

THORACOTOMIE

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 : <https://esraeurope.org/prospect-methodology/>

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 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.

Opioïde fort	<ul style="list-style-type: none"> Si aucune technique d'anesthésie régionale n'est possible, l'analgésie opioïde systémique et non opioïde est recommandée comme analgésie de secours.
---------------------	--

Techniques anesthésiques et analgésiques coadministrés

Anesthésie régionale	<ul style="list-style-type: none"> Bloc paravertébral avec AL (bolus préopératoire ou à la fin de la chirurgie, suivi d'une perfusion continue), comme premier choix par rapport à l'analgésie péridurale thoracique en raison d'un faible taux de complications (GdR A) AL thoracique péridurale + opioïde fort en bolus avant la chirurgie (GdR A), une perfusion en continu est également recommandée, si le BPVn'est pas utilisé
-----------------------------	--

Usage préopératoire NON recommandé

Analgésie systémique - NON recommandée

Agonistes des récepteurs alpha-2-adrénergiques	<ul style="list-style-type: none"> Clonidine (GdR A) Dexmédétomidine (GdR D)
Corticostéroïde	GdR D
AINS classiques	GdR A
Inhibiteurs sélectifs de la COX-2	GdR D
Kétamine	GdR D
Gabapentine / prégabaline	GdR D
Opioides forts	Malgré les preuves d'efficacité du GdR A, un bolus unique d'opioïde fort rachidien n'est pas recommandé en raison de problèmes d'innocuité clinique (dépression respiratoire).
Magnésium	<ul style="list-style-type: none"> Magnésium rachidien Magnésium péridural

Anesthésie régionale - NON recommandée

Opioïde péri-dural lombaire fort	Un opioïde péri-dural lombaire fort n'est pas recommandé comme premier choix de la technique péri-durale sur la base de la preuve que la voie péri-durale thoracique peut assurer une analgésie supérieure à la voie péri-durale lombaire (GdR A) (une étude supplémentaire). Toutefois, il existe des preuves spécifiques à la procédure que l'opioïde péri-dural lombaire hydrophile fort réduit la douleur par rapport à l'analgésie systémique
Bloc nerveux intercostal avec AL	Bloc nerveux intercostal avec AL, en une seule injection préopératoire (GdR D)
Clonidine intercostale	GdR D
Injection préopératoire d'AL	Injection préopératoire d'AL dans le site d'incision prévu (GdR A)

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS PEROPÉRATOIRES

Interventions peropératoires recommandées

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

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

Analgesie régionale

- Le bloc BVP avec AL est recommandé comme premier choix pour la chirurgie thoracique en raison d'une incidence plus faible de complications, comparativement à la péri-durale thoracique (GdR A).
- Perfusion péri-durale thoracique d'AL+ opioïde fort, perfusion continue (GdR A)

Usage peropératoire NON recommandé

Analgesie systémique - NON recommandée

AINS classiques	AINS conventionnels (GdR D) recommandés en l'absence de contre-indication
Inhibiteurs sélectifs de la COX-2	Inhibiteurs sélectifs de la COX-2 (GdR D) recommandés en l'absence de contre-indication (les deux ensemble)
Kétamine	GdR D

Gabapentine / Prégabaline	GdR D
---------------------------	-------

Analgesie régionale - NON recommandée

Opioïde péri-dural lombaire fort	Un opioïde péri-dural lombaire fort n'est pas recommandé comme premier choix de la technique péri-durale basée sur la preuve que la voie péri-durale thoracique peut assurer une analgesie supérieure à la voie péri-durale lombaire (GdR A) (une étude supplémentaire). Toutefois, il existe des preuves spécifiques à la procédure que l'opioïde péri-dural lombaire hydrophile fort réduit la douleur par rapport à l'analgesie systémique
Dextran	Ajout de dextran à la solution intercostale d'AL (GdR A)
Phénol intercostal	GdR D
Opioïde fort interpleural	GdR D
Cryoanalgesie	Malgré des études positives (GdR A), la cryoanalgesie présente un risque de lésion nerveuse.

Analgesie pour la douleur à l'épaule - NON recommandé

Bloc nerveux phrénique	GdR D
------------------------	-------

Techniques opératoires - NON recommandées

La technique opératoire utilisée doit dépendre de facteurs autres que la douleur (GdR D) (il existe de nouvelles preuves que la chirurgie assistée par vidéo est moins douloureuse).
--

RESUME DES RECOMMANDATIONS POSTOPERATOIRES

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

Analgésie systémique	<ul style="list-style-type: none"> • AINS classiques, en association avec une analgésie régionale (GdR A) • Inhibiteurs sélectifs de la COX-2, en association avec une analgésie régionale (GdR B) • Paracétamol, dans le cadre d'un régime multi-analgésique (GdR D) • Opioïde fort PCA IV, si les techniques analgésiques régionales échouent ou ne sont pas possibles (GdR D) • Opioïdes faibles pour la douleur d'intensité modérée (VAS>30<50 mm) ou faible (VAS 30 mm) dans la période postopératoire tardive, seulement si les AINS inhibiteurs sélectifs de la COX-2 classiques plus le paracétamol sont insuffisants ou contre-indiqués (GdR D)
Analgésie régionale	<ul style="list-style-type: none"> • Bloc paravertébral avec AL, perfusion continue (GdR A) comme premier choix en raison d'un taux de complications plus faible • Péridurale thoracique AL + opioïde fort, perfusion continue pendant 2-3 jours (GdR A)

Usage postopératoire NON recommandé

Analgésie systémique - NON recommandée

Antagonistes des récepteurs alpha-2-adrénergiques	Clonidine/dexmédétomidine (GdR D)
Kétamine	GdR D
Gabapentine / prégabaline	GdR D
Paracétamol	Paracétamol seul pour la douleur de haute intensité (VAS≥50 mm) (GdR B)

Analgésie régionale - NON recommandée

Opioïde péri-dural lombaire fort	Un opioïde péri-dural lombaire fort n'est pas recommandé comme premier choix de la technique péri-durale basée sur la preuve que la voie péri-durale thoracique peut assurer une analgésie supérieure à la voie péri-durale lombaire (GdR A) (une étude supplémentaire). Toutefois, il existe des preuves spécifiques à la procédure que l'opioïde péri-dural lombaire hydrophile fort réduit la douleur par rapport à l'analgésie systémique
Corticostéroïde péri-dural thoracique	GdR D
AL interpleurale	GdR A

Autres techniques analgésiques - NON recommandées

Acupuncture auriculaire	GdR D
TENS	GdR D

Analgésie pour la douleur à l'épaule - NON recommandée

Bloc nerveux suprascapulaire	GdR D
------------------------------	-------

Analgésie pour l'extraction de drain thoracique - NON recommandée

Sac de glace	GdR A
Anesthésie locale interpleurale	GdR A
Anesthésie locale topique	GdR D

RECOMMANDATIONS GENERALES DE PROSPECT

Algorithme de prise en charge de la douleur postopératoire pour la thoracotomie

