharmacologiques s'expriment certainement moins en SSPI. Il est donc probablement recommandé de réaliser une titration selon les mêmes modalités chez le sujet âgé que chez le sujet plus jeune. **La dose titrée doit être toutefois réduite au-delà de 85 ans, en cas d'altération de la fonction rénale ou hépatique ou de troubles des fonctions supérieures.** Dans les suites opératoires, il est recommandé de réduire les doses unitaires de morphine en injection sous-cutanée et/ou d'augmenter l'intervalle entre les injections. Dans tous les cas, il sera important de prendre en compte les scores de douleur. L'ACP n'est pas contre-indiquée chez le patient âgé. **La programmation n'est pas différente, mais une oxygénothérapie systématique est indiquée ainsi qu'une dose limite horaire.** Parmi les antalgiques de palier II, **il n'est pas recommandé d'utiliser le dextropropoxyphène chez le sujet âgé.**

## Comment utiliser les morphiniques en périopératoire ?

---

- Il est recommandé d'utiliser **la morphine** plutôt que les agonistes de palier II après **chirurgie majeure chez le nouveau-né, le nourrisson et l'enfant**. Les doses de morphine, adaptées au poids de l'enfant, sont réduites chez le nouveau-né et le nourrisson de moins de trois mois en raison de l'immaturation hépatique.
- **L'ACP est recommandée dès que le niveau de participation est suffisant, en pratique dès l'âge de six ou sept ans. Il n'est pas recommandé d'utiliser la morphine par voie sous-cutanée chez l'enfant, principalement du fait du caractère douloureux de l'injection.**

# Quels bénéfices et risques liés à l'utilisation des antalgiques non morphiniques ?

- Spécificité adulte AINS et inhibiteurs sélectifs des cyclo-oxygénases de type II (coxibs)
- Il est recommandé **d'associer un AINS à la morphine en l'absence de contre-indications**. En revanche, il ne faut pas utiliser les AINS ou les coxibs dans les situations d'hypoperfusion rénale. Il est également recommandé de prendre en compte la majoration du risque hémorragique lors de la prescription d'AINS non sélectif. En cas de prescription de coxibs, il est recommandé de prendre en compte les facteurs de risque athérotrombotique en respectant les contre-indications et précautions d'emploi définies par l'Afssaps.
- Paracétamol
- **Il n'est pas recommandé d'utiliser seul le paracétamol en association avec la morphine** dans les chirurgies à douleur modérée à sévère ni d'administrer le paracétamol par voie i.v. dès que la voie orale est utilisable.
- Néfopam
- Le Néfopam est probablement recommandé après chirurgie à douleur modérée à sévère en association avec les morphiniques. Toutefois, il faut probablement utiliser avec **prudence le néfopam chez le patient coronarien, en raison du risque de tachycardie**.

# Quels bénéfices et risques liés à l'utilisation des antalgiques non morphiniques ?

- **Spécificité pédiatrique AINS et inhibiteurs sélectifs des cyclo-oxygénases de type II (coxibs)**
- **En dehors du syndrome de Fernand-Widal, on peut administrer des AINS aux enfants asthmatiques.** Il est recommandé de corriger les états de déshydratation et d'hypovolémie avant l'administration d'AINS. **On peut probablement utiliser le kétoprofène par voie i.v. dès l'âge d'un an (hors AMM).** Il est probablement recommandé d'utiliser le diclofénac plutôt que l'acide niflumique par voie rectale. En revanche, du fait du manque de données actuelles, on ne peut pas donner de recommandations concernant l'utilisation des coxibs chez l'enfant.
- **Il n'est pas recommandé de prescrire un AINS pour assurer l'analgésie postamygdalectomie,** en raison d'une majoration du risque hémorragique conduisant à une reprise chirurgicale.
- **Paracétamol**
- Comme pour l'adulte, il n'est pas recommandé d'administrer le paracétamol par voie i.v. dès que la voie orale est utilisable. **Il n'est pas recommandé d'administrer le paracétamol par voie rectale compte tenu de la biodisponibilité faible et imprévisible.** Il est recommandé d'administrer le paracétamol de façon systématique et non « à la demande ».

