

**Dr Alain CAZENAVE**  
*chirurgien orthopédiste*  
*traumatologie sportive*

site web : [www.orthopale.org](http://www.orthopale.org)

## **PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR**

Cette prise en charge ne se résume pas à la prise de médicaments antidouleur après l'intervention.

Elle est nécessaire à tous les stades de la prise en charge (avant, pendant, après l'intervention). Elle concerne le chirurgien, et l'anesthésiste, mais aussi le patient.

Elle est psychologique, médicamenteuse et technique

### **1 - AVANT L'HOSPITALISATION :**

- informer le patient et son entourage du type d'anesthésie : L'anesthésie loco-régionale (RACHIANESTHESIE) est préférée surtout chez les cardiaques, les insuffisants respiratoires.
- évaluer les facteurs favorisant la survenue de douleurs
  - \* mauvais état circulatoire
  - \* prise régulière d'antalgiques et de morphiniques
  - \* tabac
  - \* état dépressif

### **2 - PENDANT L'HOSPITALISATION**

#### **1) LA CHIRURGIE**

- **Chirurgie la moins invasive possible** : voie d'abord limitée et limitation des saignements

- **Analgésie locale** : Elle consiste en l'injection peropératoire d'anesthésique local et l'insertion d'un cathéter intra-articulaire qui délivrera l'antalgique localement dans le genou. L'utilisation d'une Anesthésie Locale à la place du Bloc Fémoral permet de s'affranchir des effets moteurs non souhaitables . Les autres complications liées au bloc nerveux périphériques sont évitées, alors que celles liées au cathéter intra-articulaire sont rares : il est alors possible de programmer une Kinésithérapie précoce sans risque.

- **Absence de drains , pansement** collé de type DUODERM

#### **2) LES SOINS PENDANT L'HOSPITALISATION**

- **Glaçage du genou** plusieurs fois par jour

- **Analgésie multimodale** adaptée, en accord entre le chirurgien et

l'anesthésiste

L'association de plusieurs techniques d'analgésie permet en théorie de potentialiser leurs effets antalgiques tout en minorant les risques d'effets indésirables

\* Instillation locale per-opératoire de ROPIVACAINE et par catheter intra articulaire post-opératoire

\* De manière systématique par :

- kétoprofène 50 mg 4 x/jour pendant 2 jours (sauf patients âgés de plus de 75 ans)
- Neurontin® 300 mg 2x/jour pendant 5 jours.

\* Les antalgiques classiques de classe 1, 2 et 3

Les antalgiques classiques de classe 1, 2 et 3 donnés per os à la demande du patient selon un évaluation visuelle analogique (EVA) effectuée par l'infirmière à intervalle régulier

-classe 1 : Paracetamol systématiquement jusque 1 g X 4 / jour (sauf problèmes hépatiques)

-classe 2 : Acupan® et/ou Tramadol®

-classe 3 : Skénan LP10 ® x 2/jour + Actiskénan® 5 ou 10 mg à la demande - ou Oxycontin®/Oxynorm®

- **une rééducation précoce** (patient acteur de ses soins) :

La mobilisation précoce, en diminuant la durée d'alitement, permet de diminuer l'incidence des complications liées au décubitus . Par ailleurs, la mobilisation semble avoir un effet antalgique propre en initiant des phénomènes de neuro-modulation nociceptive

- **surveillance**

\* pansement, catheter intra-articulaire et son diffuseur

\* ecchymose-hématome : peuvent être source de douleurs

\* échodoppler : recherche de TV Profonde

\* tonus musculaire - EVA

## 4 - APRES LA SORTIE DU SERVICE

- poursuite de la rééducation, des massages et assouplissement
- activités autonomes
- glaçage du genou

## CONCLUSION

Cette procédure vise à ne plus utiliser les morphiniques injectables responsables de complications telles que les nausées, vomissements, délires, rétention urinaire, troubles du transit intestinal.

Soyez certain que nous adapterons le traitement de manière à ce que la rééducation immédiate post-opératoire se fasse dans les meilleures conditions sans douleurs.