

Antalgie aiguë postopératoire

Aide-mémoire pour les professionnels

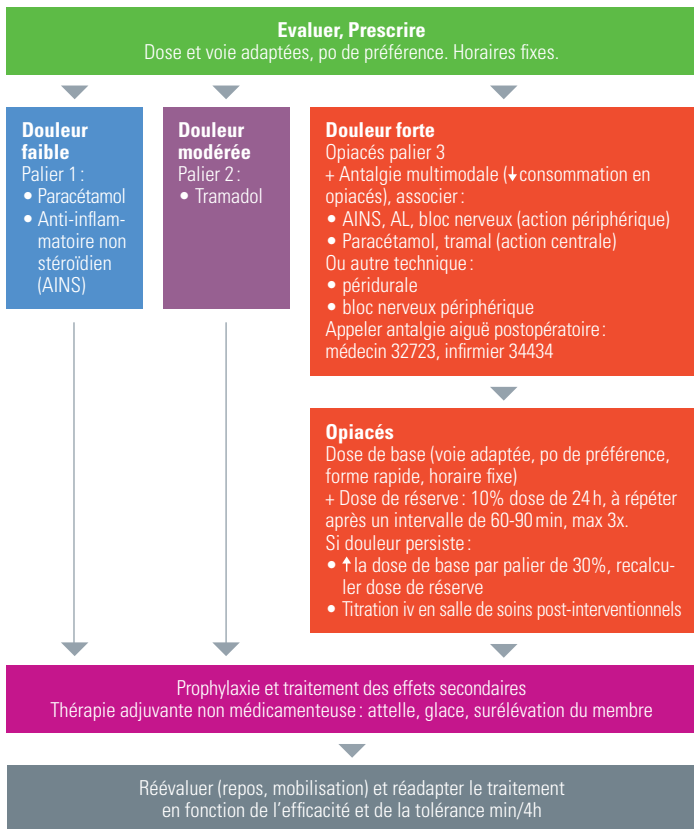


Nous avons fait
de la lutte
contre la douleur
une priorité.

Sommaire

Traitement général de la douleur aiguë postopératoire	3
Evaluation de la douleur (échelles et questionnaire DN4)	4
Différents types de douleur	7
Analgesie pour douleur faible (palier 1)	8
Analgesie pour douleur modérée (palier 2)	12
Analgesie pour douleur sévère (palier 3): opiacés	13
Traitement des effets secondaires	14
Rotation d'opiacés	16
Insuffisance rénale	18
Insuffisance hépatique	19
Patient avec traitement au long court et/ou dépendance aux opiacés	20
Grossesse et allaitement	21
Patient avec syndrome d'apnée du sommeil (SAS)	21
Patient avec matériel d'antalgie	22
Moyens complémentaires	23
Procédure d'appel postopératoire du patient douloureux	24
Numéros utiles	24

Traitement général de la douleur aiguë postopératoire



Évaluation de la douleur

- Mode d'installation : localisation ? irradiation ?
- Type de douleur : nociceptive ? neurogène ? (questionnaire DN-4)
- Facteurs aggravants et soulageants (position, médicaments)
- Intensité (combien avez vous mal ?) ; Composante affective (combien souffrez vous ?) ; Choisir une échelle d'évaluation adaptée
- Mesure au repos (allongé, assis), au mouvement (toux, lever, soins)
- Fréquence : au moins 2x/j, et plus fréquemment surtout lors de la mise en place de toute nouvelle mesure antalgique, et en fonction des délais d'action des mesures prises
- Autres symptômes : anxiété, dépression, trouble du sommeil
- Evolution durant les dernières 24h
- Exclure un problème en lien avec l'acte chirurgical :
 - compression par le pansement ou le moyen de contention (plâtre, attelle)
 - syndrome des loges
 - hématome
 - ischémie
 - lâchage d'une anastomose viscérale (péritonite, urinome)
- Facteurs de stress, représentations du patient (origine de la douleur, attente des soins)
- Informer le patient et les proches sur la cause de la douleur, de la nature de l'antalgie proposée, des effets escomptés, notamment des délais d'action

Pour des patients non communicants, si l'auto-évaluation est impossible, utiliser les échelles d'hétéro-évaluation

http://reseaudouleur.hug-ge.ch/reconnaitre/choisir_bon_outil_schema.html

Echelle Numérique (EN)

Réf. 106263 - Juillet 2011



Echelle Visuelle Analogique (EVA)

Pas de douleur

Pire douleur imaginable



Douleur neuropathique ?

