

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

Type d'étude	NdP	GdR (selon le NdP global, en tenant compte de l'équilibre entre les informations sur les pratiques cliniques et la preuve)	
		Propre à la procédure	Transférable
Revue systématique avec résultats homogènes	1	A	B
Essai randomisé contrôlé (ERC), de haute qualité	1	A (sur la base de deux études ou plus, ou d'une seule étude d'envergure et bien conçue)	B
ERC, avec limitations dans la méthodologie ou les rapports	2	B (ou extrapolation d'une étude de NdE 1 propre à la procédure)	C
Revue non systématique, étude de cohorte, étude de cas ; (p. ex. des preuves sur les effets indésirables)	3	C	
Informations sur les pratiques cliniques (avis d'experts) ; preuve incohérente		D	

La manière dont les évaluations de qualité des études sont effectuées pour déterminer le NdP et le GdR est expliquée dans le lien suivant : [Césarienne : niveaux de preuve et grades des recommandations.](#)

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

Interventions préopératoires qui sont recommandées pour une césarienne	
<p>Remarque : sauf indication contraire, le terme « préopératoire » se réfère à des interventions appliquées avant l'incision chirurgicale.</p> <p>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.</p>	
Gabapentine orale	<ul style="list-style-type: none"> • Une dose unique de gabapentine orale préopératoire est recommandée (GdR A) pour améliorer le soulagement de la douleur postopératoire (NdP 1).
Techniques anesthésiques et analgésiques coadministrés	
Techniques anesthésiques : anesthésie rachidienne-péridurale combinée ou anesthésie rachidienne	<ul style="list-style-type: none"> • Une anesthésie rachidienne-péridurale combinée ou une anesthésie rachidienne est recommandée (GdR A) sur la base d'une preuve propre à la procédure pratiquée (NdP 1) • Il n'y a pas de preuve de bénéfice analgésique susceptible de recommander une anesthésie générale plutôt qu'une anesthésie neuraxiale (c.-à-d. anesthésie péridurale, anesthésie rachidienne et anesthésie rachidienne-péridurale combinée), en raison du manque d'études comparatives directes axées sur l'analgésie postopératoire (GdR D) • Toutefois, les techniques d'anesthésie neuraxiale sont recommandées pour des raisons de sécurité (p. ex., l'anesthésie neuraxiale permet d'éviter la nécessité de manipuler les voies respiratoires et élimine les effets sédatifs postopératoires de l'anesthésie générale) (GdR D)
Analgésie opioïde intrathécale	<ul style="list-style-type: none"> • La morphine intrathécale inférieure à 200 µg est recommandée si le patient a reçu une anesthésie rachidienne (GdR A) sur la base d'une preuve propre à la procédure pratiquée pour améliorer l'analgésie postopératoire (NdP 1) • En raison des effets indésirables liés aux opioïdes, dont la dépression respiratoire retardée, il convient toutefois de prendre

	en considération des techniques analgésiques alternatives
Analgésie opioïde péridurale	<ul style="list-style-type: none"> · Les opioïdes périduraux sont recommandés si le patient a reçu une anesthésie péridurale (GdR A) sur la base d'une preuve propre à la procédure pratiquée pour améliorer l'analgésie postopératoire (NdP 1) · En raison des effets indésirables liés aux opioïdes, dont la dépression respiratoire retardée, il convient toutefois de prendre en considération des techniques analgésiques alternatives
Techniques chirurgicales qui sont recommandées pour une césarienne	
Techniques chirurgicales : incision abdominale transversale et péritoine non fermé	<ul style="list-style-type: none"> · L'incision abdominale transversale est recommandée plutôt que l'incision verticale (GdR A, NdP 1). Parmi les incisions transversales, l'incision de Joel-Cohen et les modifications similaires sont supérieures à l'incision de Pfannenstiel pour des résultats liés à la douleur postopératoire (GdR A, NdP 1) · Il est recommandé de ne pas fermer le péritoine (GdR A) sur la base d'une preuve propre à la procédure pratiquée pour l'analgésie postopératoire (NdP 1)
Interventions peropératoires qui sont recommandées pour une césarienne	
<p>Remarque : sauf indication contraire, le terme « peropératoire » se réfère à des interventions appliquées après l'incision et avant la fermeture de la plaie. En ce qui concerne la césarienne, l'expression « après l'accouchement » se réfère à l'administration après le clampage du cordon ombilical et la naissance du bébé.</p> <p>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.</p>	
AINS IV après l'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> · Les AINS IV après l'accouchement sont recommandés (GdR A) sur la base de la preuve propre à la procédure pratiquée (NdP 1), même chez les femmes allaitantes (NdP 3)
Paracétamol IV après l'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> · Le paracétamol après l'accouchement est recommandé (GdR A) sur la base de la preuve propre à la procédure pratiquée (NdP 1)
Blocs ilio-hypogastrique et ilio-inguinal après l'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> · Les blocs ilio-hypogastriques et ilio-inguinaux bilatéraux sont recommandés (GdR A) sur la base de la preuve propre à la procédure pratiquée (NdP 1)
Blocs TAP bilatéraux après l'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> · Les blocs TAP bilatéraux sont recommandés (GdR A) sur la base de la preuve propre à la procédure pratiquée pour l'analgésie postopératoire (NdP 1)
Infiltration de la plaie avec anesthésie locale après l'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> · L'infiltration de la plaie avec anesthésie locale est recommandée (GdR A) sur la base de la preuve propre à la procédure pratiquée (NdP 1)
Interventions postopératoires qui sont recommandées pour une césarienne	
<p>Remarque : le terme « postopératoire » se réfère aux interventions appliquées pendant ou après la fermeture de la plaie.</p>	

