

HÉMORROÏDECTOMIE

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.

Grades des recommandations (GdR) et niveaux de preuve (NdP)

Les GdR sont attribués en fonction du NdP global sur lequel les recommandations sont basées, ce qui est déterminé par la qualité et la source de la preuve (voir *Processus d'examen des preuves – Formulation des recommandations de PROSPECT*).

Résumé des recommandations

Interventions préopératoires et peropératoires recommandées	
<ul style="list-style-type: none"> 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. 	
AINS/inhibiteurs sélectifs de la COX-2	D'après les preuves de l'efficacité analgésique (NdP 1) propres à la procédure, il est recommandé (Grade A) d'administrer à temps des AINS systémiques/inhibiteurs sélectifs de la COX-2, en l'absence de contre-indications, pour permettre une analgésie postopératoire précoce suffisante.
Paracétamol	Le paracétamol est recommandé, compte tenu de son innocuité et de son rôle établi dans la gestion de la douleur au stade initial, malgré l'absence de preuves propres à la procédure (Grade B), et il devrait être administré à temps pour permettre une analgésie postopératoire précoce suffisante.
Glucocorticoïdes parentéraux	Les glucocorticoïdes parentéraux préopératoires sont recommandés (Grade B), sur la base des preuves propres à la procédure (NdP 1 et 2) de l'efficacité analgésique.
Laxatifs	Les laxatifs sont recommandés (Grade A), s'ils sont commencés dans les jours précédant l'intervention chirurgicale, en

	complément d'un traitement analgésique, sur la base des preuves propres à l'intervention (NdP 1 et 2).
Métronidazole oral	Le métronidazole par voie orale est recommandé (Grade A) comme adjuvant au traitement analgésique sur la base des preuves propres à la procédure (NdP 1).
Bloc du nerf pudendal comme adjuvant analgésique ou intervention anesthésique	Le bloc du nerf pudendal sous AG ou AL est recommandé car il est prouvé qu'il est plus efficace que l'infiltration périanale d'un anesthésique local (Grade B, NdP 2).
	Le bloc pudendal, avec ou sans AG, est recommandé comme modalité anesthésique de choix (Grade A) sur la base des preuves propres à la procédure des bienfaits analgésiques par rapport à l'anesthésie rachidienne (NdP 1).
Techniques opératoires	L'hémorroïdectomie fermée (Grade B) ou l'hémorroïdectomie ouverte avec électrocoagulation des pédicules (Grade A) est recommandée comme procédure primaire pour les hémorroïdes de grade 3 et 4 sur la base de : <ul style="list-style-type: none"> • Preuves moins évidentes que l'hémorroïdectomie fermée est moins douloureuse que l'hémorroïdectomie ouverte (NdP 2) • Preuves que l'hémorroïdectomie ouverte avec électrocoagulation des pédicules réduit la douleur comparativement à la ligature des pédicules (NdP 1)

Interventions postopératoires recommandées

- Sauf indication contraire, le terme « postopératoire » désigne les interventions appliquées à la fermeture de la plaie ou après celle-ci.
- 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/inhibiteurs sélectifs de la COX-2	<ul style="list-style-type: none"> • D'après les preuves de l'efficacité analgésique (NdP 1) propres à la procédure, des AINS systémiques/inhibiteurs sélectifs de la COX-2 sont recommandés (Grade A), en l'absence de contre-indications
Paracétamol	<ul style="list-style-type: none"> • Le paracétamol est recommandé, compte tenu de son innocuité et de son rôle établi dans la gestion de la douleur au stade initial, malgré l'absence de preuves propres à la procédure (Grade B).
Opioides	<ul style="list-style-type: none"> • Étant donné que les opioïdes peuvent causer une constipation, des nausées, des vomissements et une rétention urinaire, les analgésiques non opioïdes doivent être utilisés de préférence (Grade B), les opioïdes étant réservés à l'analgésie de secours.

Laxatifs	<ul style="list-style-type: none"> Les laxatifs sont recommandés (Grade A), s'ils sont commencés dans les jours précédant l'intervention chirurgicale, en complément d'un traitement analgésique, sur la base des preuves propres à l'intervention (NdP 1).
Métronidazole oral	<ul style="list-style-type: none"> Le métronidazole par voie orale est recommandé (Grade A) comme adjuvant au traitement analgésique sur la base des preuves propres à la procédure (NdP 1).
Lidocaïne topique/TNG	<ul style="list-style-type: none"> L'association de 2 % de lidocaïne topique et de 0,2 % de GTN, ou 0,4 % de TNG seule, est recommandée en postopératoire (Grade A), sur la base des preuves propres à la procédure d'efficacité analgésique (NdP 1 et 2).
Diosmine	<ul style="list-style-type: none"> La diosmine est recommandée comme adjuvant à l'analgésie non opioïde (Grade A) sur la base des preuves propres à la procédure d'une réduction de la douleur postopératoire (NdP 1 et 2).
Cholestyramine topique	<ul style="list-style-type: none"> La cholestyramine topique est recommandée en postopératoire (Grade A) sur la base des preuves propres à la procédure de l'efficacité analgésique (NdP 1).
EMLA topique	<ul style="list-style-type: none"> EMLA topique est recommandée (Grade A), mais elle ne réduit la douleur qu'à très court terme dans le cadre d'études propres à la procédure (NdP 1 et 2).
Nifédipine topique	<ul style="list-style-type: none"> La nifédipine topique est recommandée (Grade A), mais elle ne réduit la douleur qu'à très court terme dans le cadre d'études propres à la procédure (NdP 1).