Le questionnaire DN4 peut vous aider

(DN4, Pain 2004;108:248-57)

La douleur présente-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :

	Oui	Non
brûlure	☐	☐
sensation de froid douloureux	☐	☐
décharges électriques	☐	☐

La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs symptômes suivants :

fourmillements	☐	☐
picotements	☐	☐
engourdissements	☐	☐
démangeaisons	☐	☐

La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

une hypoesthésie au tact	☐	☐
une hypoesthésie à la piqure	☐	☐

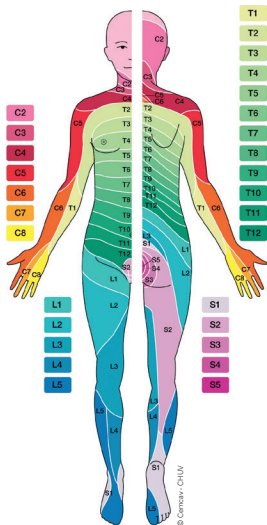
La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

le frottement	☐	☐
---------------	--------------------------	--------------------------

Oui = 1 point, Non = 0 point

Score du patient : /10

Valeur seuil pour le diagnostic de douleur neuropathique ≥ 4 (sensibilité = 82,9% ; spécificité = 89,9%)



Conditions d'utilisation

Si la douleur est décrite en termes de brûlures, de fourmillements ou de décharges électriques, il est possible qu'il s'agisse d'une douleur neuropathique. Dans ces conditions, l'utilisation du questionnaire DN4 est recommandée.

Analyse

A la fin du questionnaire, l'utilisateur comptabilise les réponses: 1 pour chaque OUI, 0 pour chaque NON. La somme obtenue donne le score du patient, noté sur 10. Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif.

Pour plus d'informations consultez:
<http://reseau-douloureux.hug-ge.ch/>

Différents types de douleur

Douleur	Mécanisme	Exemples	Sémiologie
Nociceptive (inflammatoire) os, peau, viscères	Activation au niveau périphérique du système de transmission des messages nociceptifs	Traumatisme, douleur postopératoire, infection, inflammation	Variable
Neuropathique	Lésion ou maladie du système somatosensoriel périphérique ou central	- Périphérique : Traumatique Névralgies post-herpétiques Polyneuropathies HIV, diabétique, douleur post-op - Centrale : AVC, SEP	Décharge électrique, brûlure, fourmillement, hypo/dyesthésie hyperalgésie/allodynie
Douleur aiguë	Rôle physiologique, disparaît après suppression de la cause, répond généralement au tt antalgique	- Traumatique : brûlures fractures - Médicale : colique néphrétique - Postopératoire	
Douleur chronique	Douleur qui persiste au delà de la réparation des lésions tissulaires, durée > 3 mois, peut être liée à une sensibilisation centrale, répercussions physiques, psychologiques, sociales, professionnelles, familiales	- Nociceptive : cancéreuse céphalées lombalgies - Neurogène : douleur fantôme AVC...	

Analgésie pour douleur faible (palier 1)

Paracétamol (Dafalgan®, Panadol®)

Action centrale, analgésique, antipyrétique, pas d'activité anti-inflammatoire

Forme	Dose	/jour	Délai d'action
cp	1g	4x/j	40-60 min
iv	1g	4x/j	30-45 min

Effets indésirables

Hépatotoxicité (métabolite hépatotoxique : NAPQI)

- Surdosage (> 8-10 g chez l'adulte, 125 mg/kg chez l'enfant en une prise)
- Patients à risque : alcoolisme, jeûne, malnutrition, sujet âgé, fonction hépatique altérée, chirurgie hépatique, inducteurs enzymatiques (antiépileptique, rifampicine, traitement HIV)

Néphrotoxicité

- Rare (NAPQI) lors de surdosage, patients alcooliques (doses normales)
- Analgésique non opioïde de choix dans l'insuffisance rénale (cf. p.18)

Trombocytopénies, agranulocytoses (rares)

Contre-indications

Absolues

- Hépatopathie avec insuffisance hépatocellulaire (cf. p.19)
- Allergie
- Intoxication aiguë à l'alcool

