

PROSTATECTOMIE

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.

Douleur après une prostatectomie radicale ouverte et laparoscopique ou robotique et objectifs de la revue PROSPECT

La douleur reste un problème important après une prostatectomie radicale, entraînant un inconfort et parfois un séjour prolongé à l'hôpital ([Tan 2015](#)). Une gestion adéquate de la douleur est nécessaire pour optimiser le rétablissement postopératoire ([Joshi 2014](#)).

Les patients subissant une prostatectomie radicale ouverte ressentent généralement une douleur dynamique modérée dans les jours qui suivent immédiatement l'opération ([d'Alonzo 2009](#)). La chirurgie assistée par robot et la chirurgie laparoscopique sont moins douloureuses que la prostatectomie ouverte, bien que les orifices de trocart puissent être une source de douleur pariétale après la chirurgie robotique ([d'Alonzo 2009](#) ; [Woldu 2014](#)). Les protocoles analgésiques postopératoires doivent refléter ces différents profils de douleur et les preuves spécifiques identifiées dans la littérature.

L'objectif de cette revue était de mettre à jour les recommandations pour une gestion optimale de la douleur après une prostatectomie ouverte et laparoscopique ou robotique.

Les recommandations de PROSPECT pour la prostatectomie radicale, basées sur une revue systématique de la littérature, ont été initialement publiées en 2015 ([Joshi 2015](#)), qui mettait à jour la littérature et les recommandations formulées sur le site Web en 2012 (Archive : [Radical prostatectomy 2012](#)). Cependant, plusieurs nouveaux régimes analgésiques, en particulier les techniques analgésiques régionales, ont été introduits depuis lors et la chirurgie robotisée a été développée à plus grande échelle, de sorte qu'une mise à jour de l'examen systématique était justifiée.

Les recommandations de la revue actuelle ont été élaborées à partir de celles de la revue précédente, en s'appuyant sur des informations supplémentaires provenant d'études plus récentes.

La méthodologie unique de PROSPECT est disponible sur <https://esraeurope.org/prospect-methodology/>.

Résumé des recommandations

Recommandation : interventions préopératoires et peropératoires

- 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.

<p>Paracétamol, AINS, inhibiteurs sélectifs de la COX-2</p>	<p>L'analgésie systémique doit comprendre du paracétamol et des AINS sélectifs ou non sélectifs administrés à titre préopératoire ou peropératoire et poursuivis à titre postopératoire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les AINS et les inhibiteurs sélectifs de la COX-2 ont réduit les scores de douleur postopératoire et le recours aux opioïdes (Dirkmann 2015 ; Mazaris 2008 ; Bilgin 2011 ; Chelly 2011). • Le paracétamol est recommandé malgré le peu de preuves propres à la procédure, sur la base des recommandations précédentes (Joshi 2015).
<p>Lidocaïne IV continue</p>	<p>Il est recommandé d'administrer de la lidocaïne par voie intraveineuse continue pendant une chirurgie ouverte.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son utilisation contre-indique l'utilisation simultanée d'une infiltration avec des anesthésiques locaux (Foo 2021). • La durée de la perfusion de lidocaïne doit être limitée aux périodes peropératoire et postopératoire immédiate pour des raisons de sécurité. • La lidocaïne IV continue a réduit les scores de douleur postopératoire lors d'une chirurgie ouverte (Groudine 1998 ; Weinberg 2016)
<p>Infiltration locale de la plaie</p>	<p>L'infiltration locale de la plaie doit être utilisée de manière systématique pour la chirurgie ouverte avant les autres blocs analgésiques régionaux, en l'absence d'utilisation de lidocaïne IV.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'infiltration locale de la plaie a donné des résultats positifs en chirurgie ouverte (Bilgin2011 ; Kristensen 2013 ; Tauzin-Fin 2009 ; Lee 2011).

