

CHOLÉCYSTECTOMIE 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 recommandation (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

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

- L'utilisation préopératoire du paracétamol par voie orale est recommandée pour une utilisation de routine (grade A) en raison de son efficacité analgésique observée dans plusieurs études, cette étude et lors de l'évaluation précédente (NdP 1 et 2).
- S'il n'est pas administré à titre préopératoire, le paracétamol intraveineux peropératoire est recommandé pour une utilisation de routine (grade A, NdP 1).

<p>AINS/inhibiteurs sélectifs de la COX-2</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les AINS et les inhibiteurs sélectifs de la COX-2 par voie orale préopératoires sont recommandés pour une utilisation de routine (grade A) d'après plusieurs études démontrant l'efficacité des analgésiques dans l'évaluation précédente et dans celle-ci (NdP 1 et 2). • S'ils ne sont pas administrés à titre préopératoire, il est recommandé d'utiliser systématiquement des AINS/inhibiteurs sélectifs de la COX-2 peropératoires (grade B, NdP 2).
<p>Dexaméthasone</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La dexaméthasone préopératoire est recommandée pour une utilisation de routine (grade A) en raison des preuves recueillies sur ses effets analgésiques et antiémétiques (NdP 1 et 2).
<p>AL plaie (point d'incision)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il est recommandé d'utiliser une AL à longue durée d'action, de préférence avant l'incision, pour prolonger son effet (grade A) en se fondant sur les preuves d'un bénéfice analgésique (NdP 1 et NdP 2).
<p>Pneumopéritoine à basse pression</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le pneumopéritoine à basse pression (10-12 mm Hg) est recommandé si cela est possible sur le plan chirurgical (grade A), compte tenu des avantages des analgésiques démontrés dans la majorité des études (NdP 1 et 2).
<p>Lavage et aspiration au sérum physiologique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un lavage local au sérum physiologique puis une aspiration sont recommandés après l'ablation de la vésicule biliaire (grade A) en raison des preuves d'une diminution des scores de douleur ou de la consommation d'analgésiques (NdP 1). Le lavage doit être effectué avec une aspiration adéquate du pneumopéritoine restant (grade A).
<p>Aspiration du gaz du pneumopéritoine</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'aspiration du gaz du pneumopéritoine est recommandée (grade A) en raison des preuves d'une réduction des scores de douleur (NdP 1 et 2).
<p>Techniques de miniports</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une technique laparoscopique de miniport est recommandée car elle réduit la douleur dans une étude (NdP 1), mais le coût et la disponibilité de l'équipement doit être pris en considération (grade B).

Recommandé lorsque l'analgésie de base n'est pas possible : Interventions pré/peropératoires

(Analgésie « de base » : paracétamol, AINS/inhibiteur sélectif de la COX-2, dexaméthasone, infiltration d'AL au point d'incision)

Gabapentinoïdes : peuvent être envisagés si une analgésie « de base » n'est pas possible

- Les gabapentinoïdes préopératoires ne sont pas recommandés pour une utilisation de routine mais peuvent être envisagés si une analgésie « de base » n'est pas possible (grade D).
- Bien que plusieurs études aient fait état d'une réduction des besoins en opioïdes postopératoires (NdP 1 et NdP 2) avec les gabapentinoïdes préopératoires, il se peut qu'elles n'augmentent pas l'efficacité de la technique analgésique « de base » du paracétamol, des AINS/inhibiteurs sélectifs de la COX-2, et de l'infiltration dans le site chirurgical
- De plus, la dose optimale n'est pas connue et il est nécessaire d'équilibrer les bénéfices analgésiques avec les effets indésirables potentiels tels qu'une augmentation potentielle de la sédation.

Blocs TAP ou OSTAP

- Les blocs TAP ou OSTAP ne sont pas recommandés pour une utilisation de routine (grade D), malgré plusieurs études faisant état d'une réduction des besoins en opioïdes postopératoires et des scores de douleur (NdP 1 et 2), car ils peuvent ne pas apporter de bénéfices au-delà du protocole analgésique « de base ». Toutefois, ils peuvent être envisagés si une analgésie « de base » n'est pas possible.

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

- Le paracétamol est recommandé pour une utilisation de routine, à titre postopératoire (grade A), sur la base de preuves de l'efficacité des analgésiques (NdP 2).

AINS/inhibiteurs sélectifs de la COX-2	<ul style="list-style-type: none"> Les AINS/inhibiteurs sélectifs de la COX-2 sont recommandés pour une utilisation de routine, à titre postopératoire de manière continue (grade A) sur la base de preuves de l'efficacité des analgésiques (NdP 1 et 2).
Opiïdes de secours	<ul style="list-style-type: none"> L'analgésie opioïde doit être réservée à l'analgésie de secours uniquement (grade B) afin d'éviter les effets secondaires potentiels dans la mesure du possible (NdP 1 et 2).