Relatives (↓ à 2x 1g/j)

- Hépatopathie aiguë ou chronique sans insuffisance hépatocellulaire (cf. p.19)
- Alcoolisme chronique sans cirrhose
- Prise d'inducteurs des CYP : carbamazépine, éthanol, isoniazide, phénobarbital, rifampicine

AINS: Ibuprofène, Diclofénac (Voltaren®), Kétorolac (Toradol®) Coxibs: Célecoxib (Celebrex®)

Action périphérique, inhibition synthèse PG, (AINS : cox1 et 2, Coxibs : cox2), analgésique, antipyrétique, anti-inflammatoire

Forme	Dose	/jour	Délai d'action	Max/24h
Cp Ibuprofen®	400-600 mg	3x/j	30 min	2400 mg
Cp Voltaren®	50 mg	3x/j	30 min	150 mg
Iv Toradol®	30 mg	3x/j	20-40 min	90 mg, ≤ 2j
Cp Celebrex®	100-200 mg	2x/j	2-3 h	400 mg

Effets indésirables

Tractus gastro-intestinal

- Dyspepsies (formes iv mieux supportées)
- Erosions, ulcères-hémorragies/perforations (âge > 60 ans, atcd d'ulcères, 2 AINS, corticoïdes, anti-aggrégant ou anticoagulant, insuffisance cardiaque). Coxibs < AINS (sauf si inhibiteurs de la pompe à protons)

Rein

- Insuffisance rénale (Artériosclérose, hypovolémie, déshydratation, diurétiques, inhibiteurs enzyme de conversion (IEC) ou sartans), tous les AINS

Cœur

- Rétention hydrosodée, HTA
- Insuffisance cardiaque - aiguë/chronique

Plaquettes

- Hémorragies: AINS: ↓agrégation plaquettaire in vitro, sans ↑le temps de saignement in vivo
- Événements artériels thrombotiques (infarctus, AVC) coxibs > AINS

Réactions immuno-allergiques croisées entre les différents AINS, rare avec Cox2

Contre-indications

AINS:

- Ulcère, gastrite, saignement gastro-intestinal

AINS et coxibs:

- Insuffisance rénale (cf. p.18)
- Insuffisance hépatique sévère (cf. p.19)
- Insuffisance cardiaque et HTA sévère
- Grossesse > 24 sem.
- Asthme sévère
- Allergie à Aspirine® ou à un AINS, syndrome de Widal
- Trouble de l'hémostase, prise d'anticoagulants ou antiaggrégants
- Cardiopathie ischémique avérée
- Artériopathie périphérique
- Atcd d'AVC, AIT
- Maladie inflammatoire du colon

Métamizole, Novalgine®

Anti-inflammatoire, spasmolytique

Action centrale et périphérique, inhibe la synthèse des PG (Cox2>Cox1), ↓excitabilité des muscles lisses

Forme	Dose	/jour	Délai d'action	Max/24h
Cp, supp	0.5-1g	3-4x/j	30-60 min	4g ↓ si insuff. rénale ou hép
Iv im	0.5-1g	3-4x/j	10-20 min 15-30 min	4g ↓ si insuff. rénale ou hép

Effets indésirables

C'est un AINS, avec les mêmes effets secondaires :

- < désordre gastro-intestinal et < saignement
- Agranulocytose
rare, sévère (mortelle). Si malaise, frissons, arthralgie, refroidissement, mal de gorge, ulcérations buccales, diarrhée, ou infection sévère => stopper le traitement. Contrôle de la formule sanguine de routine pas nécessaire (réaction rare et imprévisible)
- Néphrite interstitielle
- HypoTA
si injection iv rapide, hypovolémie. Cave hypoperfusion coronarienne et cérébrale.
Inducteur des CYP3A4 (↓potentielle de l'antalgie par fentanyl et l'oxycodone).