<i>Interventions qui ne sont PAS recommandées</i>	
Préparation mécanique de l'intestin	<ul style="list-style-type: none"> La préparation mécanique préopératoire de l'intestin n'a pas réduit la douleur postopératoire (NdP 1) et n'est pas recommandée (Grade A).
Antibiotiques prophylactiques intraveineux	<ul style="list-style-type: none"> Les antibiotiques prophylactiques intraveineux n'ont pas réduit la douleur postopératoire (NdP 1) et ne sont pas recommandés (Grade A).
Gabapentinoïdes	<ul style="list-style-type: none"> Les gabapentinoïdes ne sont pas recommandés (Grade

	D, NdP 4) en raison de l'absence de preuve propre à la procédure.
Kétamine	<ul style="list-style-type: none"> La perfusion de kétamine n'est pas recommandée (Grade A) sur la base des preuves propres à la procédure qui ne démontrent aucun effet analgésique (NdP 1).
Dextrométhorphan	<ul style="list-style-type: none"> Le dextrométhorphan n'est pas recommandé (Grade D, NdP 4) en raison du caractère limité des preuves propres à la procédure.
Diltiazem topique	<ul style="list-style-type: none"> Le diltiazem topique n'est pas recommandé (Grade A), car les preuves propres à la procédure montrent qu'il ne réduit pas la douleur (NdP 1).
Métronidazole topique	<ul style="list-style-type: none"> Le métronidazole topique n'est pas recommandé (Grade D), car les preuves de bienfaits analgésiques propres à la procédure sont limitées (NdP 2).
Application d'un sac chaud	<ul style="list-style-type: none"> L'application d'un sac chaud n'est pas recommandée (Grade D), car les preuves de bienfaits propres à la procédure sont limitées (NdP 2).
Bupivacaïne liposomale pour infiltration d'anesthésique local périanal	<ul style="list-style-type: none"> La bupivacaïne liposomale ne peut pas encore être recommandée (Grade D) en raison de l'absence d'inclusion d'autres techniques analgésiques recommandées, malgré une analgésie prolongée comparativement à la bupivacaïne ordinaire/au placebo, dans deux études (NdP 4)
Adjuvants à l'anesthésie rachidienne (morphine, clonidine)	<ul style="list-style-type: none"> Les adjuvants de l'anesthésie rachidienne (morphine, clonidine) ne sont pas recommandés malgré une réduction de la douleur due à des effets secondaires potentiels (Grade D).
Toxine botulique	<ul style="list-style-type: none"> L'injection de toxine botulinique n'est pas recommandée (Grade D) en raison de l'incohérence des preuves propres à la procédure relatives aux bienfaits des analgésiques pendant la période postopératoire (NdP 4).
Dilatateur anal	<ul style="list-style-type: none"> L'utilisation d'un dilatateur anal en complément d'une chirurgie des hémorroïdes n'est pas recommandée pour l'analgésie (Grade D, NdP 4) en raison des preuves

	limitées propres à la procédure.
--	---

Recommandations générales de PROSPECT pour la gestion de la douleur postopératoire : Hémorroïdectomie

Le traitement périopératoire de la douleur en cas d'hémorroïdectomie doit comprendre, sauf contre-indication :	
Pré/peropératoire	<ul style="list-style-type: none"> • Laxatifs, commencés dans les jours précédant l'intervention chirurgicale • Glucocorticoïdes parentéraux • Métronidazole oral • Bloc du nerf pudendal +/- anesthésie générale • Paracétamol + AINS/inhibiteurs sélectifs de la COX-2, administrés à temps pour permettre une analgésie postopératoire précoce suffisante.
Technique opératoire	<ul style="list-style-type: none"> • Hémorroïdectomie fermée OU • Hémorroïdectomie ouverte avec électrocoagulation pédiculaire
Postopératoire	<ul style="list-style-type: none"> • Paracétamol + AINS/inhibiteurs sélectifs de la COX-2 • Opioides comme analgésiques de secours • Laxatifs • Métronidazole oral • Topique GTN +/- lidocaïne