

## CHIRURGIE ONCOLOGIQUE DU SEIN

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

#### Notes sur la douleur après une chirurgie oncologique du sein

La chirurgie oncologique du sein (ci-après, « chirurgie du sein ») est associée à une douleur postopératoire aiguë et chronique importante ([Vadivelu 2008](#)). Une revue systématique a été réalisée par la collaboration PROSPECT en 2006 (archivée sur le site web PROSPECT : [Non-cosmetic Breast Surgery 2006](#)). Cependant, plusieurs nouveaux régimes analgésiques, en particulier des techniques analgésiques régionales, ont été introduits depuis ([Elsharkawy 2018](#)). Une revue systématique actualisée des interventions analgésiques consacrées au cancer du sein s'imposait.

## 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.

#### Chirurgie du sein mineure

#### Chirurgie majeure du sein

#### Paracétamol et AINS/inhibiteurs sélectifs de la COX-2

#### Paracétamol et AINS/inhibiteurs sélectifs de la COX-2

- Le paracétamol (Grade B) et les AINS (Grade A) ou l'inhibiteur spécifique de la COX-2 (Grade B) sont recommandés pour les chirurgies mineures et majeures du sein, administrés à titre préopératoire ou peropératoire et poursuivis à titre postopératoire, sauf contre-indications.
- L'utilisation des AINS (Grade A) est étayée par des études réalisées avant 2006 dans le cadre de la chirurgie du sein ([Chan 1996](#), [Priya 2002](#)), bien qu'il n'existe pas de données récentes.
- Le bénéfice analgésique et les effets économiseurs d'opioïdes de ces analgésiques simples sont bien décrits ([Martinez 2017](#), [Ong 2010](#)).

#### Gabapentine

#### Gabapentine

- La gabapentine préopératoire est recommandée (Grade A) pour les chirurgies mineures et majeures du sein, car il a été démontré qu'elle réduit les scores de douleur postopératoire et la consommation d'opioïdes. Toutefois, elle est recommandée avec prudence parce que des doses élevées pourraient induire des effets secondaires particulièrement inquiétants chez les patients ambulatoires.
- La prégabaline préopératoire n'est pas recommandée car le soulagement de la douleur observé n'a pas duré plus de 24 h.

#### Dexaméthasone

#### Dexaméthasone

- La dexaméthasone en dose unique IV est recommandée (Grade B) pour les chirurgies mineures et majeures du sein, car elle apporte un soulagement supplémentaire de la douleur et réduit l'utilisation d'analgésiques et l'incidence des NVPO.

#### Infiltration d'une plaie avec anesthésie

#### BPV (chirurgie majeure du sein)

<p><b>locale (chirurgie mineure du sein)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'infiltration de la plaie avec anesthésie locale doit être envisagée chez les patients devant subir des interventions chirurgicales peu ou moyennement invasives (par exemple, lumpectomie et mastectomie partielle) (Grade A), bien qu'elle assure une analgésie postopératoire de durée limitée.</li> <li>• La douleur postopératoire après ces interventions est généralement légère à modérée et son intensité diminue au cours des premiers deux jours qui suivent l'opération.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le BPV est recommandé (Grade A) comme technique analgésique régionale de premier choix pour la chirurgie majeure du sein (par exemple, mastectomie avec ou sans curage axillaire)</li> <li>• Des études ont démontré que cette intervention était associée à des scores de douleur postopératoire plus faibles, à une consommation d'analgésiques systémiques plus faible, à une réduction des NVPO et à une durée d'hospitalisation plus courte que pour l'AG seule, bien que les études n'aient pas suivi une amélioration du programme de rétablissement</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il convient d'envisager un BPV continu pour une chirurgie majeure du sein, si un cathéter est en place (Grade B)</li> <li>• Un BPV à injection unique nécessite moins de temps et de travail que la technique d'injection multiple ou la pose d'un cathéter paravertébral</li> <li>• Certaines études font état d'une amélioration des résultats fonctionnels et d'une diminution de la douleur chronique après l'utilisation du BPV continu</li> <li>• Ces résultats doivent être interprétés avec prudence, car ces études n'ont pas utilisé d'analgésiques non opioïdes « de base » (c'est-à-dire le paracétamol, les AINS ou les inhibiteurs sélectifs de la COX-2) dans un programme d'analgésie multimodale entièrement mis en œuvre</li> <li>• Une étude de coût-efficacité a fait état de coûts plus élevés pour le BPV continu (<a href="#">Offodile, 2017</a>) ; toutefois, ces coûts</li> </ul>

	<p>seraient compensés par la réduction de la durée du séjour à l'hôpital (<a href="#">Terkawi 2015</a>, <a href="#">Abdallah 2014</a>, <a href="#">Fallatah 2016</a>, <a href="#">Mohta 2016</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le BPV ne peut pas fournir de manière fiable une analgésie suffisante à l'aisselle (c'est-à-dire la distribution nerveuse T1) (<a href="#">Pawa 2018</a>) et l'infiltration supplémentaire de la plaie avec anesthésie locale peut être bénéfique dans ces cas</li> </ul>
	<p><b>Bloc interpectoral (PEC) (chirurgie majeure du sein)</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le bloc PEC est recommandé pour les chirurgies majeures du sein si aucun curage axillaire n'est effectué ou si le BPV est contre-indiqué (Grade A), mais les données sont limitées et l'intervention ne peut pas assurer anatomiquement une analgésie adéquate de l'aisselle.</li> <li>Les preuves permettant de guider le choix entre les blocs PEC I, PEC II et serratus plane sont limitées.</li> </ul> <p><b>Infiltration de la plaie avec anesthésie locale (chirurgie majeure du sein)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'infiltration de la plaie avec AL peut être ajoutée aux techniques d'analgésie régionale dans le cadre d'une chirurgie majeure du sein (Grade A).</li> <li>L'infiltration de la plaie avec AL peut être envisagée dans les cas où le bloc PEC et le BVP n'assurent pas une analgésie adéquate à l'aisselle (c'est-à-dire la distribution nerveuse T1).</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

