

PROSTATECTOMIE RADICALE

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.

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

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	4	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 : Prostatectomie radicale : niveaux de preuve et grades de recommandation.

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 POUR LA PROSTATECTOMIE RADICALE

Interventions recommandées pour la prostatectomie radicale

Interventions préopératoires recommandées pour la prostatectomie radicale

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.

Inhibiteurs sélectifs de la COX-2	<ul style="list-style-type: none"> Comme pour tous les analgésiques, les inhibiteurs sélectifs de la COX-2 doivent être administrés au moment approprié à titre préopératoire ou peropératoire) pour assurer une analgésie suffisante au début de la période de rétablissement (GdR B), d'après les données transférables issues de diverses procédures montrant l'efficacité analgésique (NdP 1).
Dexaméthasone	<ul style="list-style-type: none"> La dexaméthasone préopératoire est recommandée pour ses effets analgésiques et antiémétiques (GdR B), sur la base de preuves transférables issues de multiples procédures (NdP 1), malgré l'absence de preuves spécifiques à la procédure.
Gabapentinoïdes	<ul style="list-style-type: none"> Les gabapentinoïdes préopératoires sont recommandés (GdR B) sur la base de preuves transférables issues de multiples procédures démontrant l'efficacité analgésique (NdP 1), malgré l'absence de preuves spécifiques à la procédure.

Interventions per-opératoires recommandées pour la prostatectomie radicale

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

Note : toutes les interventions anesthésiques et/ou analgésiques peropératoires sont considérées dans la section postopératoire.

Interventions postopératoires recommandées

Note : le terme « postopératoire » désigne les interventions appliquées à la fermeture de la plaie ou après celle-ci.

Inhibiteurs sélectifs de la COX-2	<ul style="list-style-type: none"> Les inhibiteurs sélectifs de la COX-2 sont recommandés (GdR B) sur la base de preuves transférables issues de multiples procédures démontrant l'efficacité analgésique (NdP 1), malgré l'absence de preuves spécifiques à la procédure.
Lidocaïne systémique	<ul style="list-style-type: none"> La perfusion de lidocaïne est recommandée pour la prostatectomie radicale (GdR B), en raison des preuves transférables issues de multiples procédures démontrant l'efficacité analgésique (NdP 1), malgré des

	preuves spécifiques à la procédure limitées.
Opioïdes systémiques forts	<ul style="list-style-type: none"> Les opioïdes systémiques forts sont recommandés à la suite d'une prostatectomie (GdR B), d'après les preuves transférables issues de multiples interventions, pour leur efficacité à réduire la douleur postopératoire de haute intensité (VAS \geq 50 mm) (NdP 1), avec les considérations qui suivent :
	<ul style="list-style-type: none"> Les opioïdes systémiques forts doivent être utilisés en association avec des inhibiteurs sélectifs de la COX-2 et du paracétamol pour réduire l'usage des opioïdes et leurs effets secondaires associés (GdR D).
	<ul style="list-style-type: none"> Les opioïdes forts PCA IV sont recommandés (GdR B) en fonction d'une plus grande satisfaction du patient par rapport à l'administration régulière (intervalle fixe) ou de PRN (preuve transférable, NdP 1) ; toutefois, l'administration IV à intervalle fixe ajustée à l'intensité de la douleur est également reconnue comme un mode efficace (NdP 4).
Opioïdes systémiques faibles	<ul style="list-style-type: none"> Il est recommandé d'utiliser des opioïdes faibles pour soulager la douleur d'intensité modérée ou faible si l'analgésie non opioïde est insuffisante ou contre-indiquée (GdR B), selon des preuves transférables (NdP 1) démontrant l'efficacité des analgésiques dans de multiples interventions chirurgicales.
	<ul style="list-style-type: none"> Il est recommandé d'utiliser des opioïdes faibles en association avec des analgésiques non opioïdes (GdR B), selon des données transférables (NdP 1) démontrant l'efficacité des analgésiques dans les schémas combinés.
Paracétamol	<ul style="list-style-type: none"> Le paracétamol est recommandé (GdR B) en raison de preuves transférables solides provenant de multiples procédures démontrant l'efficacité analgésique (NdP 1), malgré l'absence de preuves spécifiques à la procédure.
	<ul style="list-style-type: none"> Le paracétamol doit être administré au moment approprié (avant ou pendant l'opération) pour assurer une analgésie suffisante au début de la période de rétablissement (GdR D).
Analgésiques alternatifs	<ul style="list-style-type: none"> Les antagonistes des récepteurs muscariniques (oxybutynine, toltérodine) sont recommandés (GdR B) pour prévenir l'inconfort vésical en fonction de preuves spécifiques à la procédure (NdP 1) et transférables issues de diverses interventions (NdP 2).
Infiltration ou perfusion de la plaie	<ul style="list-style-type: none"> Pour une <i>prostatectomie ouverte</i>, l'infiltration d'une plaie anesthésique locale administrée à la fin de la chirurgie est recommandée (GdR B) parce que les preuves transférables de la réparation des hernies démontrent l'efficacité analgésique (LdE1) et parce que c'est une technique pratique avec un profil de sécurité favorable, malgré des preuves spécifiques limitées pour chaque intervention
	<ul style="list-style-type: none"> Pour la <i>prostatectomie assistée par vidéo</i>, l'infiltration d'un anesthésique