Contre-indications

- Idem AINS et coxibs
- Ne pas associer à autre AINS ou Coxib

A éviter (mauvais pronostic de l'agranulocytose) :

- sujets âgés >65 ans
- polymorbidité
- maladies autoimmunes

Analgésie pour douleur modérée (palier 2)

Tramadol, Tramadol® Tramal®

Action centrale : ↑libération de la sérotonine et inhibition de la recapture de la noradrénaline. Agoniste faible μ , après métabolisation par CYP2D6 (cave polymorphisme génétique et interactions médicamenteuses)

Forme	Dose	/jour	Délai d'action	Max/24h
Gttes, sol, cps	1-2 mg/kg	3-4x/j 2x/j chez sujet âgé	40-50 min	600 mg 200 mg chez sujet âgé
lv, scut, im	1-2 mg/kg	3-4x/j 2x/j chez sujet âgé	30-45 min	600 mg 200 mg chez sujet âgé

Effets indésirables

- Nausées/vomissements (administration rapide), constipation, vertiges, tremblement, sédation, troubles mictionnels
- ↓Seuil épileptogène

Surdosage

- Idem opiacés (antidote naloxone)
- Convulsions (pas d'effet naloxone)
- Crise sérotoninergique : hyperthermie, tachycardie, hyper-hypoTA, clonus, tremor, rigidité, shivering, mydriase, trouble de la coordination

Interactions médicamenteuses

- Inhibiteurs des CYP 2D6 (amiodarone, certains antidépresseurs et neuroleptiques, métoprolol) : ↑action sérotoninergique (syndrome sérotoninergique) et ↓l'effet opioïde
- Antidépresseur tricyclique, neuroleptiques, IMAO (15j après arrêt du traitement), ISRS : ↓seuil de convulsion, effets adrénergiques. Rares syndromes sérotoninergiques avec ISRS

Contre-indications

IMAO récent de 15j, épilepsie non contrôlée

Analgésie pour douleur sévère (palier 3): opiacés

Opiacé	Voie d'admin.	Délai d'action	Durée	Posologie	Particularité
Morphine	po rapide po lente** sc, im iv	30-45 min 1-3h 10-30 min 5-10 min	4h 12h 4h 4h	0.3 mg/kg 6x/j * ** 0.1 mg/kg 6x/j Titration, PCA	Opiacé de référence Histamino-libération, hypotension
Hydro-morphone	po rapide po lente** sc iv	30-60 min 3h 15 min 15 min	4h 12h 4h 4h	0.05mg/kg 6x/j* ** 0.025 mg/kg 6x/j Titration , PCA	2 ^e intention si effets sec +++ de la morphine
Buprénorphine	sublingual im iv transdermique**	45-60 min 20-40 min 20-40 min 12-24h	6-8h 6-8h 6-8h 72h	0.2-0.3mg 3x/j* 0.15mg 3x/j Titration , PCA Patch de 35, 52.5 et 70mcg/h (=0.8, 1.2 et 1.6 mg/j)	Nausées/ vomissements. 1 ^{er} choix (SL) si insuffisance rénale
Oxycodone	po rapide po lente**	15-30 min 3-4h	4h 12h	5-10 mg 6x/j* **	Oxycodone ret + Naloxone (Targin®) Si constipation
Fentanyl	iv intrathecal péridural transdermique**	5 min 30 min 1h 12-24h	30-60min 6-12h 72h	Titration, PCA Anesthésie Patch de 12, 25, 50, 75 et 100 mcg/h	Consulter équipe douleur Nausées/ vomissements > Choix si insuffisance rénale
Méthadone	po sc,im iv	2h 10-20 min	2-10h 10 min- 24h	20-40 mg/j 10-20 mg/j Titration, PCA	Consulter équipe douleur En 1x si substitution En 3x si antalgie***

* Réduire les doses de 2 à 3 x chez le sujet âgé et polymorbide. Prévoir **dose de réserve égale à 10% de la dose totale/j**, à donner 3x/jour selon un intervalle correspondant au délai d'action (2x pour buprénorphine)

** Formes lentes et transdermiques réservées au traitement chronique de la douleur, à débiter qu'après avoir obtenu une antalgie stable avec opiacé rapide. Dose/j d'opiacé lent = dose/j d'opiacé rapide. Prévoir aussi réserve en forme rapide (même calcul que pour antalgie aiguë)

*** Pas recommandé pour l'antalgie (délais d'action, interactions médicamenteuses, prolongation QT, arythmies)

Traitement des effets secondaires

AINS et douleurs gastriques/ATCD de gastrite

- Omeprazole 20 mg (traitement préventif) ou 40 mg (traitement curatif) po ou iv
- Utilisation de Cox2

