

## CHIRURGIE THORACOSCOPIQUE VIDEO-ASSISTEE (CTVA)

### 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 CTVA et objectifs de la revue PROSPECT

La chirurgie thoracoscopique vidéo-assistée (CTVA) est une procédure mini-invasive permettant de réduire le stress chirurgical et la douleur postopératoire par rapport à la thorotomie. Cependant, elle est associée à une douleur postopératoire aiguë et chronique importante, qui affecte négativement le rétablissement ([Holbeck 2016](#) ; [Bendixen 2016](#)). La gestion de la douleur postopératoire pour la CTVA est tout aussi essentielle que pour la chirurgie ouverte car elle permet de réduire les complications postopératoires ([Bendixen 2016](#)).

Ces lignes directrices visent à fournir aux cliniciens une approche fondée sur des données probantes pour la gestion de la douleur après une résection pulmonaire sous CTVA, afin d'améliorer le soulagement de la douleur postopératoire.

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

## Résumé des recommandations

Recommandation : interventions préopératoires et peropératoires	
<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> </ul>	
<b>Paracétamol, AINS, inhibiteurs spécifiques de la COX-2</b>	<p>L'analgésie systémique doit comprendre du paracétamol, des AINS ou des inhibiteurs spécifiques de la COX-2 administrés à titre préopératoire ou peropératoire et poursuivis à titre postopératoire.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les avantages de ces analgésiques de base sont bien décrits pour d'autres procédures (<a href="#">Ong 2010</a> ; <a href="#">Martinez 2017</a>).</li> </ul>
<b>Dexmédétomidine IV</b>	<p>L'administration peropératoire de dexmédétomidine IV est recommandée, en particulier lorsque les analgésiques de base ne peuvent pas être administrés.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Plusieurs études ont montré que la dexmédétomidine IV réduit les scores de douleur et la demande d'opioïdes (<a href="#">Lee 2016</a> ; <a href="#">Jannu 2020</a>).</li> <li>La dexmédétomidine diminue également l'incidence de l'agitation postopératoire et le dysfonctionnement cognitif, ainsi que des nausées et vomissements postopératoires (<a href="#">Lee 2016</a> ; <a href="#">Jannu 2020</a> ; <a href="#">Kweon 2018</a>). Une amélioration de la fonction pulmonaire, avec une augmentation du VEMS et de la capacité vitale, a également été démontrée (<a href="#">Lee 2016</a> ; <a href="#">Jannu 2020</a> ; <a href="#">Kweon 2018</a>).</li> <li>Les patient(e)s présentant une maladie cardiaque sévère, des troubles de la conduction et/ou du rythme cardiaques ont été exclu(e)s de ces études et la dexmédétomidine ne doit pas être utilisée chez ces patient(e)s.</li> </ul>
<b>Analgésie régionale</b>	<p>Les techniques d'analgésie régionale telles que le PVB (bloc paravertébral) et l'ESPB (bloc des érecteurs du rachis) sont recommandées, en utilisant une injection unique ou, de préférence, un cathéter avec une perfusion continue d'anesthésiques locaux.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un PVB est recommandé en raison de son efficacité sur le contrôle de la douleur et de ses effets secondaires limités par rapport à l'APT (analgésie péridurale thoracique). L'utilisation d'un cathéter au lieu d'une analgésie à dose unique prolonge l'effet analgésique.</li> <li>• Un ESPB est également recommandé car plusieurs études ont montré l'efficacité de l'ESPB à la ropivacaïne par rapport au bloc simulé (<a href="#">Yao 2020</a> ; <a href="#">Shim 2020</a>). Deux études ont montré la non-infériorité de l'ESPB par rapport au PVB (<a href="#">Zhao 2020</a> ; <a href="#">Taketa 2020</a>). L'ESPB doit donc être considéré comme une alternative.</li> </ul>
	<p>Le bloc du muscle serratus antérieur peut être utilisé comme deuxième choix.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les études retrouvées considèrent une seule injection et documentent un bénéfice en termes de douleur et de consommation d'opiacés par rapport à une analgésie systémique de base ou par rapport à une infiltration du site d'incision.</li> </ul>
	<p>Le bloc doit être réalisé, quelle que soit la technique, à un niveau thoracique adapté à la localisation des sites d'incision.</p>
	<p>L'ajout de la dexmédétomidine sans conservateur dans l'analgésie périnéale pourrait être recommandé. Cependant, il reste à démontrer qu'un effet comparable pourrait être obtenu avec l'administration IV de la dexmédétomidine, ce qui la rendrait plus appropriée pour une utilisation clinique.</p>

