

Chirurgie générale

Les huit examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger

par

L'Association canadienne des chirurgiens généraux

Dernière mise à jour : mai 2024



1 N'utilisez pas d'emblée l'échographie pour évaluer les hernies inguinales cliniquement manifestes.

Dans la plupart des cas, il est possible de poser un diagnostic de hernie inguinale avec une anamnèse soigneuse et un bon examen physique. Les échographies systématiques ajoutent peu de valeur au diagnostic et à la prise en charge des hernies inguinales cliniquement manifestes, et peuvent retarder le traitement. Ces examens ne devraient donc pas être effectués en présence d'une anomalie clairement palpable de la paroi abdominale et devraient plutôt être réservés à l'évaluation des hernies inguinales occultes.

2 Privilégiez l'attente vigilante chez les patients qui présentent des hernies inguinales asymptomatiques ou minimalement symptomatiques.

Pour les hernies minimalement symptomatiques, la réparation chirurgicale peut prévenir des complications possibles, telles qu'incarcération et strangulation herniaires, mais le risque de complications postopératoires dues à l'infection, de récurrences de hernie et de douleurs inguinales chroniques avoisine le risque global d'incarcération herniaire. L'attente vigilante dans les cas de hernies inguinales asymptomatiques ou minimalement symptomatiques est une option sécuritaire chez les patients correctement sélectionnés et n'empêche pas la réalisation d'une intervention chirurgicale non urgente dans les cas où l'inconfort s'aggraverait.

3 Ne demandez pas de tomodensitométrie (TDM) pour l'évaluation de l'appendicite présumée chez l'enfant tant que l'option de l'échographie n'a pas été envisagée.

L'échographie est une modalité d'imagerie précise et économique pour l'évaluation initiale d'une appendicite présumée chez un enfant. Selon des données probantes, la sensibilité et la spécificité de l'échographie sont élevées, jusqu'à 95 % selon les rapports, même si cela peut varier selon l'expérience et les capacités des établissements. Si les signes échographiques portent à confusion, la TDM peut être envisagée dans le cadre d'une approche diagnostique séquentielle après discussion avec le patient et les proches aidants quant au risque associé à l'exposition à de la radiation durant l'enfance.

4 Ne demandez pas d'emblée une radiographie pulmonaire et des analyses de laboratoire de référence, telles que formule sanguine complète, bilan métabolique ou analyses de l'hémostase chez les patients qui doivent subir une intervention chirurgicale à risque faible et ne présentent ni maladie systémique significative (ASA I ou II) ni symptômes.

Les radiographies et analyses de laboratoire préopératoires effectuées d'emblée ajoutent peu de valeur aux soins périopératoires chez les patients asymptomatiques qui subissent une intervention chirurgicale à risque faible. Selon des données probantes, dans un tel contexte, des résultats anormaux influent rarement sur la prise en charge ou les résultats cliniques. Il faut plutôt privilégier une anamnèse et un examen clinique soigneux pour déterminer quelles épreuves préopératoires sont nécessaires. Certaines analyses préopératoires peuvent être utiles chez des patients symptomatiques ou lors d'une intervention chirurgicale à risque élevé au cours desquelles on peut s'attendre à d'importantes pertes de sang ou de liquides. Une discussion avec le patient, l'anesthésiologiste et l'équipe chirurgicale faciliterait la prise de décision dans de telles circonstances.

5 Évitez les tests de dépistage du cancer colorectal chez les patients asymptomatiques qui ont une espérance de vie de moins de dix ans et qui n'ont pas d'antécédents familiaux ou personnels de néoplasie du côlon et du rectum.

Le but des tests de dépistage du cancer colorectal, comme le test immunochimique fécal (TIF) et la coloscopie, est de réduire la mortalité grâce à la détection et l'ablation rapides des polypes (précurseurs du cancer du côlon) et des cancers colorectaux peu avancés. La coloscopie est une modalité de dépistage sécuritaire, mais les risques augmentent avec l'âge et les comorbidités. Il faut tenir compte de l'espérance de vie, de la présence de symptômes, des antécédents personnels et familiaux, des épreuves diagnostiques antérieures et des préférences du patient pour juger du bien-fondé et du degré de risque des épreuves diagnostiques et de la coloscopie de suivi. Si le recours à la coloscopie est jugé non sécuritaire ou inapproprié, le TIF ne devrait pas s'y substituer pour améliorer le diagnostic sans recourir à la TDM.