Prurit induit par opiacés

- Nalbuphine (Nubain®) 3 x 5 mg/j iv (à titrer 1mg par 1mg)
- Antihistaminiques (Clemastine)
- Changer l'opiacé

Nausées + vomissements

Souvent indissociables des PONV (post-operative nausea and vomiting, durée 48 à 72h)

- Ondansetron 4 mg iv/sl toutes les 8 heures
- Droperidol/DHBP 0.5 mg iv toutes les 8 heures
- Dexaméthasone 4 mg iv toutes les 4 à 6h, max 48h
- Metoclopramide 3 x 10 mg/j po (traitement de 1^{ère} ligne pour les nausées/vomissements induits par les opiacés à > 48h postopératoire)
- Halopéridol 0.5-1 mg iv ou po (gttes): cave sédation, effets extrapyramidaux, hypoTA, ↑QT (torsade de pointe)
- Traiter la constipation, changer l'opiacé (par exemple morphine => hydromorphone)

Rétention urinaire due aux opiacés

- Sondage aller – retour ou éventuellement à demeure (à discuter avec chirurgien, CAVE risques d'hémorragies, infections, perforations)

Constipation due aux opiacés

≠ ileus postopératoire ! Patient algique est à risque d'ileus

- Hydratation, mobilisation/exercice !, bien traiter la douleur, antalgie multimodale (AINS, analgésie loco-régionale (ALR) => ↓ consommation en opiacés)
- Laxatifs osmotiques (macrogol, sirop de figues), laxatif de contact (picosulfate de Na), cave situation avec anastomose viscérale récente, se référer à l'avis du chirurgien opérateur
- Essai avec oxycodone-naloxone (Targin® po uniquement)
- Méthynaltrexone 0.15 à 0.3 mg/kg scut 1x/2j, réduire de 50% si insuffisance rénale

Dépression respiratoire due aux opiacés (FR<10/min, apnées)

- Stimuler le patient
- Stopper le traitement opiacé (si PCA par ex.)
- Oxygénation + pulsoxymètre, si apnée, ventiler
- Appeler Antalgie médecin (32723) ou garde anesthésie (33501) naloxone iv (si patient n'a pas réagi à une stimulation) titrer par 0.04 mg (antagoniser la dépression respiratoire sans lever l'antalgie), jusqu'à 0.4 mg

Effets sur le système nerveux central dus aux opiacés

- Somnolence (Cave : précède dépression respiratoire)
- Délire, hallucination, psychose
- Changer d'opiacé

Rotation d'opiacés

Utile en cas d'inefficacité ou effets secondaires +++

D'abord corriger la cause et traiter effets secondaires

Antalgie multimodale => ↓ consommation en opiacés

3 étapes:

- Dose/j opiacé A à convertir en équivalent morphine po (cf table d'équivalence), puis déduire dose/j opiacé B
↓ cette dose de 30-50% (prévention surdosage)
- Réévaluer efficacité (EVA) et la tolérance (sommolence en cas de surdosage, agitation, irritabilité, myoclonies, sudations, diarrhées ou crampes abdominales en cas de sevrage)
- Cave: délai d'introduction opiacé B selon la demi-vie d'élimination d'opiacé A, éviter interactions médicamenteuses

Rapport d'équianalgésie des opiacés par voie orale

Morphine PO	Opiacé PO	Taux de conversion approximatif	Exemple
Morphine PO	Hydromorphone PO	5 : 1	10 mg de Mo ≈ 2 mg d'hydromorphone
Morphine PO	Oxycodone PO	1-2 : 1	10 mg de Mo ≈ 5 mg d'oxycodone
Morphine PO	Buprénorphine SL	60-80 : 1	15 mg de Mo ≈ 0.2 mg de buprénorphine
Morphine PO 30-90 mg/j	Méthadone PO	4 : 1	10 mg de Mo ≈ 2.5 mg de méthadone
Morphine PO 90-300 mg/j	Méthadone PO	8 : 1	100 mg de Mo ≈ 12 mg de méthadone
Morphine PO > 300 mg/j	Méthadone PO	12 : 1	300 mg de Mo ≈ 25 mg de méthadone

