

## Anesthésie loco-régionale

ID: 556

### Efficacité et tolérance de l'analgésie péridurale thoracique après chirurgie abdominale majeure : résultats d'une cohorte prospective unicentrique

G. Porta bonete\*(1), I.Miguères(1), C.Faure-samier(1), G.Faure(1), B.Cecile(1), P.Robert(1), L.Hoarau(1), S.Le marec(1), C.Bonnet(1), C.Polano(1), L.Cailleau(1), V.Gourdou(1)

(1) Anesthésie - Chirurgie digestive, CHU Toulouse Rangueil, Toulouse, France

*\*Auteur présenté comme orateur*

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

L'analgésie péridurale thoracique (APT) représente actuellement la stratégie analgésique de référence après chirurgie abdominale majeure (CAM) par laparotomie. L'APT ne semble cependant pas garantir un contrôle total de la douleur aiguë postopératoire, en particulier à l'effort, et expose à des effets adverses notamment hémodynamiques. Notre objectif était donc d'évaluer la performance de l'APT après CAM, en termes d'efficacité au repos et à l'effort, ainsi que de tolérance.

#### Matériel et méthodes:

Cette étude observationnelle prospective monocentrique a été approuvée par le CPP Nord-Ouest 2 le 27/05/2021. L'absence de non-opposition était consignée dans le dossier médical. Les patients éligibles devaient avoir bénéficié d'une CAM par laparotomie avec APT. Un examen était réalisé chaque jour jusqu'au retrait du cathéter péridural ou 5ème jour postopératoire avec recueil des intensités douloureuses au repos, à la toux et à la mobilisation, des niveaux d'insensibilité au froid, de la consommation d'antalgiques associés et des effets adverses rattachables à l'APT. Les analyses statistiques ont été réalisées par des tests de Kruskal-Wallis, complétés en cas de significativité par des comparaisons par paires de Dunn avec ajustement des p-valeurs selon méthode de Bonferroni. Une p-valeur < 0,05 étaient considérée comme statistiquement significative.

#### Résultats & Discussion:

67 patients ont été inclus du 14/06/2021 au 14/12/2021. Les CAM réalisées comprenaient 12 chirurgies intestinales hautes, 18 chirurgies bilio-pancréatiques, 29 chirurgies intestinales basses et 8 chirurgies pariétales. Une analgésie insuffisante définie par EN > 3 a été observée au repos dans 16,5 % des cas, à la toux dans 42,4 % des cas, et à l'effort dans 38,4 % des cas. Il n'y avait pas de différence significative en fonction des jours postopératoires ni en fonction des chirurgies hormis pour chirurgie pariétale concernant la douleur à la toux (p=0,01). Le nombre de métamères couverts par l'APT a été significativement plus faible au fil des jours postopératoires (p=0,007), avec une perte de 1 métamère par jour approximativement, aux dépens du niveau métamérique supérieur (p=0,003). Le recours aux opioïdes a été de l'ordre de 10 % sur la période étudiée. L'instabilité hémodynamique nécessitant remplissage vasculaire et/ou noradrénaline est survenue dans plus un tiers des cas (n=26).

#### Conclusion:

Cette étude a permis de montrer un contrôle correct de la douleur postopératoire au repos mais médiocre à l'effort après CAM avec APT. Les effets adverses hémodynamiques associés imposent son utilisation dans un environnement adéquat et sous surveillance médicale rapprochée. Dans cette indication, l'APT reste un élément déterminant dans l'arsenal thérapeutique de l'anesthésiste-réanimateur, pour une approche globale d'épargne morphinique et de réhabilitation accélérée après chirurgie. De nouvelles études seront nécessaires dans la perspective d'améliorer la qualité de l'APT ou de mieux appréhender sa tolérance hémodynamique.