## Quelle utilisation des agents antihyperalgésiques ?

- **Quels moyens de prévention de l'hyperalgésie postopératoire ?**
- L'hyperalgésie postopératoire est la traduction clinique des phénomènes de sensibilisation du système nerveux qui exacerbent la DPO. Les fortes doses peropératoires d'opioïdes majorent la douleur, l'hyperalgésie et favorisent le développement de la tolérance aiguë à la morphine. **Il est probablement recommandé de limiter la consommation d'opioïdes peropératoires** afin de réduire le risque de tolérance aiguë à la morphine en postopératoire immédiat.
- Le récepteur *N*-méthyl-D-aspartate (NMDA) étant impliqué dans les phénomènes de sensibilisation du système nerveux, l'administration d'un inhibiteur du récepteur NMDA permet de limiter l'hyperalgésie postopératoire. La kétamine est l'antagoniste compétitif du récepteur NMDA le plus efficace dans cette indication. **Durant l'anesthésie, les règles d'administration de la kétamine recommandées sont les suivantes : bolus peropératoire compris entre 0,15 et 0,50mg/kg suivi d'un relais à la dose de 0,125 à 0,25mg/kg par heure en cas de chirurgie supérieure à deuxheures. La perfusion sera arrêtée 30minutes avant la fin de l'anesthésie.** Au cours d'une anesthésie générale, il est recommandé d'administrer le premier bolus de kétamine après l'induction, afin d'éviter les effets indésirables psychodysléptiques. **Dans la période postopératoire, il n'est pas recommandé d'utiliser l'association morphine et kétamine dans la PCA.**

## Quelle utilisation des agents antihyperalgésiques ?

---

- Parmi les autres traitements possibles, l'administration i.v. de magnésium n'est pas recommandée car elle ne limite pas les douleurs et la consommation de morphine postopératoires.
- De même, **l'utilisation de clonidine, en prévention des hyperalgésies postopératoires, ne peut être recommandée car ses effets indésirables hémodynamiques sont trop marqués.**
- En revanche, il **est probablement recommandé d'utiliser la gabapentine en prémédication** pour obtenir un effet d'épargne morphinique et une réduction des scores de douleur en postopératoire.
- En l'absence d'ALR, **la lidocaïne i.v. est probablement recommandée pour l'analgésie après chirurgie abdominale.**
- **L'analgésie péridurale** permet une réduction de l'allodynie péricicatricielle autour de la cicatrice de laparotomie.

## Peut-on prévenir la chronicisation de la DPO ?

- Quelle incidence, facteurs de risques et caractéristiques de la douleur chronique postchirurgicale ?
- La douleur chronique postchirurgicale (DCPC) est définie par une douleur persistant plus de deux mois après une chirurgie, sans étiologie identifiée et sans continuité avec un problème préopératoire. L'incidence des DCPC est difficile à estimer, tant il existe une grande variabilité dans la méthodologie des études et donc une disparité dans la prévalence, y compris pour un même type de chirurgie. Il est, par conséquent, **recommandé de prendre en compte la possibilité d'une chronicisation de la douleur postchirurgicale et il est probablement recommandé de rechercher, en préopératoire, les facteurs de risque de chronicisation que sont notamment l'intensité de la douleur préopératoire, le type de chirurgie, mais aussi la technique opératoire.**
- Comme pour la préexistence d'une douleur préopératoire, une forte DPO, en particulier neuropathique, est prédictive d'un risque élevé de DCPC. Il est, par conséquent, recommandé de diagnostiquer et de prendre en charge rapidement une douleur neuropathique postopératoire. Il est probablement recommandé d'utiliser le **questionnaire DN4** comme outil de dépistage.

