

Douleur, opiacés, monitoring de la nociception

ID: 329

Impact des techniques chirurgicales et d'analgésie sur la morbi-mortalité après chirurgie oncologique colo-rectale : étude de cohorte (PROCOL)

C. Kuoch*(1), L.Bezu(1)

(1) Département d'anesthésie, de chirurgie et de radiologie interventionnelle, Institut Gustave Roussy, Villejuif, France

**Auteur présenté comme orateur*

Position du problème et objectif(s) de l'étude:

La chirurgie est le meilleur traitement des tumeurs solides. Mais, la douleur et l'inflammation chirurgicale inhibent la réponse immunitaire anti-tumorale et favorisent les cellules tumorales résiduelles. L'objectif principal était d'évaluer si l'exérèse de tumeur colo-rectale par voie mini-invasive, moins douloureuse, améliorerait la survie globale à 3 ans par rapport à la laparotomie et de déterminer secondairement si le contrôle de la douleur pouvait améliorer la mortalité et les récurrences.

Matériel et méthodes:

Etude monocentrique rétrospective observationnelle menée de juillet 2014 à décembre 2019. Les données manquantes ont été attribuées par imputation multiple et la distribution des données a été vérifiée par un test de normalité. Un score de propension a été appliqué avec les variables âge >70 ans, genre, IMC >25kg/m², ASA>3, et avec les variables ayant pu influencer le choix de la technique chirurgicale : chimiothérapie néoadjuvante, ACE préopératoire, stade TNM. Les données ont été comparées avec un test de Mann-Whitney U pour les variables quantitatives et un test de Chi-2 ou Fisher pour les variables qualitatives. Les analyses uni- et multivariées pour les variables « survie globale » et « récurrence » ont été réalisées par régression logistique avec un modèle de Cox pondéré. Les courbes Kaplan-Meier de survie ont été comparées avec un test de Log-Rank. (MR004, numéro IRB 2022-120)

Résultats & Discussion:

74 laparotomies versus 211 chirurgies mini-invasives (121 cœlioscopies conventionnelles et 90 robotiques) ont été incluses. Après appariement, 68 patients ont été conservés dans chaque groupe. Il n'y avait pas de différence significative pour la survie globale ou les récurrences entre les groupes. Le groupe coelioscopie avait une durée d'hospitalisation plus courte (8j [7-12,25] vs 12j [8,75-19], p<0,001) et moins de complications à 3 mois (8 patients (11,8%) vs 20 (29,4%), p=0,02). En analyse multivariée, les facteurs prédictifs de mortalité étaient : âge (HR 1,14 ; p<0,001) et la durée opératoire (HR 1,01 ; p<0,02). Les facteurs prédictifs de récurrence étaient : ACE >5µg/L à 3 ans (HR 7,57 ; p=0,002). Par contre, la péridurale (HR 0,13 ; p=0,04) et la lidocaïne intraveineuse (HR 0,18 ; p=0,04) amélioreraient la survie à 3 ans. La lidocaïne intraveineuse (HR 0,29 ; p=0,01) et la péridurale (HR 0,18 ; p=0,008) diminueraient aussi les récurrences.

Conclusion:

Etude monocentrique rétrospective de faible effectif mais investiguant pour la première fois l'impact oncologique des techniques chirurgicales et d'analgésie des cancers colo-rectaux opérés. Les chirurgies mini-invasives, moins douloureuses et moins inflammatoires, diminuent les complications post-opératoires et la durée de séjour sans améliorer le pronostic par rapport aux chirurgies par laparotomie. Mais, le contrôle de la douleur péri-opératoire par les anesthésiques locaux dont les effets anti-tumoraux immuns sur la croissance tumorale et les récurrences ont été avancés dans des modèles pré-cliniques murins, pourrait diminuer la mortalité et les récurrences à 3 ans. Ces effets anti-tumoraux chez l'homme restent modestes indépendamment, mais combinés au contrôle des autres facteurs immunosuppresseurs péri-opératoires pourraient s'avérer bénéfiques. Ces données préliminaires doivent

être confirmées dans des études prospectives randomisées.

Table 4. Analyse multivariée (modèle de Cox) pour la survie globale à 3 ans

Variable	Hazard Ratio	Intervalle de Confiance 95%	p-value
Age	1,14	[1,06-1,24]	<0,001
ASA>3	2,04	[0,48-8,72]	0,34
Coelioscopie (vs laparotomie)	0,26	[0,06-1,24]	0,09
Durée de chirurgie	1,01	[1,002-1,02]	0,02
Péridurale	0,13	[0,02-0,93]	0,04
Lidocaïne IVSE	0,18	[0,04-0,91]	0,04
Perte sanguine	0,99	[0,99-1]	0,08

Table 6. Analyse multivariée (modèle de Cox) pour la récurrence à 3 ans

Variable	Hazard Ratio	Intervalle de Confiance 95%	p-value
Coelioscopie (vs laparotomie)	0,72	[0,28-1,89]	0,51
pT3-T4 (vs pT1-T2)	1,50	[0,55-4,11]	0,43
pN+ (vs pN0)	1,54	[0,64-3,72]	0,34
ACE à 3 ans > 5µg/L	7,57	[2,16-26,5]	0,002
PCEA	0,18	[0,05-0,64]	0,008
Lidocaïne IVSE	0,29	[0,11-0,75]	0,01
Total morphine per et postopératoire>145mg EPO	1,24	[0,46-3,32]	0,67

Les auteurs déclarent ne pas avoir toute relation financière impliquant l'auteur ou ses proches (salaires, honoraires, soutien financier éducationnel) et susceptible d'affecter l'impartialité de la présentation.