Bloc TAP	<p>Le bloc TAP est recommandé comme premier choix pour la prostatectomie radicale laparoscopique/robotique.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le bloc TAP bilatéral effectué à la fin de la chirurgie a permis de réduire les scores de douleur dans les procédures assistées par robot (Dal Moro 2019 ; Cacciamani 2019 ; Taninishi 2020), mais les résultats étaient contradictoires pour les procédures ouvertes.
-----------------	--

COX, cyclooxygénase ; IV, intraveineux ; AINS, anti-inflammatoires non stéroïdiens ; TAP, plan transversal de l'abdomen.

Recommandation : interventions postopératoires

- 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, AINS, inhibiteurs sélectifs de la COX-2	L'analgésie systémique doit comprendre du paracétamol et des AINS sélectifs ou non sélectifs administrés à titre préopératoire ou peropératoire et poursuivis à titre postopératoire.
Opiïdes	Les opioïdes doivent être utilisés comme analgésiques de secours dans la période postopératoire.

COX, cyclooxygénase ; AINS, anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Interventions qui ne sont PAS recommandées

Interventions analgésiques qui ne sont pas recommandées pour le traitement de la douleur chez les patients subissant une prostatectomie radicale.

Intervention	Raison de la non-recommandation
Gabapentine	Peu de preuves propres à la procédure/effets secondaires
Dexmédétomidine	Manque de preuves propres à la procédure
Anesthésiques locaux intravésicaux	Manque de preuves propres à la procédure
Opioïde intrathécal	Non recommandé en raison du risque d'effets indésirables
Péridurale	Balance bénéfiques/risques défavorable
Bloc péridural-caudal	Manque de preuves propres à la procédure
Bloc TAP	Non recommandé pour la chirurgie ouverte
Bloc de la gaine du muscle grand droit	Manque de preuves propres à la procédure
Électro-acupuncture	Peu de preuves propres à la procédure
Infiltration de la plaie au sulfate de magnésium/intraveineuse	Peu de preuves propres à la procédure
Blocage pénien	Manque de preuves propres à la procédure
Trocart sans valve	Peu de preuves propres à la procédure
Incision transversal vs longitudinale	Manque de preuves spécifiques à la procédure
Installation intravésicale de ropivacaïne	Manque de preuves propres à la procédure
Cathéter suprapubien vs urétral	Manque de preuves propres à la procédure
Cathéter urétral vs cathéter suprapubien et urétral	Manque de preuves propres à la procédure
Retrait précoce du cathéter	Peu de preuves propres à la procédure
CO ₂ réchauffé et humidifié	Manque de preuves propres à la procédure
Techniques d'anesthésie	Aucune recommandation spécifique pour la technique d'anesthésie

TAP, plan transversal de l'abdomen.

Recommandations générales de PROSPECT

Recommandations générales pour le traitement de la douleur périopératoire chez les patients subissant une prostatectomie radicale

Paracétamol	Recommandé malgré des preuves limitées propres à la procédure (Grade B)
Lidocaïne systémique	La perfusion intraveineuse peropératoire continue de lidocaïne est recommandée pour la chirurgie ouverte (Grade B)
AINS ou inhibiteurs sélectifs de la COX-2	Recommandés s'il n'y a pas de contre-indications (Grade A)
Bloc TAP	Recommandé pour les procédures laparoscopiques/robotiques (Grade A)
Infiltration de la plaie	Recommandée pour une chirurgie ouverte (Grade B)

COX, cyclooxygénase ; AINS, anti-inflammatoires non stéroïdiens ; TAP, plan transversal de l'abdomen.

Publication de PROSPECT

PROSPECT guidelines update for evidence-based pain management after prostatectomy for cancer.

Lemoine A, Witdouck A, Beloeil H, Bonnet F; PROSPECT Working Group Of The European Society Of Regional Anaesthesia And Pain Therapy (ESRA).

[AnaesthCrit Care Pain Med 2021;40\(4\):100922. doi : 10.1016/j.accpm.2021.100922. Epub 2021 Jun 29.](https://doi.org/10.1016/j.accpm.2021.100922)