

## CHIRURGIE COLORECTALE

### RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

#### Notes sur les recommandations de PROSPECT

PROSPECT fournit aux médecins un argumentaire en faveur et contre les différentes interventions en matière de douleur postopératoire, en se basant sur des preuves publiées et des opinions d'experts. Les médecins doivent porter des jugements fondés sur les circonstances cliniques et les réglementations locales. À tout moment, il convient de consulter les informations posologiques locales pour les médicaments mentionnés. Les grades des recommandations (GdR) sont attribués en fonction du niveau de preuve (NdP) global sur lequel les recommandations sont basées, ce qui est déterminé par la qualité et la source de la preuve.

#### Grades des recommandations (GdR) basés sur la source et le niveau de preuve (NdP) : tableau récapitulatif

La manière dont les évaluations de qualité des études sont effectuées pour déterminer le NdP et le GdR est expliquée dans [le lien suivant](#)

La grille AGREE II ([Brouwers 2010](#)) est utilisée à l'échelle internationale pour évaluer la rigueur méthodologique et la transparence des recommandations pour la pratique clinique (RPC). Dans la mesure du possible, la méthodologie d'évaluation des césariennes de PROSPECT répond aux exigences du « Domaine 3 : Rigueur d'élaboration » de la grille AGREE II :

- Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques.
- Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits.
- Les forces et les limites des preuves scientifiques sont clairement définies.
- Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites.
- Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en termes de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations.
- Il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent.
- La RPC a été revue par des experts externes avant sa publication. (La preuve et les recommandations seront soumises aux fins d'une évaluation par des pairs après publication sur le site web de PROSPECT)
- Une procédure d'actualisation de la RPC est décrite. (La méthodologie est fournie afin que la revue systématique puisse être actualisée tel que requis)

### RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

Les recommandations sommaires et les recommandations générales sont fondées sur les données probantes identifiées dans l'analyse documentaire originale (80 études publiées entre 1966 et mars 2009 ; voir le dossier Archives) et dans l'analyse documentaire actualisée (18 études publiées entre mars 2009 et octobre 2016).

## RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS PRÉOPÉRATOIRES

### Interventions préopératoires recommandées

Remarque : sauf indication contraire, le terme « préopératoire » se réfère à des interventions appliquées avant l'incision chirurgicale.

Remarque : les analgésiques doivent être administrés au moment approprié (à titre préopératoire ou peropératoire) pour assurer une analgésie suffisante au début de la période de rétablissement.

<b>Analgésie systémique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhibiteurs sélectifs de la COX-2 (GdR B) (seulement pour les patients qui ne reçoivent pas d'analgésie péridurale)</li> <li>• Administration continue de lidocaïne IV pré/peropératoire si elle se poursuit pendant la période postopératoire immédiate (GdR B), lorsque l'analgésie péridurale n'est pas possible ou contre-indiquée</li> </ul>
<b>Analgésie péridurale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une anesthésie péridurale thoracique continue et une analgésie, à un niveau approprié sur le site de l'incision, sont recommandées systématiquement (GdR A)</li> <li>• Une combinaison d'anesthésique local et d'opioïde est recommandée (GdR A) en raison de l'efficacité analgésique accrue de la combinaison par rapport aux deux médicaments seuls</li> </ul>

### Usage préopératoire NON recommandé

#### Analgésie systémique

Clonidine IV	Elle est associée à un risque accru d'hypotension et de bradycardie (GdR D).
AINS classiques	L'administration préopératoire de ces agents peut augmenter le risque de saignement peropératoire et postopératoire (GdR B).
Corticostéroïdes pour analgésie	Les preuves propres à la procédure ne montrent aucun avantage significatif en matière de réduction de l'intensité de la douleur (mais ils peuvent être utilisées pour la réduction des NVPO). (GdR A).
Gabapentine / prégabaline	GdR D en raison d'un manque de preuves spécifiques à la procédure
Administration continue de lidocaïne IV limitée à la période pré/peropératoire.	GdR D en raison de l'incohérence et de l'insuffisance des preuves propres à la procédure.
Antagonistes des récepteurs NMDA	GdR D en raison du caractère limité de la preuve propre à la procédure.
Opioides	Ils sont significativement moins efficaces que les opioïdes postopératoires pour réduire la douleur

	postopératoire (GdR B)
Antagonistes des canaux calciques	Preuves propres à la procédure limitées, montrant l'absence d'effet analgésique postopératoire. (GdR B).