# Peut-on prévenir la chronicisation de la DPO ?

## Questionnaire DN 4

---

- **QUESTION 1** : la douleur présente t elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?  
1. Brûlure    2. Sensation de froid douloureux    3. Décharges électriques
  
- **QUESTION 2** : la douleur est elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?  
4. Fourmillements    5. Picotements    6. Engourdissements    7. Démangeaisons
  
- **QUESTION 3** : la douleur est elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :  
8. Hypoesthésie au tact    9. Hypoesthésie à la piqûre
  
- **QUESTION 4** : la douleur est elle provoquée ou augmentée par :  
10. Le frottement

**MODE D'EMPLOI** : OUI = 1 point    NON = 0 point    Score du Patient : /10

- Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)

# Peut-on prévenir la chronicisation de la DPO ?

---

## Quels moyens de prévention de la DCPC ?

Trois moyens de prévention ont été retenus et font l'objet de recommandations :

- en cas de chirurgie très ou modérément douloureuse, il est recommandé **d'utiliser en peropératoire de faibles doses de kétamine** pour prévenir l'apparition de douleurs postopératoires chroniques ;

- **l'infiltration d'anesthésiques locaux dans le site chirurgical** limite probablement l'apparition de DCPC dans la chirurgie de prise de greffon osseux iliaque ;

- **le bloc paravertébral est probablement recommandé pour réduire la DCPC après chirurgie majeure du sein.**

# Pourquoi, quand et comment faire une infiltration du site opératoire ?

- **Infiltrations en injection unique**
- Il est recommandé d'infiltrer la cicatrice de cholécystectomie par laparotomie et d'utiliser **le bloc des droits** pour l'anesthésie et l'analgésie lors de la cure de hernie ombilicale.
- Concernant l'analgésie après cholécystectomie et chirurgie gynécologique par laparoscopie, l'infiltration des orifices de trocars et l'instillation intrapéritonéale sont recommandées. Pour les autres laparotomies abdominales, l'intérêt de l'infiltration cicatricielle en injection unique n'apparaît pas significatif en dehors du ***Transversus Abdominal Plane block (TAP block)***.
- Il est recommandé d'utiliser l'infiltration pour la **cure de hernie inguinale** avec un anesthésique local à longue durée d'action. L'injection dans les plans profonds ou le **bloc ilio-inguinal** sont plus efficaces que l'injection sous-cutanée. Cela s'applique également aux cicatrices transversales basses (par exemple, après césarienne sous anesthésie générale). Il est recommandé d'utiliser **l'infiltration périanale « en quadrants » ou le bloc pudendal avec neurostimulation pour l'analgésie après chirurgie hémorroïdaire**.
- Il est recommandé d'infiltrer la cicatrice de thyroïdectomie avec des anesthésiques locaux à longue durée d'action.

# Pourquoi, quand et comment faire une infiltration du site opératoire ?

---

- **Infiltrations continues**

- Il est recommandé d'utiliser la **perfusion continue cicatricielle sur la cicatrice des laparotomies sous-costales et médianes**. Le cathéter de perfusion doit être placé dans les plans profonds de la paroi (prépéritonéal). Il est recommandé d'utiliser l'infiltration continue dans les plans profonds après **hystérectomie par voie abdominale et césarienne**. Il est probablement recommandé d'utiliser la perfusion continue cicatricielle après **la chirurgie majeure du sein et dans les cicatrices de curage axillaire**. **Cette technique est une alternative au bloc paravertébral qui est toutefois recommandé en priorité**. En revanche, il n'est probablement pas utile d'utiliser une perfusion continue cicatricielle pour l'analgésie après cure de hernie inguinale bien que l'efficacité soit démontrée.

- **En chirurgie orthopédique et traumatologique**, il est recommandé d'utiliser l'infiltration continue d'un anesthésique local par voie subacromiale après chirurgie de l'épaule. En chirurgie ouverte, le cathéter peut être placé en sous-cutané. L'efficacité est toutefois inférieure à celle d'une ALR plexique. De même, lors de la prise de greffon iliaque, il est recommandé d'utiliser l'infiltration continue à proximité de l'os. En revanche, il n'est probablement pas recommandé d'utiliser le cathéter intra-articulaire après chirurgie du genou. Les données actuelles suggèrent une efficacité analgésique limitée et un risque pour le cartilage

