

CO-145

Impact de l'opioïd free anesthesia (OFA) sur la période postopératoire après néphrectomie partielle robot-assistée



A. Gasmi^{1,*}, Z. Khene¹, B. Peyronnet¹, B. Pradere², L. Fretton¹, V. Grafeille¹, G. Verhoest¹, N. Rioux-Leclerc¹, R. Mathieu¹, K. Bensalah¹

¹ CHU, Rennes, France

² CHRU de Tours, Tours, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : gasmanis16@gmail.com (A. Gasmi)

Objectifs La réhabilitation précoce consiste à proposer aux patients tous les moyens qui permettent de limiter les effets indésirables d'une procédure chirurgicale. L'opioïd free anesthesia (OFA) est une nouvelle approche anesthésique qui consiste à ne pas utiliser en périopératoire de dérivés morphiniques. L'objectif de notre travail était d'évaluer l'impact d'une OFA sur le devenir postopératoire des patients après une néphrectomie partielle robotisée.

Méthodes Les patients opérés pour une tumeur rénale par NPRA dans un centre universitaire référent entre janvier 2016 et novembre 2017 ont été inclus dans cette étude. Les patients ont été divisés en deux groupes selon le type d'anesthésie : anesthésie générale classique (AGC) et une anesthésie sans morphinique (OFA). Nous avons recueilli les scores de douleurs à j1 et j2, la consommation morphinique postopératoire, la durée de séjour ainsi que l'incidence postopératoire de nausées et de vomissements. Les résultats sont exprimés en moyenne \pm écart-type. Les données ont été comparées en utilisant le *t* test de Student et du Chi². Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme significative.

Résultats Quatre-vingt-treize patients ont été inclus. Vingt-six procédures ont été réalisées sous OFA (dexmedetomidine, lidocaïne, kétamine et dexaméthasone) et 67 procédures sous AGC (sufentanil ou remifentanil, dexaméthasone, kétamine et lidocaïne). L'incidence des nausées et vomissements était statistiquement moins fréquente dans le groupe OFA (12 % vs 37 %, $p = 0,02$). La consommation morphinique postopératoire était moins élevée dans le groupe OFA : $1,5 \pm 2,7$ mg vs $4,5 \pm 7,7$ mg à j-1 et $0,4 \pm 1,1$ mg vs $1,5 \pm 3,2$ mg à j-2, cependant ce résultat n'était pas statistiquement significatif ($p = 0,09$ et $p = 0,11$; respectivement). La douleur postopératoire était moins intense dans le groupe OFA : $4,3 \pm 2$ mm vs $4,5 \pm 2,2$ mm ($p = 0,69$) à j-1 et de $2,4 \pm 2,2$ mm vs $3,3 \pm 2,2$ mm à j-2 ($p = 0,05$). La durée de séjour était plus courte dans le groupe OFA ($2,1 \pm 2,6$ jours vs $3,4 \pm 2,6$ jours, $p < 0,0001$).

Conclusion Par rapport à une technique d'anesthésie conventionnelle, l'OFA offre une morbidité postopératoire moindre et peut permettre une récupération plus précoce après NPRA.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.192>

Transplantation – 2^e partie

CO-146

Prélèvement robot assisté du rein de donneur vivant : expérience monocentrique



K. Kaulanjan^{1,*}, S. Drouin², C. Vaessen³, J. Parra⁴, N. Arzouk⁵, J. Tourret⁶, S. Ourahma⁵, M. Cazenave⁵, B. Barrou²

¹ Hôpital Foch, Suresnes, France

² Hôpital de La Pitié, université Pierre-et-Marie-Curie, Paris, France

³ Hôpital universitaire Pitié-Salpêtrière, Paris, France

⁴ Hôpitaux universitaires Pitié-Salpêtrière-Charles-Foix, Paris, France

⁵ Hôpitaux universitaires Pitié-Salpêtrière, Paris, France

⁶ Institut Paoli-Calmettes, département d'anesthésie, Marseille, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : kevin.kaulanjan@gmail.com (K. Kaulanjan)

Objectifs La voie coelioscopique robot-assistée est aujourd'hui une technique de choix pour de nombreuses interventions en urologie. Elle a démontré sa faisabilité et sa sécurité dans la néphrectomie mais est encore minoritairement utilisée pour le prélèvement chez le donneur vivant. Nous présentons les résultats de la néphrectomie robot-assistée dans notre série monocentrique après 8 ans d'expérience.

Méthodes Nous avons inclus les 79 donneurs ayant eu une néphrectomie robot-assistée entre 2011 et 2019. Toutes les interventions ont été réalisées avec un robot da Vinci Si, par 2 opérateurs, en utilisant un gelpport avec incision d'environ 6 cm afin d'extraire le rein. La ligature artérielle comprenait un nœud de vicryl 0, la mise en place d'un hémolock et un surjet de pro-lène 5/0. Les caractéristiques préopératoires des patients étaient relevées. Les complications postopératoires étaient recensées et classées selon la classification de Clavien.

Résultats L'âge moyen des donneurs était de 46 ans (27–67) et l'IMC moyen de 25,6 (18–34,5). Il s'agissait de reins gauches dans 96 % des cas avec 1 seule artère dans 78 % cas. La durée moyenne opératoire a été de 124 min (95–210) et les pertes sanguines moyennes de 55 mL (0–280). Aucune transfusion ni conversion chirurgicale n'ont été nécessaires. Les durées d'ischémie chaude et froide étaient respectivement de 4,2 min (2–10) et de 202 min (52–360). La durée d'hospitalisation moyenne était de 4,6 jours (3–8). On relève 17 % de complications de score Clavien 1 et 3 % de score de Clavien 2. La créatininémie préopératoire moyenne était de 71 μ mol/L (40–109) et postopératoire de 109 (68–171). On note 2 cas de reprises retardées de fonction chez le receveur sans dysfonction primaire.

Conclusion La néphrectomie robot-assistée de rein de donneur vivant semble selon notre expérience être une technique fiable avec une durée opératoire et une ischémie chaude courtes et un saignement négligeable. La petite taille de l'incision cutanée ainsi que le degré de sécurité de la ligature artérielle présentent de réels bénéfices pour le donneur et le chirurgien.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.193>