

CRANIOTOMIE

RESUMÉ DES RECOMMANDATIONS

Translated by Julien Raft

Remarques sur les recommandations PROSPECT

PROSPECT fournit, aux praticiens, des arguments pour ou contre l'utilisation de diverses méthodes de traitement de la douleur postopératoire basés sur des publications référencées et des opinions d'experts. Les praticiens doivent émettre des jugements personnels ou institutionnels en fonction des circonstances cliniques et des réglementations locales. À tout moment, les informations de prescription pour les médicaments mentionnés doivent être consultées au niveau local.

Douleur après craniotomie et objectifs de la revue de la littérature PROSPECT

Une craniotomie peut entraîner des douleurs postopératoires intenses, spécifiquement au cours des deux premiers jours ([Santos 2021](#); [Chowdhury 2017](#); [Vacas 2017](#); [Vadivelu 2016](#)). Ce type de douleur mal contrôlée peut augmenter les complications et la durée du séjour ([Galvin 2019](#)).

L'objectif de ces recommandations ([Mestdagh 2023](#)) est de fournir aux praticiens une approche fondée sur des données publiées pour la gestion de la douleur après une chirurgie de craniotomie afin d'améliorer le traitement de la douleur postopératoire.

La méthodologie PROSPECT est disponible sur <https://esraeurope.org/prospect-methodology/>. Les recommandations sont basées sur une revue systématique de la littérature comprenant des études contrôlées randomisées, des revues systématiques et des méta-analyses; dans lesquelles les preuves sont évaluées en termes de pertinence clinique actuelle, ainsi que d'efficacité et d'effets indésirables des techniques analgésiques.

L'approche utilisée permet de faire la balance entre le caractère invasif des prises en charge analgésiques et le niveau de douleur post chirurgicale. L'utilisation des analgésiques de palier 1, tels que le paracétamol et les AINS, est considérée comme des analgésiques de base.

Les données de la littérature ont été analysées du 1^{er} janvier 2010 au 30 juin 2021.

Résumé des recommandations et points clés

Résumé des recommandations et points clés pour le traitement de la douleur des patients subissant une craniotomie

Traitements médicamenteux

L'analgésie doit inclure du paracétamol et des AINS, administrés en pré opératoire ou peropératoire; et poursuivis en post opératoire.

- En périopératoire, le paracétamol et les AINS (ou les inhibiteurs sélectifs de la COX-2) sont considérés comme les antalgiques de base à administrer ([Joshi 2019](#))
- Les données concernant le paracétamol montrent un faible effet antalgique et une épargne morphinique pour la chirurgie de craniotomie ([Greenberg 2018](#); [Artime 2018](#); [Sivakumar 2018](#); [Burbridge 2019](#); [Dilmen 2016](#); [Galvin 2019](#); [Ghaffarpasand 2020](#))
- Les données concernant les AINS ou les inhibiteurs sélectifs de la COX-2 (à la fois en dose unique et en administration programmée) montrent un effet antalgique et une épargne morphinique significative pour la chirurgie de craniotomie ([Dilmen 2016](#); [Galvin 2019](#); [Ghaffarpasand 2020](#); [Williams 2011](#); [Güneş 2011](#); [Rajkiran 2022](#); [Molnár 2015](#); [Yadav 2014](#); [Tsaousi 2017](#))
- L'association AINS et paracétamol permet une amélioration de l'analgésie ([Williams 2011](#); [Molnár 2015](#); [Yadav 2014](#))
- Actuellement, il n'existe aucune preuve montrant que les effets secondaires potentiels des AINS l'emportent sur leurs bénéfices, sauf en cas de contre-indication, comme chez les patients présentant une insuffisance rénale.
- Une méta analyse récente ([Bongiovanni 2021](#)) a conclu que les AINS ne sont pas associés à des saignements cliniquement importants, ce qui est cohérent avec d'autres études rétrospectives et de cohortes pour la chirurgie de craniotomie

Une perfusion peropératoire de dexmédétomidine est recommandée, car elle est associée à une réduction de la douleur postopératoire

- La prudence en ce qui concerne les effets cardiovasculaires est nécessaire
- Les événements indésirables potentiels, notamment les effets hémodynamiques et la sédation, peuvent influencer sur la récupération.
- La dexmédétomidine peropératoire a montré un effet positif sur le traitement de la douleur et la consommation de morphinique lors la chirurgie de craniotomie ([Pathapradas 2020](#); [Peng 2015](#); [Song 2016](#); [Yun 2017](#); [Rajan 2016](#); [Sriganesh 2019](#); [Tsaousi 2017](#))