# Place de l'ALR dans l'analgésie postopératoire

- **Règles générales d'utilisation d'une ALR**
- Il est recommandé, chaque fois que possible, de proposer une technique d'analgésie utilisant les anesthésiques locaux et **de préférer les blocs périphériques aux blocs centraux** dès que possible, car ils sont associés à un meilleur rapport bénéfice/risque.
- Il est **probablement** recommandé d'utiliser de préférence **la ropivacaïne ou la lévobupivacaïne** pour l'analgésie péridurale ou les blocs nerveux périphériques du fait d'une moindre toxicité cardiaque que la bupivacaïne.
- Les **RPC de l'ALR doivent être respectées** pour l'information, la pose et la surveillance des cathéters nerveux ou périduraux pour l'analgésie postopératoire.
- **Le repérage échographique est une alternative** pour la localisation des nerfs périphériques. Il est recommandé de respecter les règles d'asepsie chirurgicale.
- Il est **probablement** recommandé d'associer une **analgésie multimodale à une ALR, afin de compléter l'efficacité et/ou prévenir la douleur à la levée du bloc.**

# Place de l'ALR dans l'analgésie postopératoire

---

- Indications, techniques, avantages et risques des blocs du tronc
- Deux blocs font l'objet de recommandations pour certaines indications chirurgicales. Il s'agit du **bloc paravertébral** et du **bloc interpleural**.
- Il est **recommandé d'utiliser le bloc paravertébral, en injection unique, voire par cathéter, pour diminuer les scores de douleur et l'incidence des NVPO après chirurgie thoracique**. Il représente une alternative utile à l'analgésie péridurale. Il est **probablement** recommandé d'utiliser **le bloc paravertébral après chirurgie majeure du sein**.
- Le bénéfice analgésique limité du bloc interpleural ne permet pas de contrebalancer le risque de résorption systémique des anesthésiques locaux. En conséquence, ce bloc ne peut être recommandé

# Place de l'ALR dans l'analgésie postopératoire

---

- Indications de l'analgésie par les blocs nerveux périphériques
- L'analgésie par cathéter nerveux périphérique est recommandée dès lors que la douleur prévisible modérée à sévère dure plus de 24 heures. Concernant les modalités de l'analgésie postopératoire, il est **probablement recommandé** d'utiliser le mode continu plus ACP périnerveuse pour l'administration d'anesthésiques locaux.
- **Le risque de survenue d'un syndrome des loges n'est pas une contre-indication à la réalisation d'un bloc, sous réserve d'une surveillance adaptée, car la douleur n'est pas le seul critère diagnostique. En revanche, il n'est pas recommandé de mettre un cathéter en cas d'immobilisation plâtrée postopératoire.**

# Place de l'ALR dans l'analgésie postopératoire

---

- Chirurgie du membre supérieur
- Pour l'analgésie postopératoire de la chirurgie de l'épaule, **le bloc interscalénique est recommandé**. En cas de contre-indication, des techniques alternatives sont probablement recommandées, comme le bloc suprascapulaire et les infiltrations intra-articulaires.
- Pour l'analgésie postopératoire de la chirurgie du bras et du coude, les **blocs supraclaviculaire ou infraclaviculaire sont probablement recommandés**.
- Pour l'analgésie postopératoire de la chirurgie de l'avant-bras, du poignet et de la main, les **blocs axillaire ou au canal huméral sont probablement recommandés**.
- Pour l'analgésie de la chirurgie des doigts, pour laquelle une rééducation active est nécessaire, les **blocs tronculaires distaux sont probablement recommandés**.

# Place de l'ALR dans l'analgésie postopératoire

---

- **Chirurgie du membre inférieur**
- Il n'est **pas recommandé d'utiliser l'analgésie péridurale** car les blocs périphériques sont aussi efficaces, mais avec moins d'effets indésirables.
- Pour l'analgésie postopératoire après chirurgie de la **hanche**, il est **probablement recommandé de réaliser un bloc fémoral**. Pour l'analgésie postopératoire après chirurgie ou traumatisme de la diaphyse fémorale chez l'adulte et l'enfant, le bloc fémoral est recommandé.
- Pour l'analgésie postopératoire après chirurgie invasive du genou, telle que la **prothèse totale de genou**, il est **recommandé d'utiliser un cathéter fémoral**. Le bloc du nerf sciatique en injection unique est **probablement recommandé** en complément du bloc du nerf fémoral. Pour la chirurgie ligamentaire du genou, il est **probablement recommandé de réaliser un bloc fémoral avec cathéter ou au moins une injection unique**.

