

## CHOLECYSTECTOMIE PAR VOIE COELIOSCOPIQUE

### 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 post-opératoire 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 cholécystectomie par coelioscopie. Objectifs de la littérature PROSPECT.

La cholécystectomie par voie coelioscopique est la référence chirurgicale pour l'ablation de la vésicule biliaire en raison de sa nature peu invasive et de l'amélioration des résultats pour les patients ([Rosero and Joshi 2017](#)). Cependant, une douleur postopératoire importante peut affecter le confort et la récupération du patient.

L'objectif de cette revue de la littérature ([Bourgeois 2024](#)) visait à élaborer une mise à jour des recommandations PROSPECT pour la gestion de la douleur postopératoire après une cholécystectomie par voie coelioscopique, sur la base des publications depuis les dernières recommandations PROSPECT ([Kehlet 2005](#); [Barazanchi 2018](#)). Ces recommandations visent à optimiser le traitement de la douleur, à réduire l'incidence des événements indésirables et à améliorer le rétablissement et la satisfaction des patients.

La méthodologie PROSPECT est disponible sur <https://esraeurope.org/prospect-methodology/>. Cette revue de la littérature a été réalisée selon une méthodologie publiée ([Joshi 2019](#)). Elle reflète de la pratique clinique, de l'efficacité et des effets indésirables des techniques analgésiques. Elle assure une évaluation critique de la pertinence clinique de chaque étude incluse. La méthodologie PROSPECT a été mise à jour pour des prochaines revues de la littérature ([Joshi 2023](#)).

Cette revue de la littérature comprenant des études randomisées contrôlées et des revues systématiques de la littérature publiées en anglais de août 2017 jusque décembre 2022. Elle évalue les effets analgésiques, anesthésiques ou chirurgicaux sur la douleur post opératoire après cholécystéctomie coelioscopique.

Cette revue de la littérature est enregistrée auprès de PROSPERO: CRD42023387991.

## Résumé des recommandations et points clés

### Résumé des recommandations et points clés pour le traitement de la douleur après cholécystéctomie coelioscopique

#### **Traitement médicamenteux**

Le paracétamol et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (ou les inhibiteurs sélectifs de la COX-2) sont recommandés dans le cadre d'une analgésie multimodale de base et doivent être administrés avant ou pendant l'intervention chirurgicale et poursuivis jusqu'à 72 heures après l'opération, s'il n'y a pas de contre-indications.

- Une analgésie de base est recommandée selon l'approche PROSPECT ([Joshi 2019](#))
- Des preuves supplémentaires spécifiques à la procédure provenant d'une méta-analyse ont également soutenu cette approche ([Huang 2017](#))

La dexaméthasone intraveineuse est recommandée

- Des études antérieures soutiennent son utilisation ([Barazanchi 2018](#); [Fukami 2009](#); [Sistla 2009](#); [Sánchez-Rodríguez 2010](#); [Lim 2011](#); [Murphy 2011](#); [Ryu 2013](#); [Lee 2017](#)) bien qu'aucun nouvel essai positif n'ait été identifié dans la mise à jour ([Gul 2020](#); [Nazemroaya 2022](#))
- La dexaméthasone intraveineuse fait partie de la prophylaxie standard des NVPO lors de la cholécystectomie coelioscopique ([Fukami 2009](#); [Sistla 2009](#); [Sánchez-Rodríguez 2010](#); [Murphy 2011](#); [Lee 2017](#))

Les gabapentinoïdes sont recommandés lorsqu'une analgésie de base n'est pas possible

- Les gabapentinoïdes peuvent être utilisés si l'analgésie de base n'est pas une possibilité, comme chez les patients présentant une hypersensibilité ou des contre-indications aux AINS, mais leur utilisation nécessite des précautions en raison de la somnolence et des étourdissements.
- Malgré les effets analgésiques positifs, l'administration systématique de gabapentinoïdes n'est pas recommandée en raison du risque d'effets secondaires, en particulier une somnolence excessive, des étourdissements et des troubles visuels, qui peuvent affecter la récupération postopératoire, car la cholécystectomie coelioscopique est principalement réalisée en chirurgie ambulatoire ([Verret 2020](#); [Deljou 2018](#))

Les morphiniques doivent seulement être utilisés comme analgésiques de secours que si les autres traitements s'avèrent insuffisantes en raison de leurs effets secondaires potentiels et de leur impact sur le confort et le rétablissement du patient.