Rapport d'équianalgésie des opiacés par voie parentérale

Morphine SC/IV	Opiacé SC/IV	Taux de conversion approximatif	Exemple
Morphine SC/IV	Hydromorphone SC/IV	5 : 1	10 mg de Mo $\approx$ 2 mg d'hydromorphone
Morphine SC/IV	Buprénorphine IV	30 : 1	10 mg de Mo $\approx$ 0.3 mg de buprénorphine
Morphine SC/IV	Fentanyl IV	70-100 : 1	10 mg de Mo $\approx$ 100-150 μ g fentanyl

Rapport d'équianalgésie des opiacés par voie transdermique (TD)

Morphine PO	Opiacé Trans-dermique (TD)	Taux de conversion approximatif	Exemple
Morphine PO	Buprénorphine TD	100-115 : 1	90 mg/24h de Mo $\approx$ 35 μ g/h de buprénorphine
Morphine PO	Fentanyl TD	100 : 1	60mg/24h de Mo $\approx$ 25 μ g/h de fentanyl

Rapport d'équianalgésie des opiacés par différentes voies d'administration

Opiacé	IV	PO ou SL	SC
Morphine	1/3	1	1/2 patient jeune 1/3 patient âgé
Hydromorphone	1/4	1	1/2 patient jeune 1/3 patient âgé
Buprénorphine	1/2	1	1/2

Insuffisance rénale

Adaptation posologique des différents antalgiques en fonction de l'insuffisance rénale

Antalgiques	Dosage habituel	Clearance >60ml/min	Clearance 30-60ml/min	Clearance 10-30ml/min	Clearance <10ml/min	Dialyse
Tramadol	50-100mg/ 4-6h max 400mg/j	100%	50-100mg / 12h, max 200mg/j	50-100mg / 12h, max 200mg/j	Ø	Ø
Morphine	5-120mg/ 4-6h max 1.5mg/kg/j	100%	75%	50% en dose unique	Ø	Ø
Oxycodone	2.5-10mg/ 6h	100%	75%	50% en dose unique	Ø	Ø
Fentanyl	PCA iv Patch	100% 100%	100% 1/2 vie galénique ↑	75% Ø	50% Ø	Ø
Buprenorphine	0.3mg/6-8h	100%	100%	100%	100%	100%
Hydromorphone	2.5-5mg/ 4-6h	100%	50%	Ø	Ø	Ø
AINS (et Celecoxib)	Brufen 400-600mg 3x/j	100%	Ø	Ø	Ø	Ø
Paracétamol	1g 4x/j	100%	100%	100%	aux 8h, max 3g/j	Après la séance

Privilégier le paracétamol, la buprenorphine et le fentanyl iv

Tenir compte des co-morbidités surtout chez le patient >70 ans (interactions avec tt habituels), et suivre les recommandations d'une clearance inférieure à la valeur réelle. Chez patients âgés, poids extrêmes, polymorbides, utiliser formule Cockcroft :

Clearance = $[(150 - \text{l'âge}) \times \text{poids}] / \text{créatininémie}$

Insuffisance hépatique

Adaptation posologique des différents antalgiques en fonction de l'insuffisance hépatique

Antalgiques	Dosage habituel	Atteinte hépatique modérée ¹	Atteinte hépatique sévère ²
Tramadol	50-100mg/4-6h max 400mg/j	50-100% aux 12h	Ø
Morphine	5-12mg/4-6h max 1,5mg/kg/j	iv: 100%/8-12h Po: 50%/8-12h	Ø
Oxycodone	2.5-10mg toutes les 6h	50% toutes les 12h	Ø
Fentanyl*	PCA iv Trandermique	100% bolus iv, cave débit continu*** Ø	100% bolus iv, cave débit continu*** Ø
Buprenorphine	0.3mg/6-8h	inconnu	inconnu
Hydromorphone	2.5-5mg/4-6h	iv: 100%/8-12h Po: 50%/8-12h	Ø
AINS**	Brufen 400-600mg 3x/j	100%	Ø
Paracétamol****	1g 4x/j	1g aux 12h	Ø

* tous les opiacés peuvent aggraver une encéphalopathie hépatique

** AINS ↑risque de saignement et IR

*** cave saturation du Vd, élimination ralentie

**** en cas d'intox. alcoolique aiguë

1. Atteinte hépatique modérée: OH chronique sans cirrhose /avec cirrhose modérée, atteinte hépatique avec ↓du TP (½ vie d'élimination proportionnelle au TP), hépatite virale, hépatite autoimmune, cancer, status post-transplantation
2. Atteinte hépatique sévère: cirrhose Child C, syndrome hépatorénal, ascite, résection hépatique > 50%, intoxication OH aiguë