6 La mastectomie contralatérale prophylactique (MCP) n'est pas recommandée chez les femmes atteintes d'un cancer du sein unilatéral à un stade peu avancé qui présentent un risque moyen.

On ne dispose pas de données probantes pour appuyer la MCP dans les cas de cancer du sein unilatéral chez des femmes exposées à un risque moyen. La MCP peut être associée à de la douleur chronique, à des résultats esthétiques médiocres et elle multiplie par deux le risque d'infection et de saignement postopératoires. Les options chirurgicales recommandées pour le traitement d'un cancer du sein unilatéral peu avancé chez les femmes exposées à un risque moyen sont entre autres, tumorectomie et stadification ganglionnaire ou mastectomie unilatérale et stadification ganglionnaire. La MCP est recommandée chez les femmes qui ont un cancer du sein unilatéral et des antécédents d'irradiation en mantelet ou une mutation du gène BRCA1 ou BRCA2. La MCP peut aussi être envisagée par le chirurgien au cas par cas, chez des femmes qui ont un cancer du sein unilatéral et une mutation affectant les gènes CHEK2/PTEN/TP53/PALB2/CDH1 et chez les femmes pour qui il pourrait être difficile d'obtenir la symétrie après une mastectomie unilatérale. Dans tous les cas, la justification, les risques et les avantages de la MCP doivent être expliqués aux patientes et soigneusement soupesés selon la situation particulière de chacune.

7 Une utilisation prolongée des analgésiques opioïdes n'est pas recommandée pour gérer la douleur après la période postopératoire immédiate ou d'autres épisodes de douleur aiguë.

L'utilisation des opioïdes pose des risques considérables pour la santé des patients, tels que : troubles liés à leur usage, surdose et effets indésirables (p. ex., atteinte psychomotrice). Les opioïdes peuvent être des analgésiques appropriés dans certains cas, mais leur utilisation prolongée, au-delà de la période postopératoire immédiate et pour les douleurs chroniques non cancéreuses, n'est pas recommandée. Les cliniciens et les patients devraient plutôt envisager des solutions de rechange, comme les analgésiques non opioïdes ou des modalités non pharmacologiques. Si le recours aux opioïdes s'impose pour le soulagement de la douleur, il faut prescrire la dose, la puissance et la posologie les plus faibles pour soulager efficacement l'épisode de douleur aiguë.

8 N'ouvrez pas systématiquement tous les articles du chariot de cas, sauf si l'intervention l'exige.

Le gaspillage dans les blocs opératoires représente environ 70 % de tous les déchets produits en hôpital. En n'ouvrant pas les articles du chariot de cas avant que l'intervention l'exige, on peut diminuer la quantité d'articles ouverts et inutilisés, ce qui réduit les déchets produits en contexte opératoire. On économise ainsi de l'énergie en évitant de recourir à des processus énergivores de stérilisation et d'élimination des déchets. En outre, cette réduction des déchets chirurgicaux atténue les émissions de polluants et de gaz à effet de serre engendrés par la mise au rebut et la stérilisation.

Comment la liste a été établie

Les chirurgiens généraux en exercice au Canada ont été invités à se joindre au groupe Choisir avec soin pour la chirurgie générale. Un examen de la liste de recommandations Choisir avec soin précédente a été effectué, ainsi que des lignes directrices de pratique clinique approuvées par le Comité de pratique clinique de l'Association canadienne des chirurgiens généraux (ACCG) et par l'American College of Surgeons (ACS). De nouveaux thèmes ont été dégagés à la suite de séances de discussion. Ces thèmes ont fait l'objet d'une revue de la documentation et ceux qui n'étaient pas appuyés par des données probantes ont été exclus. La technique du groupe nominal a servi à l'atteinte d'un consensus. Les sept principales recommandations ont été présentées et appuyées par l'ACCG. Elles seront soumises pour publication au Journal canadien de chirurgie pour distribution aux chirurgiens généraux du Canada.