- Les morphiniques sont de puissants analgésiques qui peuvent procurer un traitement immédiat et efficace de la douleur.
- Cependant, ils entraînent toute une série d'effets secondaires, notamment des nausées et des vomissements, de la constipation, de l'iléus, des étourdissements et une dépression respiratoire. Ces effets secondaires peuvent finalement retarder la guérison et même nuire au confort du patient.

### ***Techniques utilisant des anesthésiques locaux***

Une infiltration des trous de trocart de coelioscopie ou une instillation d'anesthésiques locaux par voie intrapéritonéale sont recommandées<sup>a</sup>

- Une infiltration des trous de trocart de coelioscopie est recommandée avec l'anesthésique locaux à longue durée d'action, idéalement administrée avant l'incision, bien qu'aucune étude n'ait été trouvée avec une comparaison sur l'infiltration des anesthésiques locaux avant ou après l'incision chirurgicale. La concentration de la solution d'anesthésiques locaux semble avoir moins d'importance ([Kaushal-Deep 2018](#); [Thakur 2019](#); [Liang 2020](#))
- L'instillation d'anesthésiques locaux par voie intrapéritonéale peut offrir un bénéfice supplémentaire par rapport à l'analgésie de base et à l'infiltration de LA ([Das 2017](#); [Yong 2017](#); [Beder El Baz 2018](#); [Bhatia 2018](#); [Rahimzadeh 2018](#); [Stannard 2018](#); [Topno 2018](#); [Putta 2019](#); [Thakur 2019](#); [Manan 2020](#); [Arabzadeh 2021](#); [Sandhya 2021](#); [Vijayaraghavalu 2021](#); [Nikoubakht 2022](#)). Aucune conclusion n'a pu être tirée concernant la méthode et le moment optimal pour l'instillation d'anesthésiques locaux par voie intrapéritonéale. Cependant, sur la base d'une étude montrant un bénéfice analgésique significatif, un anesthésique local à faible concentration et à volume élevé est recommandée ([Bindra 2017](#))
- Deux études ont comparé l'instillation d'anesthésiques locaux par voie intrapéritonéale à l'infiltration des trous de trocart de coelioscopie. Elles ne trouvent aucune différence pertinente dans la douleur postopératoire ([Kaushal-Deep 2018](#); [Kiany 2022](#))
- La combinaison des deux techniques n'est PAS recommandée malgré un effet analgésique additif potentiel, car cela pourrait entraîner l'administration de doses élevées d'anesthésique locaux avec un risque d'absorption systémique et de toxicité des anesthésiques locaux.

Les blocs ESP et le TAP sont recommandées comme techniques d'analgésie locorégionale de deuxième intention<sup>b</sup>

- Des études randomisées contrôlées et des métaanalyses ont montrés des effets analgésiques positifs des blocs ESP ([Tulgar 2018](#); [Aksu 2019](#); [Koo 2020](#); [Verma 2020](#); [Canitez 2021](#); [Daghmouri 2021](#); [Sethi 2021](#); [Vrsajkov 2021](#); [Yildiz 2021](#); [Sifaki 2022](#)) et TAP ([Koo 2020](#); [Ribeiro 2019](#); [Arik 2020](#); [Wang 2021](#); [Emile 2022](#); [Lee 2022](#); [Ozciftci 2022](#); [Suseela 2018](#); [Goel 2021](#); [Vindal 2021](#); [Grape 2021](#))
- Compte tenu du risque accru de toxicité systémique associé au TAP et à l'ESP, ces blocs sont recommandés comme options de deuxième intention. Avec les blocs TAP et ESP, un niveau d'expertise important est requis tandis que des techniques plus simples et tout aussi efficaces telle que l'infiltration des trous de trocart de coelioscopie est possible. De plus, de grandes variations dans les méthodes d'administration et les performances des blocs ESP ont été notées.

Le choix de la technique d'analgésie loco-régionale dépend de nombreux facteurs cliniques importants : l'expérience de l'anesthésiste, les facteurs liés au patient, le niveau attendu de douleur postopératoire, ainsi que le type d'hospitalisation (ambulatoire versus hospitalisation conventionnelle).

### ***Techniques chirurgicales***

Diverses techniques chirurgicales sont conseillées pour minimiser la douleur postopératoire. Celles-ci incluent :

- Insufflation péritonéale à basse pression (<12mmHg) ([Goel 2019](#); [Raval 2020](#); [Morey 2021](#); [Kim 2022](#); [Ortenzi 2022](#))
- Technique à 3 trocarts ([Hajibandeh 2021](#); [Shah 2021](#); [Nip 2022](#))
- Extraction de la vésicule biliaire par voie ombilicale ([Li 2018](#); [Hajong 2019](#); [Mongelli 2020](#); [Jain 2021](#); [Kulkarni 2022](#))

Cependant, la technique privilégiée doit être laissée à l'appréciation du chirurgien.