Patient avec traitement au long court et/ou dépendance aux opiacés

Changements physiologiques

Dépendance	Syndrome de sevrage à l'arrêt de l'opiacé Risque si prise de >30 mg morphine >2-4 sem.
Tolérance	↑dose pour mêmes effets A l'analésie et aux effets secondaires (sauf constipation)
Hyperalgésie	↑douleur à l'↑des doses Présente lors de doses fortes ou prolongées
Autres	Troubles endocriniens, ostéoporose, dépression, immunosuppression

Prise en charge

Identification	Annoncer à l'équipe d'antalgie postopératoire : méd 32723, inf 34434 Aide Addictologie (toxicomanies) : méd 33581, inf 33457 Aide équipe douleur et soins palliatifs : méd 32746, inf 32221
Evaluation	Quel opiacé ? Quel stupéfiant ? Dose ? Overdose ? Sevrage ? Autre traitement ? (anti-épileptique, AINS, antidépresseur) Autre toxicomanie ? ECG si patient sous méthadone
Plan péri-opératoire Etablir confiance	Donner ration quotidienne d'opiacé quelque soit l'anesthésie et la chirurgie : • Opiacé habituel (souvent forme lente), méthadone • PCA iv si à jeun
Analésie postopératoire	Associer à l'opiacé habituel : • Titration opiacé iv : ↑ de 20 à 100% doses habituelles • Opiacé po forme rapide (↑25-50%) + doses réserve • Si jeune, considérer PCA +/- débit continu • + Antalgie multimodale (privilégier ALR)

Grossesse et allaitement

Voir site:  www.lecrat.org

Patient avec syndrome d'apnée du sommeil (SAS)

Diagnostic: STOP-BANG-questionnaire: SAS probable si ≥ 3 réponses +

Snoring: avez-vous un ronflement sonore ?

Tiredness: êtes-vous fatigué, somnolent pendant la journée ?

Observed: a-t-on observé des pauses respiratoires pendant votre sommeil ?

Pressure: avez-vous une HTA, traitée ou non ?

BMI: supérieur à 35kg/m^2 ?

Age: supérieur à 50 ans ?

Neck: supérieur à 40 cm de tour de cou ?

Gender: sexe masculin

- Antalgie multimodale: privilégier l'anesthésie loco-régionale, paracétamol, AINS (↓ de la consommation d'opiacés)
- Éviter benzodiazépines
- Traitement de CPAP habituel à poursuivre, également de jour si apnées/sédation
- Risque accru au 3^e-4^e jour postopératoire (rétablissement des schémas de sommeil)

Patient avec matériel d'antalgie

Tout patient avec matériel d'antalgie (PCA iv, péridurale ou cathéter périnerveux) est suivi quotidiennement par l'équipe d'antalgie postopératoire. Pas de suivi pour infiltration périopercutée (Pain Buster). L'ablation des cathéters se fait par l'équipe d'antalgie postopératoire, sauf pour les PCA iv, les cathéters nerveux périphériques et périduraux posés par le chirurgien. Un relai po est proposé par l'équipe d'antalgie postopératoire. Suivi à l'étage : contrôle du dispositif, contrôle programme PCA/consommation, nombre de bolus, évaluation : EVA, sensibilité (test au froid), motricité, score de sédation, respiration, autres effets sec., pansement.

Suspicion d'intoxication aux anesthésiques locaux avec troubles neurologiques/hémodynamiques : arrêt de l'administration, O₂, 144, manœuvres de réanimation, intralipide 20% : 1.5mg/kg

Problèmes courants

- A Antalgie insuffisante : instaurer un traitement iv/po, avertir l'équipe d'antalgie postopératoire (risque de surdosage si opiacé iv/po et dans péridurale !)
- B Fuite sur le cathéter périnerveux : renforcer le pansement (même si beaucoup de liquide fuit), si antalgie insuffisante : voir A
- C Flex d'anesthésiques locaux vide : procédure de changement de flex dans protocoles infirmiers des unités
- D Cathéter déconnecté : identifié <8h, tremper 25cm dans solution désinfectante, sécher, couper (milieu) et reconnecter stérilement
- E Cathéter déplacé/enlevé : voir A (NB : problèmes d'antalgie peuvent survenir plusieurs heures après), avertir l'équipe d'antalgie postopératoire
- F Inflammation point de ponction, signes infectieux +/- fièvre : signaler à l'équipe d'antalgie postopératoire
- G Bloc moteur : avertir l'équipe d'antalgie postopératoire
- H Suspicion de lésion neurologique : avertir équipe d'antalgie postopératoire