**Chirurgie mammaire mineure**

**Chirurgie mammaire majeure**

**Paracétamol et AINS/inhibiteurs sélectifs de la COX-2**

**Paracétamol et AINS/inhibiteurs sélectifs de la COX-2**

- Le paracétamol (Grade B) et les AINS (Grade A) ou l'inhibiteur spécifique de la COX-2 (Grade B) sont recommandés pour les chirurgies mineures et majeures du sein, administrés à titre préopératoire ou peropératoire et poursuivis à titre postopératoire, sauf contre-indications.
- L'utilisation des AINS (Grade A) est étayée par des études réalisées avant 2006 dans le cadre de la chirurgie du sein ([Chan 1996](#), [Priya 2002](#)), bien qu'il n'existe pas de données récentes.
- Le bénéfice analgésique et les effets d'économie d'opioïdes de ces analgésiques simples sont bien décrits ([Martinez 2017](#), [Ong 2010](#)).

**Opiïdes**

**Opiïdes**

- Les opioïdes sont recommandés comme analgésie de secours, à titre postopératoire (Grade B).

**BVP continu (si le cathéter est en place)  
(chirurgie majeure du sein)**

- Il convient d'envisager un BPV continu pour une chirurgie majeure du sein, si un cathéter est en place (Grade B)
- Un BPV à injection unique nécessite moins de temps et de travail que la technique d'injection multiple ou la pose d'un cathéter paravertébral.
- Certaines études font état d'une amélioration des résultats fonctionnels et d'une diminution de la douleur chronique après l'utilisation du BPV continu
- Ces résultats doivent être interprétés avec prudence, car ces études n'ont pas utilisé d'analgésiques non opioïdes « de base » (c'est-à-dire le paracétamol, les AINS ou les inhibiteurs sélectifs de la COX-2) dans un programme d'analgésie multimodale entièrement mis en œuvre
- Une étude de coût-efficacité a fait état de coûts plus élevés pour le BPV continu ([Offodile, 2017](#)) ; toutefois, ces coûts seraient compensés par la réduction de la durée du séjour à l'hôpital ([Terkawi 2015](#), [Abdallah 2014](#), [Fallatah 2016](#), [Mohta 2016](#))
- Le BPV ne peut pas fournir de manière fiable une analgésie suffisante à l'aisselle (c'est-à-dire la distribution nerveuse T1) ([Pawa 2018](#)) et l'infiltration supplémentaire de la plaie avec anesthésie locale peut être bénéfique dans ces cas

## Interventions qui ne sont PAS recommandées

	Intervention	Motif de la non-recommandation
<b>Peropératoire</b>	Bloc rétro-laminaire	Peu de preuves propres à la procédure
	Bloc des érecteurs du rachis	Peu de preuves propres à la procédure
	Adjonctions périneurales : opioïdes (fentanyl, tramadol), agonistes des récepteurs adrénergiques alpha-2 (clonidine, dexmédétomidine), catécholamines (adrénaline) ou antagonistes des récepteurs de l'acide N-méthyl-D-aspartique (kétamine) ajoutés à la solution anesthésique locale	Peu de preuves propres à la procédure
<b>Postopératoire</b>	Bloc du plan abdominal transverse	Peu de preuves propres à la procédure

## Recommandations générales de PROSPECT

Recommandations générales pour la gestion de la douleur chez les patients subissant une chirurgie non esthétique du sein.

Recommandations	Chirurgie mineure du sein	Chirurgie majeure du sein
<b>Interventions préopératoires et peropératoires</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Paracétamol (Grade B) et AINS classiques (Grade A) ou inhibiteurs sélectifs de la COX-2 (Grade B)</li> <li>2. Gabapentine (Grade A)</li> <li>3. Dexaméthasone (Grade B)</li> <li>4. Infiltration de la plaie avec anesthésie locale (Grade A)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Paracétamol (Grade B) et AINS classiques (Grade A) ou inhibiteurs sélectifs de la COX-2 (Grade B)</li> <li>2. Gabapentine (Grade A)</li> <li>3. Dexaméthasone (Grade B)</li> <li>4. BPV (Grade A)</li> <li>5. Les blocs PEC sans curage axillaire ou les BVP sont contre-indiqués (Grade A)</li> <li>6. L'infiltration de la plaie avec anesthésie locale peut être ajoutée aux techniques d'analgésie régionale (Grade A)</li> </ol>
<b>Interventions postopératoires</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Paracétamol (Grade B) et AINS classiques (Grade A) ou inhibiteurs sélectifs de la COX-2 (Grade B)</li> <li>2. Opiïdes comme secours (Grade B)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Paracétamol (Grade B) et AINS classiques (Grade A) ou inhibiteurs sélectifs de la COX-2 (Grade B)</li> <li>2. Opiïdes comme secours (Grade B)</li> <li>3. BPV continu si le cathéter est en place (Grade B)</li> </ol>