Sources

- 1 Bradley M, Morgan J, Pentlow B et coll. The positive predictive value of diagnostic ultrasound for occult herniae. *Ann R Coll Surg Engl*. 2006; vol. 88, n°2 : p. 165-167. [PMID: 16551410](#).
Robinson A, Light D, Kasim A, Nice C. A systematic review and meta-analysis of the role of radiology in the diagnosis of occult inguinal hernia. *Surg Endosc*. 2013; vol. 27, n°1 : p. 11-18. [PMID: 22733195](#).
- 2 De Goede B, Wijsmuller AR, van Ramshorst GH, van Kempen BJ, Hop WCJ, Klitsie PJ, Scheltinga MR et coll. Watchful waiting versus surgery of mildly symptomatic or asymptomatic inguinal hernia in men aged 50 years and older: a randomized controlled trial. *Ann Surg*. 2018; vol. 267, n°1 : p. 42-49. [PMID: 28350567](#).
Fitzgibbons RJ, Jr, Giobbie-Hurder A, Gibbs JO, Dunlop DD, Reda DJ, McCarthy M, Jr et coll. Watchful waiting vs repair of inguinal hernia in minimally symptomatic men: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2006; vol. 295, n°3 : p. 285-292. [PMID: 16418463](#).
Herniasurge Working Group International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018, vol. 22, n°1 : p. 1-165. [PMID: 29330835](#).
- 3 Doria AS et coll. US or CT for diagnosis of appendicitis in children and adults? A meta-analysis. *Radiology*. Oct. 2006; vol. 241, n°1 : p. 83-94. [PMID: 16928974](#).
Khan U, Kitar M, Krichen I, Maazoun K, Ali Althobaiti R, Khalif M, Adwani M. To determine validity of ultrasound in predicting acute appendicitis among children keeping histopathology as gold standard. *Ann Med Surg*. 18 déc. 2018 vol. 38 : p. 22-27. [PMID: 30591836](#).
Krishnamoorthi R et coll. Effectiveness of a staged US and CT protocol for the diagnosis of pediatric appendicitis: Reducing radiation exposure in the age of ALARA. *Radiology*. Avril 2011; vol. 259, n°1 : p. 231-239. [PMID: 21324843](#).
Rosen MP et coll. ACR appropriateness criteria® right lower quadrant pain--suspected appendicitis. *J Am Coll Radiol*. Nov. 2011; vol. 8, n°11 : p. 749-755. [PMID: 22051456](#).
Saito JM et coll. Use and accuracy of diagnostic imaging by hospital type in pediatric appendicitis. *Pediatrics*. Janv. 2013; vol. 131, n°1 : p. e37-44. [PMID: 23266930](#).
Wan MJ et coll. Acute appendicitis in young children: Cost-effectiveness of US versus CT in diagnosis--a markov decision analytic model. *Radiology*. Févr. 2009, vol. 250, n°2 : p. 378-386. [PMID: 19098225](#).
- 4 Committee on Standards and Practice Parameters, Apfelbaum JL, Connis RT, Nickinovich DG; American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation, Pasternak LR, Arens JF, Caplan RA, Connis RT, Fleisher LA, Flowerdew R, Gold BS, Mayhew JF, Nickinovich DG, Rice LJ, Roizen MF, Twersky RS. Practice advisory for preanesthesia evaluation: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. *Anesthesiology*. Mars 2012; vol. 116, n°3 : p. 522-538. [PMID: 22273990](#).
Czoski-Murray C, Lloyd JM, McCabe C, Claxton K, Oluboyede Y, Roberts J, Nicholls JP, Rees A, Reilly CS, Young D, Fleming T. What is the value of routinely testing full blood count, electrolytes and urea, and pulmonary function test before elective surgery in patients with no apparent clinical indication and in subgroups of patients with common comorbidities: a systematic review of the clinical and cost-effective literature. *Int J Technol Assess Health*. 2012; vol. 16, n°50 : p. 1-159. [PMID: 23302507](#).
Kumar A, Srivastava U. Role of routine laboratory investigations in preoperative evaluation. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2011; vol. 27, n°2 : p. 174-179. [PMID: 21772675](#).
Merchant R, Chartrand D, Dain S, Dobson G, Kurrek MM, Lagace A et coll. Guidelines to the practice of anesthesia--revised edition 2015. *Can J Anesth*. 2015; vol. 62, n°1 : p. 54-67. [PMID: 25323121](#).
Soares Dde S, Brandao RR, Mourao MR, Azevedo VL, Figueiredo AV, Trindade ES. Relevance of routine testing in low risk patients undergoing minor and medium surgical procedures. *Rev Bras Anesthesiol*. 2013; vol. 63, n°2 : p. 197-201. [PMID: 23601261](#).
- 5 Brenner H, Stock C, Hoffmeister M. Effect of screening sigmoidoscopy and screening colonoscopy on colorectal cancer incidence and mortality: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and observational studies. *BMJ*. 2014; vol. 348 : p. g2467. [PMID: 24922745](#).
Lieberman DA et coll. Guidelines for colonoscopy surveillance after screening and polypectomy: A consensus update by the US multi-society task force on colorectal cancer. *Gastroenterology*. Sept. 2012; vol. 143, n°3 : p. 844-857. [PMID: 22763141](#).
Lin J, Piper M, Perdue L. [Screening for colorectal cancer: a systematic review for the US preventive services task force](#). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (É.-U.). [En ligne].
Qaseem A et coll. Screening for colorectal cancer: A guidance statement from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. Le 6 mars 2012; vol. 156, n°5 : p. 378-386. [PMID: 22393133](#).
U.S. Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med*. Le 4 nov. 2008; vol. 149, n°9 : p. 627-637. [PMID: 18838716](#).
- 6 Fayanju OM, Stoll, CR, Fowler S, Colditz GA, Margenthaler JA. Contralateral prophylactic mastectomy after unilateral breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg*. Déc. 2014; vol. 260, n°6 : p. 1000-1010. [PMID: 24950272](#).
Metcalfe K, Gershman S, Ghadirian P, Lynch HT, Snyder C, Tung N, Kim-Sing C, Eisen A, Foulkes WD, Rosen B, Sun P, Narod SA. Contralateral mastectomy and survival after breast cancer in carriers of BRCA1 and BRCA2 mutations: retrospective analysis. *BMJ*. 2014; vol. 348 : p. g226. [PMID: 24519767](#).
Wright, FC, Look Hong NJ, Quan ML, Beyfuss K, Temple S, Covelli A, Baxter N, Gagliardi AR. Indications for contralateral prophylactic mastectomy: a consensus statement using modified Delphi methodology. *Ann Surg*. Févr. 2018; vol. 267, n°2 : p. 271-279. [PMID: 28594745](#).

