

Tableau 1

Délais calculés après l'injection de CP en minutes (moyenne ± SD) (n = nb de patients)	
> Apparition du bloc moteur maximum (n = 578)	8,8 ± 4,8
> Apparition du bloc sensitif maximum (n = 545)	10,1 ± 6,3
> Disparition du bloc sensitif (n = 578)	104,7 ± 38,6
> Délai avant reprise de la marche (n = 575)	181,9 ± 77,5
> Délai avant miction spontanée (sortie sans miction pour 82 patients) (n = 493)	195,5 ± 67,0
> Délai de sortie effective (n = 571)	313,8 ± 109,9

Déclaration d'intérêts C. Aveline, L. Delaunay, H. Bouaziz, P. Zetlaoui, L. Jouffroy, E. Leutenegger, F. Bonnet, liens d'intérêts avec Nordix Pharma France, H. Herman-Demars, employé de : Nordix Pharma France.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anrea.2015.07.222>

R220

Comparaison de la marcaïne et de la chloroprocaine en intrathécal au niveau de l'analgésie aiguë et de la survenue de douleurs chroniques en chirurgie d'hernie inguinale

Benjamin Javillier^{1,*}, Vincent Bonhomme¹, Stéphanie Degey², Anne-Françoise Donneau¹, Georges Pichon³, Jean-François Brichant¹, Eric Deflandre⁴

¹ ULg, Liège

² Cabinet ASTES, Jambes

³ Clinique Saint-Luc Bouge

⁴ Cabinet ASTES, ULg et Clinique Saint-Luc Bouge, Namur, Belgique

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : eric.deflandre@gmail.com (B. Javillier)

Introduction La marcaïne est l'anesthésique local le plus fréquemment utilisé lors des interventions d'hernies inguinales. La chloroprocaine a été récemment réintroduite dans notre pharmacopée. Cette étude compare l'efficacité analgésique à court et à long terme de la marcaïne et de la chloroprocaine dans cette indication.

Patients et méthodes Après accord du CPP local et obtention du consentement oral des patients (ClinicalTrials.gov : NCT02049255), nous avons inclus 35 patients adultes (ASA 1–2). Les patients ont été randomisés (en double insu) en 2 groupes : le groupe M recevant 12,5 mg de marcaïne (n = 18) et le groupe C recevant 50 mg de chloroprocaine (n = 17) en intrathécal. Nous avons recueilli les scores de douleurs au repos et à la toux à la sortie de la salle de réveil (SDR), le soir du j0, le matin du j1 et au 6^e mois. Nous avons également recueilli le besoin de sédation peropératoire complémentaire, la durée du bloc moteur, l'incidence de nausées et de vomissements, ainsi que la satisfaction des patients. Les résultats sont exprimés en moyenne ± écart-type. Les données ont été comparées en utilisant le t-test de Student et la méthode du Chi². Une valeur de p < 0,05 a été considérée comme significative.

Résultats Les 2 groupes étaient comparables au niveau démographique. Un patient dans chaque groupe n'était pas interrogé au 6^e mois. La douleur au repos et la douleur à la toux étaient inférieures dans le groupe M par rapport au groupe C et ceci à la sortie de la SDR (0,67 ± 0,97 vs 3,35 ± 1,87 ; p < 0,0001 et 1,83 ± 1,79 vs

4,94 ± 2,41 ; p < 0,0001) ainsi qu'au j1 (0,83 ± 1,38 vs 2,38 ± 2,19 ; p < 0,017 et 3,56 ± 1,95 vs 5,76 ± 2,33 ; p < 0,004). Au j0 et après 6 mois aucune différence significative n'était retrouvée au niveau algique (Fig. 1). Aucun patient n'a rapporté de prise d'antalgique au sixième mois. La durée du bloc moteur était plus grande dans le groupe M que dans le groupe C (113 ± 25 vs 73 ± 15 min ; p < 0,0001). Il n'y avait pas de différence entre les groupes au niveau du besoin de sédation peropératoire complémentaire. Un patient de chaque groupe avait rapporté des nausées sans vomissement. À la sortie de la SDR, les patients du groupe M étaient plus satisfaits que ceux du groupe C (3 ± 0 vs 2,59 ± 0,62 ; p < 0,008). Il n'y avait par contre pas de différence dans la satisfaction des patients le soir du j0 et au j1 (p = 0,51 et 0,35).

Discussion Dans les opérations d'hernies inguinales, l'analgésie immédiate était meilleure avec la marcaïne qu'avec la chloroprocaine. Il n'y avait pas de différence dans la survenue de douleurs chroniques ou d'effets secondaires. La satisfaction en SDR était supérieure avec la marcaïne. Une étude à plus grande ampleur est nécessaire pour corroborer ces résultats préliminaires. La marcaïne reste donc choix intéressant pour ces interventions.

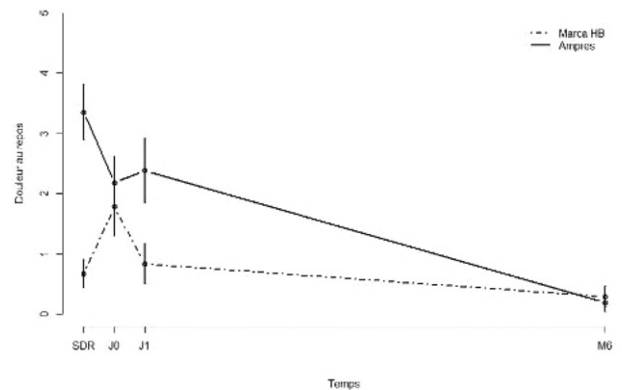


Fig. 1

Déclaration d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anrea.2015.07.223>

R221

Échec de l'Epidrum™ dans le repérage de l'espace péri-dural thoracique : étude randomisée multicentrique

Morgan Le Guen^{1,*}, Aude Charvet², Morgana jeantieu², Bertrand Rives¹, Marc Leone², Marc Fischler²

¹ Anesthésie, hôpital Foch, Suresnes

² Anesthésie, hôpital Nord, AP-HM, Marseille, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : m.leguen@hopital-foch.org (M. Le Guen)

Introduction Classiquement, l'espace péri-dural est repéré par un changement dans la résistance des tissus à la progression d'une aiguille montée sur une seringue alors que l'on applique une pression continue sur le piston de la seringue remplie d'air (technique du mandrin gazeux) ou de sérum physiologique (technique du mandrin liquide). Ces techniques sont dites aveugle et les recommandations suggèrent principalement le mandrin liquide (SFAR 2006). Des études récentes en obstétrique montre l'intérêt d'un nouveau dispositif (Epidrum™) pour