### 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 spécifiques de la COX-2**

L'analgésie systémique doit comprendre du paracétamol, des AINS ou des inhibiteurs spécifiques de la COX-2 administrés à titre préopératoire ou peropératoire et poursuivis à titre postopératoire.

- Les avantages de ces analgésiques de base sont bien décrits pour d'autres procédures ([Ong 2010](#) ; [Martinez 2017](#)).

#### **Opioides**

Les opioïdes doivent être utilisés comme analgésiques de secours à titre postopératoire.

COX, cyclooxygénase ; ESPB, bloc des érecteurs du rachis ; VEMS, volume expiratoire maximal par seconde ; IV, intraveineux ; AINS, anti-inflammatoires non stéroïdiens ; PVB, bloc paravertébral ; AET, analgésie péridurale thoracique.

## Interventions qui ne sont PAS recommandées

Les interventions analgésiques qui ne sont pas recommandées pour la gestion de la douleur chez les patient(e)s subissant une CTVA.

Calendrier	Intervention	Motif de la non-recommandation
<b>Préopératoire ou peropératoire</b>	Gabapentinoïdes	Preuves incohérentes
	Corticostéroïdes	Manque de preuves propres à la procédure
	MgSO <sub>4</sub>	Peu de preuves propres à la procédure
	Lidocaïne IV	Manque de preuves propres à la procédure
	TENS	Preuves incohérentes et limitées
	Infiltration de la plaie	Peu de preuves propres à la procédure
	Analgésie intrapleurale	Peu de preuves propres à la procédure
	Bloc du nerf intercostal	Manque de preuves propres à la procédure
	Bloc péri-dural thoracique	Non-infériorité de techniques moins invasives avec moins d'effets secondaires
<b>Postopératoire</b>	Gabapentinoïdes	Preuves incohérentes
	Lidocaïne IV	Manque de preuves propres à la procédure
	Dexmédétomidine	Manque de preuves propres à la procédure
	TENS	Preuves incohérentes et limitées

IV, intraveineux ; TENS, neurostimulation électrique transcutanée.

## Recommandations générales de PROSPECT

### Recommandations générales pour la gestion de la douleur périopératoire chez les patient(e)s subissant une CTVA

#### Interventions préopératoires et peropératoires

- Paracétamol (Grade D)
- AINS (Grade D)/Inhibiteur spécifique de la COX-2 (Grade D)
- Dexmédétomidine (Grade B) (à l'exclusion des patient(e)s présentant une maladie cardiaque grave ou des troubles de la conduction et/ou du rythme cardiaques)
- Bloc paravertébral en une dose unique (Grade A)/en continu (Grade A)
- Bloc des érecteurs du rachis en une dose unique (Grade A)/en continu (grade B)
- Bloc du muscle serratus antérieur, dose unique (Grade A)/en continu (Grade D)

#### Interventions postopératoires

- Paracétamol (Grade D)
- AINS (Grade D)/inhibiteur spécifique de la COX-2 (Grade D)
- Opioïde de secours (Grade D)

## Publication de PROSPECT

### PROSPECT guidelines for video-assisted thoracoscopic surgery: a systematic review and procedure-specific postoperative pain management recommendations.

Sarah Feray, Jelle Lubach, Girish P. Joshi, Francis Bonnet, Marc Van de Velde on behalf of the PROSPECT Working Group of the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy (ESRA).

*Anaesthesia* 2021; First published: 05 November 2021. <https://doi.org/10.1111/anae.15609>