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.

AINS oraux	· Les AINS postopératoires sont recommandés (GdR A) sur la base de la preuve propre à la procédure pratiquée (NdP 1), même chez les femmes allaitantes (NdP 3)
Paracétamol oral	· Le paracétamol postopératoire est recommandé (GdR A) sur la base de la preuve propre à la procédure pratiquée (NdP 1)
Opiïdes systémiques comme analgésie de secours	· Les opioïdes systémiques assurent une analgésie efficace (GdR A, NdP 1), mais sont uniquement recommandés comme analgésiques en raison de leurs effets indésirables (GdR D)
Perfusion continue de la plaie avec anesthésie locale	· La perfusion continue de la plaie avec anesthésie locale est recommandée (GdR A) sur la base de la preuve propre à la procédure pratiquée (NdP 1)

Recommandations générales : traitement de la douleur pour les césariennes électives

Préopératoire	Gabapentine orale
Technique anesthésique pré/peropératoire	CSEA ou SpA*
Peropératoire, après l'accouchement	Paracétamol IV + AINS V [#]
	Infiltration de la plaie avec AL ou blocs TAP ou blocs ilio-hypogastriques/ilio-inguinaux
Technique chirurgicale	Incision transversale [†]
	Sans fermeture du péritoine
Postopératoire	Paracétamol oral + AINS oral + opioïde systémique comme secours
	Perfusion continue de la plaie avec AL

* La morphine IT/les opioïdes périduraux sont recommandés, mais des techniques analgésiques alternatives comme l'infiltration de la plaie avec AL, bloc TAP, blocs ilio-hypogastriques et ilio-inguinaux doivent être prises en considération pour éviter les éventuels effets indésirables liés aux opioïdes neuraxiaux

[#] Le paracétamol IV et les AINS IV ne sont pas forcément nécessaires si des opioïdes neuraxiaux sont utilisés

[†] Parmi les incisions transversales, l'incision de Joel-Cohen et des modifications similaires sont supérieures à l'incision de Pfannenstiel pour des résultats liés à une douleur postopératoire

Non recommandé pour les césariennes

Dexaméthasone	La dexaméthasone préopératoire ne peut être recommandée à ce moment (GdR D) sur la base de la preuve propre à la procédure pratiquée
Clonidine neuraxiale	La clonidine neuraxiale n'est pas recommandée (GdR D), bien que la preuve propre à la procédure pratiquée indique qu'elle assure une analgésie supérieure, en raison des effets indésirables (p. ex. hypotension)
Kétamine	La kétamine ne peut être recommandée à ce moment (GdR D) sur la base de la preuve incohérente propre à la procédure pratiquée
TENS	La TENS n'est pas recommandée (GdR D) sur la base de la preuve limitée propre à la procédure pratiquée
Infiltration de la plaie avec des AINS	L'infiltration de la plaie avec des AINS n'est pas recommandée à ce moment (GdR D) car les données comparatives concernant l'administration systémique sont limitées
Perfusion continue de la plaie avec des AINS	La perfusion continue de la plaie avec des AINS n'est pas recommandée (GdR D) sur la base de la preuve propre à la procédure pratiquée