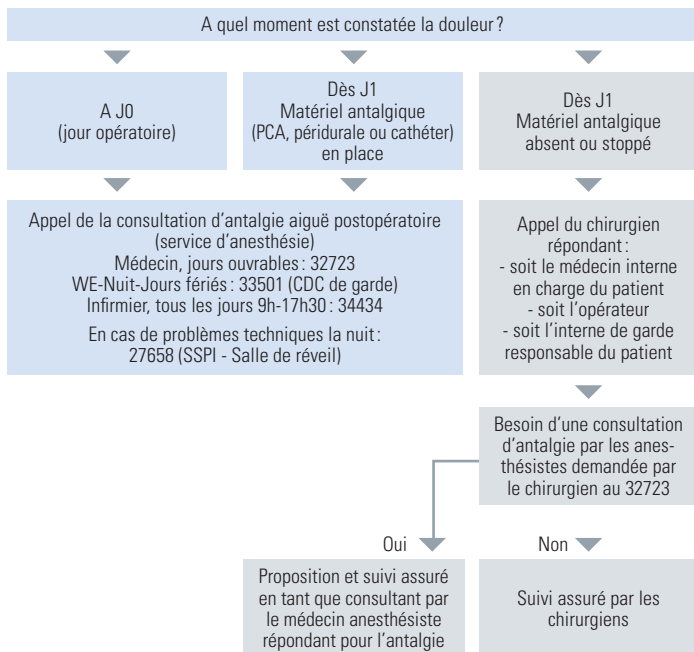
Cave

- Cathéter péridural et antiaggrégation/anticoagulation : voir lien: intranet HUG->sites médicaux-soignants->Anesthésiologie (intranet)-> Recommandation des bonnes pratiques cliniques->ALR et anti-agrégation/anticoagulation
- Toute manipulation avec ouverture du pansement à faire stérilement

Moyens complémentaires

Traitement de la douleur neuropathique	Patch de Lidocaïne (Neurodol®)		Douleurs neuropathiques superficielles 50 mg Lidocaïne/patch Dose : 1x/j, max 3 patch/pd 12h max, peau intacte
	Gabapentine (Gabapentine®, Neurontin®)	Effet sec : somnolence, vertiges (débuter le soir)	Débuter 100mg /j ↑ par palier de 300 mg /2j, dose max 1800 mg en 3 doses
	Prégabaline (Lyrica®)	Effet sec : somnolence, vertiges (débuter le soir)	Débuter à 2 x 50mg ↑ par palier de 25 à 50 mg /2j, en 2 doses, max 300 mg/j
Kétamine	Analgésique, antihyperalgésique (effet anti NMDA), ↓ consommation et effets secondaires des opiacés Cave: hallucinations, nausées/vom Contre-indications : mal coron., HTIC, glaucome		A débuter en salle de réveil sous surveillance (antalgie postopératoire méd : 32723) Bolus 0.15 mg/kg iv lent puis 0.15 mg/kg/h (<3.5 mg/kg/jour) PCA: 1-5 mg/bolus Co-administration de benzodiazépines
Meopa	Soins et procédures courtes et douleur faible à moyenne, respect des contre-indications		Prescription médicale Antalgie postopératoire : méd: 32723
Hypnose	Soins douloureux ponctuels ou répétés http://anesthesiologieintra.hcuge.ch/nous/Hypnose.html		Prescription médicale Tel: 27415 (secrétariat d'anesthésie)
Anxiolyse	Benzodiazépines		

Procédure d'appel postopératoire du patient douloureux



Numéros utiles

Consultation de la douleur et soins palliatifs (service de pharmacologie et toxicologie clinique)
Médecin: 32746
Infirmière spécialisée: 32221

Consultation d'addictologie
Infirmier spécialiste clinique: 33457
Médecin: 33581
Secrétariat: 29537