En fin d'intervention chirurgicale, il est bénéfique de réaliser une irrigation locale au sérum physiologique ([Barazanchi 2018](#); [Chung 2017](#)) et assurer une aspiration suffisante du pneumopéritoine restant ([Kim 2022](#); [Abuelzein 2023](#))

- Lorsque des techniques utilisant des anesthésiques locaux sont combinées, il convient de veiller à ne pas dépasser le seuil de toxicité systémique de ces anesthésiques locaux.
- Dans des situations spécifiques (par exemple, reprise d'une intervention chirurgicale, utilisateurs chroniques d'opioïdes ou patients souffrant de douleurs chroniques, hyperalgésie) ces techniques peuvent être utiles et fournir une analgésie efficace.

COX, cyclooxygenase; ESP, erector spinae plane; AINS, anti-inflammatoire non stéroïdiens; TAP, transversus abdominis plane.

## Prises en charge NON recommandées

Prises en charge non recommandées pour le traitement de la douleur chez les patients subissant une cholécystéctomie laparoscopique.

Traitement	Raison d'un non recommandation
<b>Drugs</b>	
Lidocaïne intraveineuse	Risque d'effets secondaires
Anesthésie sans Opiïde (OFA)	Preuves contradictoires et risque d'effets secondaires
Gabapentinoïdes	Risque d'effets secondaires
Perfusion de ketamine intraveineuse	Risque d'effets secondaires
Duloxetine	Preuves insuffisantes
Néfopam	Manque de preuves
Clonidine	Preuves incohérentes
NMDA à forte dose	Preuves insuffisantes
Patch de lidocaïne patch/ patch de nicotine	Manque de preuves
Esmolol	Manque de preuves
Dexmédétomidine intraveineuse	Risque d'effets secondaires
<b>Autre</b>	
Manoeuvre de recrutement pulmonaire	Manque de preuves
Hyperventilation per opératoire	Manque de preuves
Méditation/éducation audio-visuelle/acupression/massage des pied/huile aromatique/apport oral d'hydrates de carbone oral /anaesthesia profonde	Preuves insuffisantes
<b>Techniques utilisant des anesthésiques locaux</b>	
Instillation d'anesthésiques locaux par voie intrapéritonéale avant la chirurgie	Preuves insuffisantes
Ajout intrapéritonéal de dexmédétomidine ou de tramadol à la solution d'anesthésiques locaux	Preuves insuffisantes
Des mélanges d'anesthésiques locaux à faible concentration en intrapéritonéal	Preuves insuffisantes
Fentanyl ou ondansetron intrapéritonéal	Manque de preuves
Bloc du carré des lombes	Preuves contradictoires
Bloc des grands droits	Preuves insuffisantes
Bloc paravertébral	Risque d'effets secondaires
Rachi anesthésie ou anesthésie péridurale Spinal	Risque d'effets secondaires
<b>Techniques chirurgicales</b>	
Incision sous ombilicale	Manque de preuves
Techniques à simple trocart et techniques mini invasives	Manque de preuves
Drainage systématique	Preuves contradictoires
Insufflation à faible débit /NOTES	Preuves insuffisantes

NMDA, N-méthyl-D-aspartate; NOTES, natural orifice transluminal endoscopic surgery (voie d'accès à la cavité péritonéale qui utilise les orifices naturels); OFA, opioid-free anaesthesia.

### Tableau sur les recommandations générales PROSPECT

Recommandations générales pour le traitement de la douleur chez les patients subissant une cholécystectomie coelioscopique.	
<b>Médicaments pré-opératoires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le paracétamol et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (ou les inhibiteurs sélectifs de la COX-2) intraveineux sont recommandés en pré-opératoire.</li> </ul>
<b>Médicaments peropératoire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si non administrés en pré-opératoire, le paracétamol et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (ou les inhibiteurs sélectifs de la COX-2) intraveineux sont recommandés</li> <li>La dexaméthasone intraveineuse est recommandée</li> </ul>
<b>Techniques utilisant des anesthésiques locaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une infiltration des trous de trocart de coelioscopie ou une instillation d'anesthésiques locaux par voie intrapéritonéale sont recommandées<sup>a</sup></li> <li>Les blocs ESP et le TAP sont recommandés comme techniques d'analgésie locorégionale de deuxième intention<sup>b</sup></li> </ul>
<b>Techniques chirurgicales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La technique de cholécystectomie coelioscopique à 3 trocarts est recommandée</li> <li>L'insufflation péritonéale à basse pression (&lt;12mmHg) est recommandée</li> <li>L'extraction de la vésicule biliaire par voie ombilicale est recommandée</li> <li>Une aspiration suffisante du pneumopéritoine restant est recommandée</li> <li>Une irrigation locale au sérum physiologique est recommandée en fin d'intervention</li> </ul>
<b>Médicaments post opératoires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le paracétamol et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (ou les inhibiteurs sélectifs de la COX-2) sont recommandés jusqu'à 72 heures après l'opération</li> <li>Les morphiniques comme antalgiques de secours sont recommandés</li> <li>Les gabapentinoïdes sont recommandés lorsqu'une analgésie de base n'est pas possible</li> </ul>