# Place de l'ALR dans l'analgésie postopératoire

---

- **Chirurgie du membre inférieur**
- En cas de **chirurgie arthroscopique mineure du genou**, l'administration intra-articulaire d'anesthésique local plus ou moins adjuvant ou un bloc fémoral en injection unique **sont recommandés**.
- **Pour l'analgésie postopératoire après chirurgie de la jambe, de la cheville et du pied chez l'adulte et l'enfant, un bloc sciatique est recommandé.**
- **Il est probablement recommandé d'utiliser le bloc de cheville pour l'analgésie postopératoire après chirurgie mineure du pied. Un cathéter peut être inséré au niveau du nerf tibial à la cheville.**

# Place de l'ALR dans l'analgésie postopératoire

---

- Surveillance d'une analgésie sous-arachnoïdienne et indications de l'analgésie péridurale
- La surveillance d'une injection intrathécale de morphine peut être réalisée en secteur traditionnel si la dose injectée est **inférieure ou égale à 0,1mg** chez le sujet ASA I ou II.
- Il est **recommandé pour l'analgésie péridurale** d'utiliser des anesthésiques locaux à faible concentration avec un morphinique et d'insérer le cathéter au milieu de la zone des dermatomes à bloquer.
- Il est **recommandé d'utiliser l'analgésie périmédullaire après chirurgie thoracique ou intra-abdominale majeure (gastrique, pancréatique, colique, chirurgie du grêle, œsophage, cystectomie)**, afin d'améliorer l'analgésie, réduire la durée de **l'iléus postopératoire et raccourcir le délai d'extubation**.
- Il n'est probablement **pas recommandé** d'utiliser l'analgésie péridurale après **chirurgie vasculaire périphérique** car elle n'a aucun impact sur l'analgésie, la morbidité respiratoire et cardiovasculaire

# Place de l'ALR dans l'analgésie postopératoire

---

- Spécificités de l'anesthésie locorégionale chez l'enfant
- Chez l'enfant, une anesthésie locorégionale peut être réalisée chez un patient sédaté ou sous anesthésie générale.
- Il est recommandé de réaliser **un bloc pénien pour assurer l'analgésie après circoncision chez l'enfant.**

# Comment organiser l'analgésie en chirurgie ambulatoire

- **Quelles particularités de l'analgésie en ambulatoire et quelle organisation ?**
- Il est recommandé que les établissements ayant une activité chirurgicale ambulatoire développent une stratégie spécifique de l'évaluation et du traitement de la DPO à domicile. Les protocoles de lutte contre la DPO doivent être évalués de manière régulière et pluridisciplinaire. Il est recommandé, pour les patients devant subir une intervention en ambulatoire, que les éléments prédictifs de la DPO et de la tolérance aux analgésiques prescrits à domicile soient appréciés et que les modalités de l'analgésie orale soient expliquées **dès la consultation spécialisée préopératoire** (chirurgie, anesthésie). **Il est recommandé que les ordonnances d'antalgiques soient remises au patient dès la consultation de chirurgie ou d'anesthésie.** Ces ordonnances d'antalgiques doivent préciser les horaires de prise d'antalgiques systématique et les conditions de recours aux antalgiques de niveau plus élevé si nécessaire.
- **Il est recommandé pour les patients bénéficiant d'une prise en charge de la DPO à domicile par voie locorégionale que le médecin traitant en soit informé par avance et prévenu de la sortie du patient de la structure hospitalière**

# Comment organiser l'analgésie en chirurgie ambulatoire

---

- **Quelles modalités analgésiques spécifiques ?**
- Il est **recommandé**, lorsque l'indication opératoire s'y prête, d'utiliser les **infiltrations et les blocs périphériques en injection unique** pour la chirurgie ambulatoire.
- **La sortie du patient**, malgré l'absence de levée du bloc, est possible si une **analgésie de secours, le port d'attelles, une information écrite aux patients, une assistance à domicile et des procédures précises d'appel ont été prévus.**
- Il est recommandé, lorsque des cathéters périnerveux sont envisagés pour traiter la DPO à domicile, que ces dispositifs soient réservés aux interventions dont la DPO est totalement, ou dans sa plus grande partie, couverte par le bloc périnerveux. Il est recommandé lorsque des cathéters périphériques sont utilisés pour traiter la DPO à domicile **qu'un contact téléphonique quotidien** soit réalisé