Interventions qui ne sont PAS recommandées	
Agonistes des récepteurs alpha-2	<ul style="list-style-type: none"> Les agonistes des récepteurs alpha-2, comme la dexmédétomidine et la clonidine, ne sont pas recommandés en raison des preuves limitées et des effets indésirables potentiels (grade D).
Kétamine	<ul style="list-style-type: none"> La kétamine a donné des résultats mitigés en ce qui concerne la réduction de la douleur et les besoins en analgésiques, et dans l'ensemble, elle n'est pas recommandée (grade D, NdP 4). De plus, des effets indésirables, tels que les hallucinations, sont préoccupants.
Magnésium	<ul style="list-style-type: none"> Le magnésium n'est pas recommandé (grade D) malgré certaines preuves d'effet analgésique (NdP 1). Au cours de l'intervention, le magnésium peut causer des effets indésirables, tels que la potentialisation des agents bloquants neuromusculaires et l'augmentation de l'incidence de la paralysie musculaire résiduelle.
Lidocaïne en IV	<ul style="list-style-type: none"> Les perfusions de lidocaïne en IV ne sont pas recommandées (catégorie D), malgré les preuves de bienfaits analgésiques (NdP 1), en raison de la nécessité d'une surveillance étroite et de la possibilité de surdose.
Perfusion d'esmolol	<ul style="list-style-type: none"> Les perfusions d'esmolol ne sont pas recommandées (grade D), en dépit de l'effet bénéfique des analgésiques (NdP 1 et 2), en raison de la nécessité d'une surveillance étroite et de la

	possibilité de surdose.
Blocs TAP ou OSTAP	<ul style="list-style-type: none"> Les blocs TAP ou OSTAP ne sont pas recommandés (grade D), malgré plusieurs études faisant état d'une réduction des besoins en opioïdes postopératoires et des scores de douleur (NdP 1 et 2), car ils ne peuvent apporter de bénéfices au-delà du protocole analgésique « de base ».
Instillation intrapéritonéale IT d'AL	<ul style="list-style-type: none"> L'instillation intrapéritonéale d'AL n'est pas recommandée (grade D), malgré une majorité d'études faisant état d'une réduction des besoins en opioïdes postopératoires et des scores de douleur (NdP 1), car elle ne peut pas apporter de bénéfices au-delà du protocole analgésique « de base ». L'ajout de l'IP LA au site portuaire local infiltration pourrait potentialiser la toxicité de l'AL. En cas d'utilisation d'IP LA, il faut veiller à contrôler la dose maximale tout en continuant d'administrer une dose adéquate sur le site de l'orifice LA
Techniques d'anesthésie régionale	<ul style="list-style-type: none"> Les techniques d'anesthésie régionale, telles que l'anesthésie péridurale, le bloc paravertébral, les opioïdes intrathécaux et le bloc de la gaine du muscle grand droit ne sont pas recommandées en raison du nombre limité de preuves d'essais cliniques et du risque de complications ou d'échec de la technique anesthésique (catégorie D). L'anesthésie péridurale est également contre-intuitive en milieu ambulatoire.
CO₂ réchauffé et humidifié	<ul style="list-style-type: none"> Le CO₂ réchauffé et le CO₂ humidifié ne sont pas recommandés (catégorie D) en raison de preuves limitées.
Techniques à port unique	<ul style="list-style-type: none"> Les techniques à port unique ne sont pas recommandées (grade A) car la majorité des études n'ont révélé aucun bénéfice significatif pour l'analgésie (NdP 1 et 2).

Recommandations générales sur PROSPECT

Recommandations générales de PROSPECT pour le traitement postopératoire de la douleur : cholécystectomie laparoscopique

Calendrier	Recommandé pour une utilisation de routine	Recommandé lorsque l'analgésie « de base » n'est pas possible
Préopératoire	<p><i>Médicaments oraux :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Paracétamol • AINS/inhibiteur sélectif de la COX-2 conventionnels <p>Dexaméthasone</p>	<p><i>Médicaments oraux :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gabapentine orale
Peropératoire	<p><i>S'il n'est pas administré avant l'opération :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Paracétamol • AINS/inhibiteur sélectif de la COX-2 conventionnels <p>Infiltration d'anesthésique local au point d'incision (de préférence avec des agents à longue durée d'action et avant l'incision)</p> <p><i>Techniques opératoires :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Insufflation à basse pression 10-12 mm Hg • Lavage au sérum physiologique suivi d'une aspiration • Aspiration du pneumopéritoine • Miniport (taille de port réduite) 	<p>Blocs TAP ou OSTAP</p> <p>Anesthésie locale intrapéritonéale (agir avec précaution si on utilise un anesthésique local au point d'incision pour éviter une toxicité potentielle)</p>
Postopératoire	<p><i>Analgesie postopératoire régulière :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Paracétamol oral • AINS/inhibiteur sélectif de la COX-2 par voie orale • Analgésie de secours avec opioïdes, par voie orale si possible. 	

TAP : plan transverse de l'abdomen ; OSTAP : TAP sous-costal oblique

Non recommandé :

- **Kétamine**
- **Magnésium**
- **Alpha-2-agoniste**
- **Anesthésie péridurale**
- **Perfusion de lidocaïne en IV**
- **Infusion d'esmolol**
- **Technique du port unique**
- **Insufflation de CO₂ réchauffé**
- **Insufflation de CO₂ humidifié**