- a. Lorsque des techniques utilisant des anesthésiques locaux sont combinées, il convient de veiller à ne pas dépasser le seuil de toxicité systémique de ces anesthésiques locaux.
- b. Dans des situations spécifiques (par exemple, reprise d'une intervention chirurgicale, utilisateurs chroniques d'opioïdes ou patients souffrant de douleurs chroniques, hyperalgésie) ces techniques peuvent être utiles et fournir une analgésie efficace.

COX, cyclooxygénase; ESP, erector spinae plane; AINS, anti-inflammatoire non stéroïdiens; TAP, transversus abdominis plane.

### Publication PROSPECT

Camille Bourgeois, Lukasa Oyaert, Marc Van de Velde, Esther Pogatzki-Zahn, Stephan M. Freys, Axel R. Sauter, Girish P. Joshi and Geertrui Dewinter, on behalf of the PROSPECT working Group of the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy (ESRA).

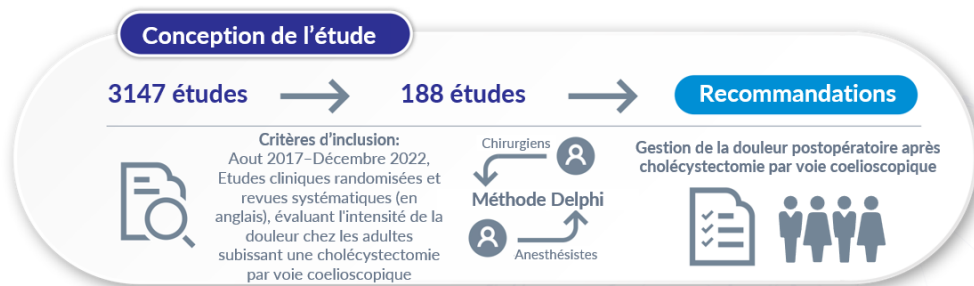
**Pain management after laparoscopic cholecystectomy: A systematic review and procedure-specific postoperative pain management (PROSPECT) recommendations.**

[Eur J Anaesthesiol August 12, 2024 | DOI: 10.1097/EJA.0000000000002047](#)

Recommandations PROSPECT pour cholécystectomie coelioscopique – infographie

# Recommandations pour cholécystectomie par voie coelioscopique

Une revue de la littérature avec recommandations pour la gestion de la douleur post opératoire



## Analgesie systémique (de base)

L'article recommande une analgésie de base utilisant une association de paracétamol et d'AINS (ou d'inhibiteurs sélectifs de la COX-2) avant et pendant l'intervention chirurgicale, avec une utilisation systématique en phase postopératoire, sauf contre-indications.



## Analgesie locorégionale

Une infiltration des trous de trocart de coelioscopie ou une instillation anesthésique locale par voie intrapéritonéale sont recommandées. En tant que techniques d'analgésie loco-régionales de deuxième intention, le bloc des érecteurs du rachis ou le TAP (transversus abdominis plane) bloc peuvent être réservés aux patients présentant un risque accru de douleurs postopératoires.



## Techniques chirurgicales

La coelioscopie à trois trocarts, l'insufflation péritonéale à basse pression, l'extraction de la vésicule biliaire par voie ombilicale, l'aspiration active du pneumopéritoine et l'irrigation de sérum physiologique sont des aspects techniques recommandés de la procédure opératoire.



## Morphiniques

Les morphiniques ne doivent être utilisés comme analgésiques de secours que si les autres techniques sont insuffisantes en raison de leurs effets secondaires potentiels et de leur impact sur le confort et le rétablissement du patient.

Camille Bourgeois, et al. Pain management after laparoscopic cholecystectomy: A systematic review and procedure-specific postoperative pain management (PROSPECT) recommendations. Eur J Anaesthesiol 2024 | DOI: 10.1097/EJA.0000000000002047.

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

