

## **GASTRECTOMIE LONGITUDINALE (OU SLEEVE GASTRECTOMIE) 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.](#)

#### **Notes sur la douleur après une gastrectomie longitudinale laparoscopique (GLL)**

L'approche laparoscopique pour la gastrectomie longitudinale est considérée comme associée à une réduction de la douleur et de la morbidité postopératoires ainsi qu'à un rétablissement plus rapide et à un séjour hospitalier plus court que la chirurgie ouverte.

## Recommandations sommaires

### Recommandation : interventions préopératoires et peropératoires

- Sauf indication contraire, le terme « préopératoire » se réfère à des interventions appliquées avant l'incision chirurgicale et 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/  
inhibiteurs sélectifs de la  
COX-2**

- **Pour la gestion de la douleur périopératoire de la GLL, il est recommandé d'inclure le paracétamol (grade A) et, sauf contre-indication, un AINS/inhibiteur sélectif de la COX-2 (grade A), administrés avant ou pendant l'opération et poursuivis pendant la période post-opératoire**
- **Bien qu'il existe peu de preuves propres à la procédure pour appuyer l'utilisation du paracétamol et d'AINS/inhibiteurs sélectifs de la COX-2, les avantages analgésiques de ces non-opioides sont bien décrits. Ils sont considérés comme des « analgésiques de base »**

**Dose unique et faible de  
dexaméthasone par voie  
intraveineuse**

- **Une dose unique et faible de dexaméthasone par IV est recommandée (grade A) pour sa capacité à diminuer l'utilisation d'analgésiques et à agir comme antiémétique (NdP 1)**
- **Bien qu'il n'ait été fait état que d'une seule étude propre à la procédure sur les effets analgésiques (NdP 1), les effets antiémétiques de la dexaméthasone sont bien établis, et il est probable qu'elle soit bénéfique pour la GLL**

**Gabapentinoïdes, lorsque  
le paracétamol et/ou les  
AINS ne sont pas possibles**

- **Les gabapentinoïdes peuvent être considérés avec prudence lorsqu'un régime analgésique « de base », comme le paracétamol et un AINS/inhibiteur sélectif de la COX-2, n'est pas possible (grade A).**
- **La recommandation est fondée sur des preuves d'avantages analgésiques dans des études propres à des procédures (NdP 1), mais la prudence est de mise, car les doses utilisées dans ces études variaient**

|  |   |
|--|---|
|  | <p>considérablement et que l'on craint que les gabapentinoïdes augmentent la dépression respiratoire induite par les opioïdes (<a href="#">Cavalcante 2017</a>), notamment chez les populations obèses ou atteintes d'apnée obstructive du sommeil (<a href="#">Joshi 2012</a>)</p>   |
| <p>L'infiltration au point d'injection peut être envisagée</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Même s'il existe peu de preuves propres à la procédure, l'infiltration au point d'injection peut être prise en considération (grade D). L'infiltration au point d'injection est préférée aux blocs TAP car il s'agit d'une approche simple et peu coûteuse qui assure un bloc somatique adéquat</li> </ul> |

#### 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.

|   |   |
|---|---|
| <p>Paracétamol et AINS/<br/>inhibiteurs sélectifs de la COX-2</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour la gestion de la douleur périopératoire de la GLL, il est recommandé d'inclure le paracétamol (grade A) et, sauf contre-indication, un AINS/inhibiteur sélectif de la COX-2 (grade A), administrés avant ou pendant l'opération et poursuivis pendant la période postopératoire</li> <li>• Bien qu'il existe peu de preuves propres à la procédure pour appuyer l'utilisation du paracétamol et d'AINS/inhibiteurs sélectifs de la COX-2, les avantages analgésiques de ces non-opioïdes sont bien décrits. Ils sont considérés comme des « analgésiques de base »</li> </ul> |
| <p>Opioïde de secours</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les opioïdes sont recommandés comme analgésiques de secours, en postopératoire (grade A) après la poursuite du paracétamol et, sauf contre-indication contraire, d'un AINS/inhibiteur sélectif de la COX-2</li> </ul>  |

| <b>Interventions qui ne sont PAS recommandées</b>           |   |
|---|---|
| <b>Blocs du plan abdominal transverse (TAP)</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Les blocs TAP ne sont pas recommandés (grade D) malgré les bénéfices analgésiques rapportés, car la technique optimale n'est pas claire et leur utilisation dans les procédures laparoscopiques a été remise en question (<a href="#">Kehlet 2015</a>)</li> </ul>  |
| <b>Agonistes des récepteurs adrénergiques Alpha-2</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Les agonistes des récepteurs adrénergiques Alpha-2, tels que la dexmédétomidine, ne sont pas recommandés (grade D) en raison de l'insuffisance et de l'incohérence des preuves propres à la procédure concernant les bienfaits analgésiques (NdP 4), ainsi que des préoccupations relatives aux effets sédatifs et hypotenseurs potentiels</li> </ul>  |
| <b>Sulfate de magnésium</b>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Le sulfate de magnésium n'est pas recommandé (grade D) parce que dans la seule étude propre à la procédure réalisée, son efficacité analgésique n'a pas été évaluée dans le contexte d'un analgésique multimodal optimal incluant le paracétamol et les AINS, et en raison de préoccupations liées à la potentialisation de la paralysie musculaire et à l'incidence accrue de la paralysie résiduelle (<a href="#">Thevathasan 2017</a>)</li> </ul> |
| <b>Instillation d'un anesthésique local intrapéritonéal</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>L'instillation d'un anesthésique local intrapéritonéal n'est pas recommandée (grade D), car la seule étude propre à la procédure n'a révélé aucun avantage analgésique</li> </ul>  |
| <b>Approche par incision unique</b>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>L'approche par incision unique n'est pas recommandée (grade B) en raison du nombre limité de preuves et de l'incohérence des résultats</li> </ul>  |

## **Recommandations générales sur PROSPECT**

**Le traitement périopératoire de la douleur pour la gastrectomie longitudinale laparoscopique doit inclure, sauf contre-indication :**

### **Période préopératoire et peropératoire**

- Paracétamol (grade A)
- AINS OU inhibiteur sélectif de la COX-2 (grade A)
- Dose unique et faible de dexaméthasone par voie intraveineuse (grade A)
- Les gabapentinoïdes, lorsque le paracétamol et/ou l'AINS/inhibiteur sélectif de la COX-2 ne sont pas possibles (grade A)

### **Période postopératoire**

- Paracétamol (grade A)
- AINS ou inhibiteur sélectif de la COX-2 (grade A)
- Opiïde de secours (grade A)