

4/ Les médicaments post-opératoires

I. Les antalgiques

Classification selon les 3 paliers de l'OMS, classement selon la puissance antalgique ou classement selon la classe médicamenteuse (non opioïdes: paracétamol, aspirine, AINS; les opioïdes faibles: codéine, tramadol; opioïdes forts: morphine, fentanyl...)

Particularités du post-opératoire

L'analgésie commence dès le bloc opératoire
Antalgiques puissants
Rapidement efficace, adapté au niveau de la douleur
Voie d'administration adaptée
Propriétés non-analgésiques adaptées
Tenir compte des médicaments per-opératoire et des horaires
Interactions médicamenteuses

Les médicaments antalgiques

Opiacés (Morphine)

Non opiacés (paracétamol, néfopam, AINS)

Morphine

Molécule de référence

Elève le seuil de perception de la douleur

Modifie "la prise de conscience de la douleur"

Au niveau spinal: action inhibitrice directe sur messages nociceptifs "entrants"

Au niveau du tronc cérébral: renforcement des contrôles inhibiteurs descendants

Autres effets SNC: euphorie, sédation, sommeil, action émétique, myosis

Effets respiratoires: dépression des centres respiratoires, dépression des centres de la toux (risque d'encombrement)

Overdose = arrêt respiratoire

Signe clinique = bradypnée, apnée

Attention chez l'insuffisant respiratoire ou rénal ou lors de l'association à un autre dépresseur respiratoire (ex: benzodiazépine)

Effets digestifs: constipation

Effets périphériques: histamino-libération (vasodilatation, prurit), bronchoconstriction, spasme vésical (risque de globe vésical)

Morphine injectable: sous-cutanée (délai d'action de 30min) ou intra-veineuse (délai d'action de 7 min)

Titration morphinique

- utilisé en salle de réveil, SAMU, urgence
- sous surveillance médicale
- efficacité ++ pour soulagement rapide
- ampoule de 10md diluée à 1mg/ml
- bolus IV de morphine (2 ou 3mg) administrés par soignant

- répété (toutes les 5 minutes) jusqu'à disparition douleur

Adapter les doses en fonction de l'efficacité, de la tolérance (fréquence respiratoire, échelle de sédation)

Evaluer fréquemment

En post-opératoire, l'évaluation doit se faire au repos et lors de la mobilisation

Evaluation de la douleur

Echelle visuelle analogique (EVA)

Echelle numérique simple (ENS)

Echelle verbale simple (EVS)

PCA morphine

Bolus intraveineux de morphine déclenché par le patient

Période réfractaire

Sécurité: dose maximum

Possibilité de perfusion continue

Permet un contrôle par le patient et une sécurité d'emploi

Tubulure spécifique (antiretour)

Rôle de l'IDE

- vérification de la programmation
- vérification de la compréhension du patient
- surveillance du nombre de bolus par 4 heures

Surdosage en morphine

Signes cliniques: dépression respiratoire, myosis, trouble de la vigilance

Antidote des opioïdes: Naloxone (Narcan)

Utilisation sur protocole ou prescription

Analgésie post-opératoire

Le plus souvent association de médicaments pour diminuer les besoins en morphine

Médicaments les plus utilisés

Paracétamol (Perfalgan): antalgique de niveau 1, IV, flacon de 1g, perfusion de 15min, délai d'action de 30min, répété toutes les 6 heures, prescription en systématique généralement

Nefopam (Acupan): antalgique central non opiacé, non dépresseur respiratoire, délai d'action de 15 à 20min, 20mg en IV lente, pas d'injection en bolus (nausées, vomissements, sueurs, vertiges, rash cutané...), répété toutes les 4 à 6h ou IVSE

Nalbuphine (Nubain): agoniste - antagoniste morphinique, ne pas associer à un agoniste pur, 10 à 20mg répété 4 à 8 prises par jour, injectable uniquement s/c ou IVL, effets indésirables de vertiges, sédation et nausées

Tramadol: agoniste opiacé, peu dépresseur respiratoire, Topalgic voie orale, forme IV: Contramal, effets indésirables de sensation de vertige, nausées, acouphène

AINS: inhibe la cyclo-oxygénase, propriétés anti-inflammatoires bénéfiques en post-opératoire, Voie IV: Ketoprofène (Profenid), flacon de 100mg, IV: dose usuelle de 200mg/24h, perfusion de 100mg, précautions: ulcère, hypertendu, insuffisance rénale, grossesse, majore le risque de saignement

Anesthésie locorégionale

En remplace ou en complément de l'anesthésie générale

Administration péri-nerveuse d'un anesthésique local et d'un morphinique souvent associé

Administration unique ou continue: cathéter pour perfusion d'entretien

Rôle de l'IDE important

Toujours savoir s'il y a eu ou pas une anesthésie locorégionale

Vérifier les médicaments utilisés

Vérifier la récupération du bloc sensitif/moteur

Risque de convulsions et d'arrêt cardiaque si passage en IV

II. Les antiémétiques

Nausées et vomissements post-opératoires

Complication fréquente
Jusqu'à 70% chez patients à risque
Gênant voire grave
Limite à la chirurgie ambulatoire

Risque

Score d'APFEL

- sexe féminin
- antécédent de NVPO ou mal des transports
- non-fumeur
- morphiniques post-opératoires

Rôle de l'IDE: demander la prescription d'une prophylaxie si facteurs de risque présents

Traitements

Prophylaxie: 2 attitudes complémentaires : éviter les facteurs émétogènes et médication antiémétique

Curatif: si échec ou absence de prophylaxie

Droperidol (Droleptan): neuroleptique, efficace en prophylaxie et en curatif, souvent ajouté à la PCA morphine, répété éventuellement au bout de 6 heures

Sétrons: inhibiteurs de récepteurs HT3 de la sérotonine, bien toléré, céphalées possibles, efficace en prophylaxie et en curatif

Autres traitements: corticoïdes surtout en prophylaxie, Aprepitant, Primpéran

En pratique

Les antiémétiques sont souvent associés en prophylaxie

En curatif seuls les sétrons et le droperidol ont une efficacité rapide

Rôle de l'IDE primordial en post-opératoire

Evaluer l'intensité de la douleur

Surveiller la tolérance des opiacés

Adapter l'administration des traitements en fonction du patient

Veiller à la bonne application des algorithmes de prévention / traitement des NVPO