	<p>Les morphiniques doivent être réservés comme antalgiques de secours en période postopératoire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les effets secondaires induits par les morphiniques, tels que les nausées, les vomissements et la sédation, ne sont pas souhaitables. Les morphiniques peuvent interférer avec l'examen neurologique précoce, ils doivent être utilisés comme analgésies de secours en cas de douleur intense et non comme analgésie de routine (Vacas 2017)
<p>Analgésies locales et locorégionales</p>	<p>Une infiltration d'anesthésiques locaux au site opératoire ou un bloc nerveux de la tête est recommandé comme traitement antalgique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dix études contrôlées randomisées ont montré une efficacité analgésique des bloc nerveux de la tête administrés en pré opératoire ou en post opératoire (Yang 2019; Yang 2020; Tuchinda 2010; Raksakietisak 2018; Can 2017; Akcil 2017; Carella 2020; Hussien 2020; Rigamonti 2020; Hwang 2015). Ces résultats sont mis en avant pas des revues systématiques de la littérature et des méta analyses. Elles montrent un effet antalgique dans les 6 premières heures post opératoires et un effet sur l'épargne morphinique modéré (Galvin 2019; Hansen 2011; Wardhana 2019; Akhigbe 2017; Guilfoyle 2013) • Les risques associés aux blocs nerveux de la tête sont un risque de toxicité aux anesthésiques locaux, une paralysie transitoire du nerf facial et une injection sous-arachnoïdienne accidentelle (Vacas 2017) • L'infiltration d'anesthésiques locaux au site opératoire est largement utilisée pour la chirurgie de craniotomie. • Trois études contrôlées randomisées ont montré une efficacité à la fois sur les scores de douleur que sur la consommation de morphinique mais une seule étude contrôlée randomisée utilisait les antalgiques de base (Yang 2019; Akcil 2017; Song 2015) • Une infiltration d'anesthésiques locaux au site opératoire ou un bloc nerveux de la tête avec des anesthésiques locaux de longue durée d'action est recommandé mais une infiltration d'anesthésiques locaux au site opératoire peut avoir une durée d'analgésie plus limitée qu'un bloc nerveux de la tête; bien qu'il n'y ait pas suffisamment d'études comparant les deux techniques pour recommander l'une plutôt que l'autre • Compte tenu du manque de données sur la combinaison des techniques et de la forte vascularisation du cuir chevelu, la combinaison des deux techniques n'est pas recommandée en raison du risque de toxicité aux anesthésiques locaux.

COX, cyclooxygenase; AINS, anti inflammatoire non stéroïdien.

Prises en charge NON recommandées

Prises en charge non recommandées pour le traitement de la douleur chez les patients subissant une chirurgie par craniotomie

Intervention	Reason for not recommending
Flupirtine	Preuves limitées spécifiques à la procédure
Métamizole	Manque de preuves spécifiques à la procédure
Gabapentinoïdes	Le bénéfice supplémentaire est discutable et des inquiétudes concernant les effets secondaires
Sulfate de Magnésium en per opératoire	Preuves limitées spécifiques à la procédure
Lidocaïne en per opératoire	Preuves limitées spécifiques à la procédure
Sumatriptan sous cutané en post opératoire	Manque de preuves spécifiques à la procédure
Vitamine D en pré opératoire	Manque de preuves spécifiques à la procédure
Bloc nerveux maxillaire bilatéral	Manque de preuves spécifiques à la procédure
Bloc nerveux du plexus cervical superficiel	Manque de preuves spécifiques à la procédure
Hyaluronidase comme adjuvant	Preuves limitées spécifiques à la procédure
Dexaméthasone comme adjuvant	Preuves limitées spécifiques à la procédure
Clonidine comme adjuvant	Preuves limitées spécifiques à la procédure
Dexmedetomidine comme adjuvant	Preuves limitées spécifiques à la procédure

Tableau sur les recommandations générales PROSPECT

Recommandation générales pour le traitement de la douleur chez les patients subissant une craniotomie

Pré opératoire/ Per opératoire	<ul style="list-style-type: none">• Paracetamol• AINS• Soit un bloc nerveux de la tête, soit une infiltration d'anesthésiques locaux• Perfusion intraveineuse de dexmedetomidine• Acupuncture en l'absence d'analgésie de base.
Post opératoire	<ul style="list-style-type: none">• Paracetamol et AINS• Morphinique comme analgésie de secours

AINS, anti inflammatoire non stéroïdien.

Publication PROSPECT

François P Mestdagh, Patricia M Lavand'homme, Géraldine Pirard, Girish P Joshi, Axel R Sauter, Marc Van de Velde; PROSPECT Working Group of the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy (ESRA).

Pain management after elective craniotomy: A systematic review with procedure-specific postoperative pain management (PROSPECT) recommendations.

[Eur J Anaesthesiol 2023;40:747–757.](#)