### Anesthésie rachidienne

Morphine rachidienne	En raison du risque d'effets secondaires. (GdR D).
Clonidine rachidienne	Sur la base des preuves propres à l'intervention, montrant un effet analgésique et un risque d'effets secondaires limités. (GdR B).

### Thérapie non pharmacologique

Utilisation préopératoire de l'imagerie guidée	En raison des preuves limitées propres à la procédure (GdR D).
Laxatifs pour analgésie	Preuves propres à la procédure limitées, qui ne montrent aucun bénéfice analgésique (mais ils peuvent être utilisés pour d'autres raisons que le soulagement de la douleur) (GdR B).
Pentoxifylline	En raison de preuves limitées propres à la procédure concernant son effet analgésique (GdR D)

### AL pour analgésie

Bloc TAP bilatéral	En raison de preuves limitées propres à la procédure (GdR D).
--------------------	---

## RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS PEROPÉRATOIRES

### Interventions peropératoires recommandées

Note : sauf indication contraire, le terme « peropératoire » se réfère aux interventions appliquées après l'incision et avant la fermeture de la plaie.

Nota : les analgésiques doivent être administrés au moment approprié (à titre préopératoire ou peropératoire) pour assurer une analgésie suffisante au début de la période de rétablissement.

### Techniques anesthésiques et analgésiques coadministrés

<p><b>Analgésie systémique</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhibiteurs sélectifs de la COX-2 (GdR B) (seulement s'ils ne sont pas administrés avant l'opération et pour les patients qui ne reçoivent pas d'anesthésie péridurale).</li> <li>• Opioïdes (GdR B) (uniquement pour les patients qui ne reçoivent pas d'anesthésie péridurale).</li> <li>• Administration continue de lidocaïne IV pré/peropératoire si elle se poursuit pendant la période postopératoire immédiate, lorsque l'analgésie péridurale n'est pas possible ou contre-indiquée (GdR B).</li> </ul>
<p><b>Analgésie péridurale</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'anesthésie et l'analgésie péridurales thoraciques continues, à un niveau approprié sur le site de l'incision, sont recommandées systématiquement (GdR A).</li> <li>• Une combinaison d'anesthésique local et d'opioïde est recommandée (GdR A) en raison de l'efficacité analgésique accrue de la combinaison par rapport aux deux médicaments seuls.</li> </ul>
<p><b>Techniques opératoires</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La décision concernant le type de technique opératoire ou d'incision à utiliser pour la chirurgie colorectale doit être fondée principalement sur des facteurs autres que la prise en charge de la douleur postopératoire, p. ex. la malignité par rapport aux facteurs de risque opératoire de la maladie bénigne du patient, le risque d'infection des plaies et la disponibilité de l'expertise chirurgicale (GdR D).</li> <li>• La chirurgie colorectale laparoscopique est recommandée plutôt que la chirurgie ouverte du côlon pour réduire la douleur postopératoire, si les conditions décrites ci-dessus le permettent (GdR A).</li> <li>• L'incision horizontale/courbée (transversale) est recommandée plutôt que l'incision verticale pour des avantages analgésiques et autres si les conditions opératoires le permettent (GdR B). De plus, l'incision horizontale/courbe est préférée pour ses avantages cosmétiques (GdR D).</li> <li>• La diathermie est recommandée par rapport au scalpel (GdR C).</li> <li>• Le maintien de la normothermie est recommandé pour améliorer les résultats cliniques, mais cela n'est pas utile pour réduire la douleur postopératoire (GdR A).</li> </ul>

## Usage peropératoire NON recommandé

### Analgésie systémique

Clonidine IV	Elle est associée à un risque accru d'hypotension, de sédation et de bradycardie (GdR D).
Antagonistes des canaux calciques	Preuves propres à la procédure limitées, montrant l'absence d'effet analgésique postopératoire.
Gabapentine / prégabaline	En raison d'un manque de preuves propres à la procédure (GdR D).
Administration continue de lidocaïne IV limitée à la période pré/peropératoire	En raison de l'incohérence et de l'insuffisance des preuves propres à la procédure (GdR D).
Antagonistes des récepteurs NMDA	En raison des preuves limitées propres à l'intervention concernant l'efficacité des analgésiques (GdR D).
Opioides	Chez les patients recevant une analgésie péridurale (GdR D).

