

CHIRURGIE DE REPARATION DES HERNIES

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 chirurgie de réparation ouverte d'une hernie inguinale

La réparation ouverte d'une hernie inguinale est associée à des douleurs postopératoires modérées à sévères, qui peuvent retarder la récupération et le retour aux activités de la vie quotidienne ([Simons 2018](#)). En outre, un contrôle inadéquat de la douleur peut augmenter le taux d'admission non planifiée et la réadmission après un retour au domicile ([Simons 2018](#)). En outre, un soulagement inadéquat de la douleur postopératoire peut entraîner une hyperalgésie et une douleur postopératoire persistante ([Wheeler 2019](#)).

Les recommandations de PROSPECT pour la gestion de la douleur après la réparation ouverte d'une hernie inguinale ont été publiées précédemment ([Joshi 2012](#)). Cependant, une mise à jour évaluant les interventions analgésiques était nécessaire.

Résumé des recommandations

La littérature actualisée renforce les recommandations précédentes de PROSPECT en ce qui concerne la gestion de la douleur chez les patients subissant une réparation ouverte d'une hernie inguinale ([Joshi 2012](#)).

La méthodologie PROSPECT actualisée renforce encore davantage les recommandations, car elle va au-delà de l'évaluation des preuves disponibles basée uniquement sur la simple analyse statistique ([Joshi 2019](#)).

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	<ul style="list-style-type: none"> • L'analgésie systémique doit inclure le paracétamol (Grade D) et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou l'inhibiteur sélectif de la cyclo-oxygénase 2 (COX-2) (Grade D) administré en préopératoire ou en peropératoire et poursuivi en postopératoire. • Il a été démontré que le paracétamol, les AINS et les inhibiteurs sélectifs de la COX-2 assurent une excellente analgésie et réduisent les besoins en opioïdes (Joshi 2019).
Dexaméthasone IV	<ul style="list-style-type: none"> • Une dose unique de dexaméthasone IV est recommandée (Grade B) pour sa capacité à augmenter la durée de l'analgésie du bloc, à diminuer l'utilisation d'analgésiques et pour ses effets antiémétiques.
Analgésie régionale	<ul style="list-style-type: none"> • Infiltration d'anesthésiques locaux et/ou analgésie régionale (bloc des nerfs ilio-inguinal et ilio-hypogastrique ou bloc du plan transverse de l'abdomen) est recommandée pour fournir une analgésie régionale (Grade A).
Anesthésie	
	<ul style="list-style-type: none"> • Un bloc de champ (par exemple, bloc ilio-inguinal/ilio-hypogastrique) avec ou sans infiltration de la plaie est

	<p>recommandé comme seul anesthésique ou comme complément à l'anesthésie générale (Grade A).</p> <ul style="list-style-type: none"> • De récentes directives internationales recommandent l'utilisation d'une anesthésie locale à condition que le chirurgien ait l'expérience de cette technique (Simons 2018). • La sélection et l'acceptation des patients d'une seule anesthésie régionale/locale sont impératives. • Une récente méta-analyse d'ECR comparant l'anesthésie locale à d'autres formes d'anesthésie (y compris l'anesthésie générale) a conclu que l'anesthésie locale permet de réduire la durée d'occupation des salles d'opération et est associée à une incidence plus faible de rétention urinaire (par rapport à l'anesthésie neuraxiale) (Argo 2019). En outre, la satisfaction des patients à l'égard de l'anesthésie locale était similaire à celle des autres techniques d'anesthésie.
<p>Technique chirurgicale</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Il est recommandé que la technique chirurgicale soit basée sur l'expertise du chirurgien, les caractéristiques de la hernie et la disponibilité des ressources locales (Simons 2018). • En ce qui concerne la douleur postopératoire, les techniques de maillage sont recommandées de préférence aux techniques sans maillage (Grade A). • Cette recommandation est en accord avec les directives internationales pour la gestion des hernies inguinales (Simons 2018).

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/inhibiteurs sélectifs de la COX-2</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'analgésie systémique doit inclure le paracétamol (Grade D) et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou l'inhibiteur sélectif de la cyclo-oxygénase 2 (COX-2) (Grade D) administré en préopératoire ou en peropératoire et poursuivi en postopératoire. • Il a été démontré que le paracétamol, les AINS et les inhibiteurs sélectifs de la COX-2 assurent une excellente analgésie et réduisent les besoins en opioïdes (Joshi 2019).
<p>Opioïdes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les opioïdes sont recommandés comme analgésiques de secours durant la période post-opératoire (Grade D).

Interventions qui ne sont PAS recommandées

Interventions analgésiques qui ne sont pas recommandées pour la gestion de la douleur chez les patients qui subissent une réparation ouverte d'une hernie inguinale.

	Intervention	Motif de la non-recommandation
Préopératoire	Gabapentinoïdes	Incohérence des preuves propres à la procédure
	Clonidine	Peu de preuves propres à la procédure
	Dipyronne	Peu de preuves propres à la procédure
	Étanercept (inhibiteur du TNF- α)	Peu de preuves propres à la procédure
	Analgésie péridurale	Bien qu'efficaces, ces techniques sont relativement invasives et peuvent entraîner des complications
	Blocs paravertébraux	Bien qu'efficaces, ces techniques sont relativement invasives et peuvent entraîner des complications
Intra-opératoire	Bloc du psoas	Absence de preuves propres à la procédure
	Infiltration de la plaie avec de la bupivacaïne à libération prolongée	Peu de preuves propres à la procédure
	Infiltration de la plaie à l'aide d'AINS, de clonidine, de kétamine ou d'opioïdes	Peu de preuves propres à la procédure
	AINS topiques	Peu de preuves propres à la procédure
	Perfusion de lidocaïne IV	Peu de preuves propres à la procédure
	Anesthésique local topique à libération prolongée	Peu de preuves propres à la procédure
Postopératoire	TENS	Absence de preuves propres à la procédure
Technique chirurgicale	Section nerveuse	Absence de preuves propres à la procédure
	Cryo-analgésie	Absence de preuves propres à la procédure

Recommandations générales de PROSPECT

Recommandations générales pour la gestion de la douleur chez les patients subissant une réparation ouverte d'une hernie inguinale.

Recommandations pour la gestion de la douleur dans la réparation ouverte d'une hernie inguinale

Interventions préopératoires et peropératoires	<ul style="list-style-type: none"> • Paracétamol (Grade D) • Anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) ou inhibiteur sélectif de la cyclo-oxygénase (COX)-2 (Grade D) • Dexaméthasone IV (Grade B) • Infiltration d'anesthésiques locaux et/ou analgésie régionale (bloc des nerfs ilio-inguinal et ilio-hypogastrique ou bloc du plan transverse de l'abdomen) (Grade A)
Interventions postopératoires	<ul style="list-style-type: none"> • Paracétamol (Grade D) • AINS ou inhibiteur sélectif de la COX-2 (Grade D) • Opioïde de secours (Grade D)
Technique d'anesthésie	<ul style="list-style-type: none"> • Bloc de champ (par exemple bloc ilio-inguinal/ilio-hypogastrique) avec ou sans infiltration de la plaie comme seul anesthésique ou comme complément à une anesthésie générale (Grade A)
Technique chirurgicale	<ul style="list-style-type: none"> • Techniques de maillage de préférence aux techniques sans maillage (grade A)