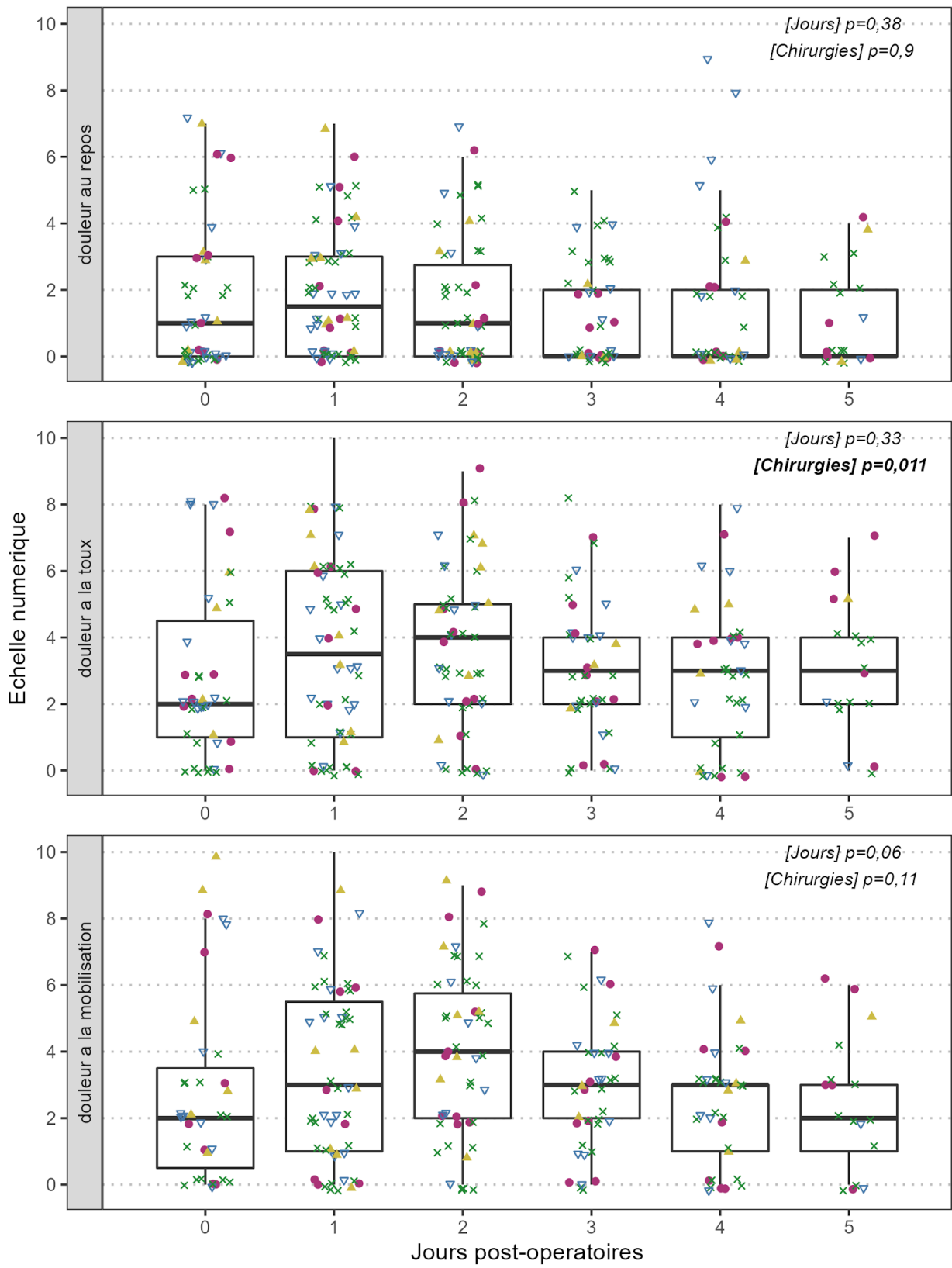
**Références bibliographiques:**

Curr Opin Anaesthesiol. 2018 Oct;31(5):622-629. Acta Anaesthesiol Scand. 2003 Apr;47(4):457-65.

*Tableau 1 : Caractéristiques générales*

<b>Caractéristiques</b>	<b>N = 67</b>
Sexe	
Homme	40 (59,7%)
Femme	27 (40,3%)
Age	65 [57 - 71]
IMC	24,2 [21,3 - 27,9]
ASA	
1	1 (1,5%)
2	48 (71,6%)
3	18 (26,9%)
Hypertension artérielle	23 (34,3%)
Diabète	12 (17,9%)
Maladie cardiovasculaire	19 (28,4%)
Douleur chronique	5 (7,5%)
Chirurgie	
Oeso-gastrique	12 (17,9%)
Bilio-pancréatique	18 (26,9%)
Intestinale	29 (43,3%)
Pariétale	8 (11,9%)

Données exprimées en N (%) ou médiane [EI]



**Chirurgie**   ● Oeso-gastrique   ▽ Bilio-pancreatique   × Intestinale   ▲ Parietale

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.