### Analgésie péridurale

Ajout de clonidine à la combinaison d'AL péridurale + opioïde.	En raison d'effets secondaires (GdR D).
--	---

### Analgésie rachidienne

Analgesie rachidienne en combinaison avec anesthésie péridurale	Sur la base d'un manque d'avantages dans la réduction de la douleur postopératoire en chirurgie colorectale (GdR B).
---	--

## RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS POSTOPÉRATOIRES

### Interventions postopératoires recommandées

Remarque : sauf indication contraire, le terme « postopératoire » se réfère à des interventions appliquées à la fermeture de la plaie ou après celle-ci.

Remarque : les analgésiques doivent être administrés au moment approprié (à titre préopératoire ou peropératoire) pour assurer une analgésie suffisante au début de la période de rétablissement.

### Techniques anesthésiques et analgésiques coadministrés

<b>Analgésie systémique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhibiteurs sélectifs de la COX-2 (GdR B) (seulement pour les patients qui ne reçoivent pas d'analgésie péridurale ou avec l'arrêt de l'analgésie péridurale).</li> <li>• AINS conventionnels (GdR A) (seulement pour les patients qui ne reçoivent pas d'analgésie péridurale ou avec l'arrêt de l'analgésie péridurale).</li> <li>• Lidocaïne IV (GdR B) (lorsque la péridurale n'est pas possible ou contre-indiquée).</li> <li>• Opioïdes comme secours si l'analgésie non opioïde est insuffisante ou contre-indiquée. (GdR B).</li> <li>• Paracétamol (GdR B) pour les douleurs d'intensité modérée ou faible (seulement pour les patients qui ne reçoivent pas d'analgésie péridurale, ou après l'arrêt de l'analgésie péridurale).</li> </ul>
<b>Analgésie péridurale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anesthésie péridurale thoracique continue et analgésie à un niveau approprié sur le site de l'incision (GdR A).</li> <li>• Une combinaison d'anesthésique local et d'opioïde est recommandée (GdR A) en raison de l'efficacité analgésique accrue de la combinaison par rapport aux deux médicaments seuls.</li> </ul>
<b>Bloc TAP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les preuves sont insuffisantes pour recommander le bloc TAP, mais les blocs TAP peuvent être considérés pour le soulagement de la douleur aiguë après une chirurgie colorectale lorsque l'anesthésie péridurale n'est pas possible (GdR A).</li> </ul>
<b>Infiltration ou perfusion de la plaie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La perfusion pré-péritonéale continue de LA, comme alternative lorsque l'analgésie péridurale n'est pas possible ou contre-indiquée (GdR B).</li> </ul>
<b>Protocoles de rééducation multimodale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les protocoles de soins (qui comprennent une rééducation contrôlée avec ambulation précoce et régime, ou des programmes d'optimisation multimodale) (GdR A).</li> </ul>

## Usage postopératoire NON recommandé

### Analgésie systémique

Gabapentine / prégabaline	En raison d'un manque de preuves propres à la procédure (GdR D).
Antagonistes des récepteurs NMDA	En raison de preuves limitées propres à la procédure concernant son effet analgésique (GdR D).
Opioides IM forts	GdR D.

### Infiltration ou perfusion de la plaie

Massage mécanique avec aspiration de la paroi abdominale	Des données complémentaires sont nécessaires (GdR D).
Tubes nasogastriques	Ils sont associés à un malaise et des inconvénients, et ne diminuent pas la durée de l'iléus postopératoire (GdR A).

## RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES SUR LES PERSPECTIVES

Algorithme pour la gestion de la douleur postopératoire en chirurgie colorectale

### Recommandations générales pour la gestion de la douleur postopératoire en chirurgie colorectale ouverte