	<p>local au point d'injection à la fin de la chirurgie est recommandée (GdR B) parce que les preuves transférables provenant de la cholécystectomie laparoscopique montrent une efficacité analgésique (NdP 1), malgré le manque de preuves spécifiques à la procédure.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Les anesthésiques locaux à action prolongée sont recommandés de préférence aux anesthésiques locaux à action rapide (GdR D).

Recommandations générales pour la gestion de la douleur associée à la prostatectomie radicale

Préopératoires	<ul style="list-style-type: none"> • Inhibiteurs sélectifs de la COX-2 et paracétamol par voie orale* • ± Gabapentinoïdes • Dexaméthasone
Peropératoires	<ul style="list-style-type: none"> • Inhibiteur sélectif de la COX-2 et paracétamol parentéraux* • Infiltration de la plaie sous anesthésie locale de longue durée à la fin de l'intervention chirurgicale** • ± Perfusion intraveineuse de lidocaïne poursuivie pendant la période postopératoire** • Antagonistes des récepteurs muscariniques
Postopératoires	<p>Douleur de haute intensité (VAS ≥ 50 mm)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inhibiteurs sélectifs de la COX-2 + paracétamol ± gabapentinoïdes + analgésique opioïde intraveineux contrôlé par le patient
	<p>Douleur d'intensité modérée à faible (VAS < 50 mm)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inhibiteurs sélectifs de la COX-2 + paracétamol ± gabapentinoïdes ± opiacés légers
<p>Les recommandations ci-dessus sont fondées sur les preuves d'interventions unimodales. Les combinaisons optimales de ces interventions demeurent inconnues à l'heure actuelle.</p>	

* Administrés à temps pour assurer l'analgésie dans la période postopératoire immédiate.

** La dose totale d'anesthésiques locaux doit être ajustée pour éviter le risque de toxicité systémique.

La lidocaïne IV peut être utilisée lorsque d'autres traitements ne sont pas adéquats ou appropriés.

VAS = échelle visuelle analogique de 1 à 100 mm

Interventions qui ne sont PAS recommandées pour la prostatectomie radicale

Analgésiques alternatifs : suppositoire préopératoire de belladone et d'opium, mélatonine, amantadine ou clonidine.	Non recommandés (GdR D) en raison de l'insuffisance de preuves propres à la procédure.
AINS conventionnels peropératoires et postopératoires	Non recommandés (GdR B) en raison du nombre limité de preuves spécifiques à la procédure (NdP 2) et de preuves transférables solides provenant de multiples procédures concernant un risque accru de saignement (NdP 1).
Kétamine peropératoire ou postopératoire	Non recommandée pour une utilisation de routine (GdR D) en raison de preuves contradictoires propres à la procédure (NdP 4), malgré des preuves transférables favorables provenant d'interventions chirurgicales plus douloureuses (NdP 1).
Patch de lidocaïne	Non recommandé (GdR B) sur la base d'un nombre limité de preuves spécifiques à la procédure.
Opioides forts IM	Déconseillés en raison de la douleur associée à ces injections (GdR D)
Nicotine transdermique et magnésium intraveineux	Non recommandée (GdR D) en raison du nombre limité de preuves transférables et spécifiques à la procédure.
Analgésie péridurale	Non recommandée pour la prostatectomie (GdR D) malgré certaines preuves spécifiques à la procédure (NdP 1) de bienfaits analgésiques, en raison du profil risques/avantages négatifs.
Analgésie paravertébrale	Non recommandée (GdR D) en raison du peu de preuves spécifiques à la procédure.
Blocs TAP	Non recommandés (GdR D) en raison de l'absence de preuves transférables et du nombre limité de preuves spécifiques à la procédure.
Anesthésie et analgésie aux opiacés intrathécaux	Non recommandées (GdR B) malgré les preuves spécifiques à la procédure (NdP 1) de bienfaits analgésiques, en raison du profil risques-avantages négatif (l'anesthésie intrathécale n'est pas non plus recommandée). Cette constatation est appuyée par des preuves transférables (NdP 1) provenant de patients subissant une intervention chirurgicale majeure.
Perfusion continue d'un	Non recommandée (GdR B) d'après les preuves propres à la procédure (NdP 2) démontrant l'absence d'efficacité

anesthésique local pour plaie	analgésique.
Infiltration d'une plaie au sulfate de magnésium	Non recommandée (GdR D) en raison du peu de preuves propres à la procédure.