- 7 Centers for Disease Control and Prevention. [CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain](#). Le 31 août 2018. [En ligne].
Scully RE et coll. Defining Optimal Length of Opioid Pain Medication Prescription After Common Surgical Procedures. *JAMA Surg*. Le 1^{er} janv. 2018; vol. 153, n° 1 : p. 37-43. [PMID: 28973092](#).
Shah A et coll. Characteristics of Initial Prescription Episodes and Likelihood of Long-Term Opioid Use – United States, 2006-2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. Le 17 mars 2017; vol. 66, n° 10 : p. 265-269. [PMID: 28301454](#).
- 8 Kwakye G. [Green Surgical Practices for Health Care](#). *Arch Surg* [Internet]. 2011 Feb 1 [cited 2024 Mar 27];146(2):131.
Albert MG, Rothkopf DM. Operating room waste reduction in plastic and hand surgery. *Plast Surg (Oakv)*. 2015;23(4):235–8. [PMID: 26665137](#).
Zikhathile T, Atagana H, Bwapwa J, Sawtell D. [A Review of the Impact That Healthcare Risk Waste Treatment Technologies Have on the Environment](#). *IJERPH* [Internet]. 2022 Sep 22 [cited 2024 Mar 27];19(19):11967.
Harding C, Van Loon J, Moons I, De Win G, Du Bois E. [Design Opportunities to Reduce Waste in Operating Rooms](#). *Sustainability* [Internet]. 2021 Feb 18 [cited 2024 Mar 27];13(4):2207.

À propos de L'Association canadienne des chirurgiens généraux

L'Association canadienne des chirurgiens généraux (ACCG) est une fière partenaire de la campagne Choisir avec soin. Forte de ses 2 500 membres, l'ACCG est la voix de la spécialité de la chirurgie générale au Canada. L'ACCG soutient l'éducation de qualité, la recherche fondée sur des preuves et la promotion absolue de la chirurgie générale afin que ses membres puissent offrir les meilleurs soins chirurgicaux possible aux Canadiens.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

🌐 choisiravecsoin.org | ✉ info@choisiravecsoin.org | 🐦 [@choisiravecsoin](https://twitter.com/choisiravecsoin) | 📺 [/choisiravecsoin](https://www.facebook.com/choisiravecsoin)