

HYSTERECTOMIE LAPAROSCOPIQUE

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 : [Relations entre la qualité et la source de la preuve, les niveaux de preuve et les grades des recommandations.](#)

Résumé des recommandations

Bien qu'elle soit considérée comme moins douloureuse que l'hystérectomie abdominale ouverte, l'hystérectomie laparoscopique nécessite une gestion standardisée de la douleur postopératoire, en particulier au début de la période postopératoire.

Recommandation : interventions préopératoires et peropératoires

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

**Paracétamol et AINS/
inhibiteur sélectif de la
COX-2**

Une combinaison de paracétamol et AINS/inhibiteur sélectif de la COX-2 est recommandée à moins qu'il n'y ait des contre-indications (Grade A), selon l'origine, le type et la durée de la douleur après une hystérectomie laparoscopique ainsi que les preuves disponibles d'un effet d'épargne d'opioïdes provenant des ERC spécifiques aux interventions

	(NdP 1)
Dexaméthasone	Une dose unique préopératoire de dexaméthasone, administrée par voie intraveineuse, est recommandée (Grade A) pour sa capacité à réduire l'utilisation d'analgésiques et à agir comme antiémétique (NdP 1).
	<ul style="list-style-type: none"> • Les doses efficaces ont semblé se situer entre 8 et 10 mg (NdP 1).
	<ul style="list-style-type: none"> • Même si le moment de l'administration de la dexaméthasone n'a pas fait l'objet d'études spécifiques dans le cadre d'une hystérectomie laparoscopique, les résultats de la chirurgie abdominale viscérale suggèrent qu'une administration précoce après induction anesthésique pourrait garantir les meilleurs effets antiémétiques (Wang 2000), anti-inflammatoires et analgésiques (Zargar-Shoshtari 2009)
Analgésie péridurale	L'analgésie péridurale soulage la douleur chez les patients subissant une hystérectomie laparoscopique (NdP 1), mais elle devrait être considérée comme une intervention de réserve (Grade D), car aujourd'hui la chirurgie est souvent effectuée sur une base ambulatoire et des modalités moins invasives sont plus adaptées pour gérer la douleur chez la plupart des patients
Anesthésie générale	L'anesthésie générale est le traitement standard de l'hystérectomie laparoscopique et, en ce qui concerne la douleur aiguë, le choix des anesthésiques d'entretien n'a aucun effet détectable sur la douleur postopératoire (NdP 1). Les principaux facteurs qui déterminent le choix des agents anesthésiques d'entretien sont liés au patient, tels que la comorbidité cardiovasculaire et le risque de NVPO. (Grade D)
Techniques chirurgicales	Aucune recommandation n'est faite concernant les techniques chirurgicales ; elles sont choisies en fonction de facteurs anatomiques et axés sur le patient, les scores de douleur postopératoire jouant un rôle moindre.
	Cependant, les preuves indiquent qu'une faible pression de gonflage ou du CO₂ humidifié et chauffé peut diminuer la douleur à la pointe de l'épaule, mais pas la douleur abdominale (NdP 1).

Recommandation : interventions postopératoires

- 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.

Paracétamol et AINS/ inhibiteur sélectif de la COX-2	Une combinaison de paracétamol et AINS/inhibiteur sélectif de la COX-2 est recommandée à moins qu'il n'y ait des contre-indications (Grade A), selon l'origine, le type et la durée de la douleur après une hystérectomie laparoscopique ainsi que les preuves disponibles d'un effet d'épargne d'opioïdes provenant des ERC spécifiques aux interventions (NdP 1)
Opiïdes	Les opioïdes sont recommandés comme analgésie de secours, à titre postopératoire (Grade C)
	Les études d'observation suggèrent que la plupart des patients après une hystérectomie laparoscopique ont besoin d'opioïdes comme médicaments de secours pendant une période médiane de 4 jours (As-Sanie 2017) (NdP 3).
Analgésie péridurale	Il n'y a pas suffisamment de preuves pour recommander spécifiquement un opioïde plutôt qu'un autre
	L'analgésie péridurale soulage la douleur chez les patients subissant une hystérectomie laparoscopique (NdP 1), mais elle devrait être considérée comme une intervention de réserve (Grade D), car aujourd'hui la chirurgie est souvent effectuée sur une base ambulatoire et des modalités moins invasives sont plus adaptées pour gérer la douleur chez la plupart des patients

Interventions qui ne sont PAS recommandées	
Prégabaline	La prégabaline n'est pas recommandée (Grade A), car même si la prégabaline peut avoir des effets d'épargne d'opioïdes, elle peut être associée à des effets secondaires empêchant son utilisation généralisée, notamment à des doses plus élevées (NdP 1).
Agonistes alpha-2 adrénergiques (dexmédétomidine)	La dexmédétomidine n'est pas recommandée (Grade D, NdP 4) car les preuves d'avantages analgésiques propres à la procédure sont limitées et incohérentes.
Kétamine	La kétamine n'est pas recommandée (Grade D, NdP 4) en raison d'un manque de preuves propres à la procédure.
Lidocaïne IV	La lidocaïne IV n'est pas recommandée (Grade D, NdP 4) en raison d'un manque de preuves propres à l'intervention.
Blocs TAP	Les blocs TAP ne sont pas recommandés (Grade D, NdP 4), car les preuves propres à la procédure ne sont pas cohérentes.
Instillation intrapéritonéale d'anesthésique local	L'instillation intrapéritonéale d'un anesthésique local n'est pas recommandée (Grade A), car les preuves propres à la procédure n'ont montré aucun avantage cliniquement significatif (NdP 1).
Infiltration sur le site de l'incision	L'infiltration du site du port n'est pas recommandée pour l'hystérectomie laparoscopique (Grade D), car il n'existe aucune preuve justificative propre à la procédure, bien qu'un avantage significatif ait été démontré pour cette intervention pour la cholécystectomie laparoscopique (Barazanchi 2018)

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES SUR PROSPECT

Le traitement périopératoire de la douleur pour l'hystérectomie laparoscopique devrait comprendre, sauf contre-indication :

Interventions périopératoires à temps pour sécuriser l'analgésie dans la période postopératoire immédiate
--

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Paracétamol• AINS OU inhibiteur sélectif de la COX-2• Dose unique de dexaméthasone, par voie intraveineuse |
|--|

Période postopératoire

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Paracétamol et AINS ou inhibiteur sélectif de la COX-2• Opioïde de secours |
|---|