

BLOC PECTORAL ÉCHOGUIDÉ ET DOULEUR CHRONIQUE POST-CHIRURGICALE APRÈS CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE DU SEIN : ANALYSE AJUSTÉE SUR UN SCORE DE PROPENSION D'UNE COHORTE OBSERVATIONNELLE.

Caroline Lagrave¹, Claudia Lejuste², Valentine De Larminat², Pierre-Antoine Doutré², Catherine Gay³, Guillaume Besch¹, Emmanuel Samain¹, Sébastien Pili-Floury¹

¹ Anesthésie Réanimation Chirurgicale, CHU JEAN MINJOZ BESANÇON, France

² Anesthésie, HOPITAL NORD FRANCHE-COMTE, France

³ Institut du sein, HOPITAL NORD FRANCHE-COMTE, France



Introduction :

La chirurgie carcinologique du sein est à risque de douleur chronique post-chirurgicale (DCPC) (1). L'effet bénéfique du recours à l'anesthésie locorégionale reste débattu (2). Le bloc pectoral PECSII (3) améliore la qualité de l'analgésie et réduit la consommation de morphine après mastectomie radicale (4). L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact du PECSII sur l'incidence de la DCPC après chirurgie carcinologique du sein.

Matériel et méthodes :

Etude de **cohorte observationnelle prospective sur une base de données** au sein de l'Hôpital Nord Franche Comté.

Evaluation des pratiques professionnelles.

Critères d'inclusion: patientes majeures, mastectomie totale, mastectomie partielle associée à une technique du ganglion sentinelle ou à un curage ganglionnaire.

Critères d'exclusion: mastectomie partielle sans geste ganglionnaire associé, chirurgie du sein prophylactique, tutelle ou curatelle, refus de consentement, décès ou perdues de vue ou patientes en soins palliatifs à 6 mois.

Patientes réparties en 2 groupes:

Groupe P: groupe bloc pectoral, patientes ayant bénéficié d'un PECS2 à la ropivacaïne 0.5% en association à l'anesthésie générale.

Groupe C: groupe contrôle, patientes ayant bénéficié d'une anesthésie générale uniquement.

Critère de jugement principal :

Incidence de la DCPC à 6 mois, évaluée par le Questionnaire Douleur Saint-Antoine lors d'un entretien téléphonique.

Critères de jugement secondaires:

Consommation de morphiniques per et post-opératoires; incidence des nausées-vomissements post-opératoires (NVPO); durée d'hospitalisation; incidence des complications post-opératoires.

Analyse multivariée par régression logistique ajustée sur un score de propension pour identifier les facteurs associés à la DCPC.

Résultats :

Les données de 81 patientes dans le groupe P et de 110 patientes dans le groupe C ont été analysées (âge : 61+/-14 vs 65+/-13 ans, p=0,052; score ASA>2 : 12 (15) vs 12 (11), p=0,83 ; obésité : 28 (28) vs 21 (19), p=0,13 ; douleur préopératoire : 2 (3) vs 3 (3), p=0,34 ; récurrence tumorale : 10 (12) vs 5 (5), p=0,06; mastectomie totale : 36 (44) vs 38 (35), p=0,17 respectivement dans les groupes P vs C).

33 (41) patientes dans le groupe P et 47 (43) patientes dans le groupe C présentaient une DCPC à 6 mois (p=0,78).

En analyse multivariée ajustée sur un score de propension, la réalisation du PECSII n'était pas associée à une réduction de l'incidence de la DCPC.

Les critères de jugement secondaires figurent dans la Table 1.

Table 1 Critères secondaires de jugement

	P (N=81)	C (N=110)	p
Morphiniques			
Rémifentanyl	61 (75 %)	1 (1 %)	<0,0001
Sufentanyl	20 (25 %)	109 (99 %)	<0,0001
Sufentanyl (µg/kg)	0,4 ± 0,1	0,6 ± 0,2	0,0002
Morphine SSPI	2 (2 %)	14 (13 %)	0,02
Morphine (mg/kg)	0,5 ± 0,4	0,7 ± 0,4	0,46
NVPO			
Prévention des NVPO	12 (15 %)	7 (6 %)	0,054
	14 (17 %)	82 (74 %)	<0,0001
Durée d'hospitalisation (jours)	4 ± 2	4 ± 2	1,00
Complications			
Hématome	5 (6 %)	8 (7 %)	1,00
Repris au bloc	0	1	1,00
Infection du site opératoire	2 (2 %)	0 (0 %)	0,18
Trouble neurologique	4 (5 %)	1 (1 %)	0,16

Discussion :

Dans une cohorte monocentrique incluant 191 patientes, la réalisation d'un bloc pectoral PECSII échoguidé ne permettait pas de réduire l'incidence de la DCPC à 6 mois d'une chirurgie carcinologique du sein mais permettait un recours moindre aux morphiniques. Une étude prospective randomisée contrôlée multicentrique mérite d'être menée dans le futur afin de confirmer les conclusions de cette étude.

Références :

(1) Gärtner R, JAMA. 11 nov 2009;302(18):1985-92. (2) Andrae MH Br J Anaesth. nov 2013;111(5):711-20.

(3) Blanco R, Rev Esp Anestesiol Reanim. nov 2012;59(9):470-5. (4) Bashandy Reg Anesth Pain Med. 2015 Jan;40(1):68-74