

A (HA) par rapport au groupe B (cirrhose) : 83,2 (A) contre 70% (B). HR = 0,34, IC95% : 0,11-1,02, p=0,06). Les taux de rejet après transplantation n'étaient pas différents entre les deux groupes (2,9 contre 3,2%, p=0,9) alors qu'une tendance à la survenue plus fréquente de cancers était observée chez les patients transplantés pour cirrhose (20 contre 7 cancers, p=0,06). Sept patients transplantés pour HA ont présenté une récurrence cirrhotique liée à l'alcool sur le greffon contre 3 dans le groupe cirrhose (p=0,14). Parmi tous les patients avec HA, transplantés ou non, les patients sélectionnés pour la transplantation (groupe A) avaient une meilleure survie à 84 mois que les patients non sélectionnés (groupe C) : 64 contre 13% ; HR=4, 2,5-6,67, p<0,001).

Conclusion : Les taux de reprise d'alcool entre 2 et 7 ans après transplantation sont similaires entre les patients transplantés pour hépatite alcoolique et ceux transplantés pour cirrhose avec 6 mois d'abstinence. La reprise de forte consommation d'alcool survient principalement au cours des 2 ans qui suivent la transplantation, sans différence significative entre les deux groupes après 2 ans. Une prise en charge addictologique précoce doit être proposée après transplantation en procédure accélérée pour hépatite alcoolique. Les patients transplantés pour cirrhose liée à l'alcool ont tendance à avoir une moins bonne survie à long terme.

C.154

Casque de réalité virtuelle comme modalité anesthésique lors de lithotrities extra-corporelles pour calculs pancréatiques

A. Galland ⁽¹⁾, S. Tomaz ⁽¹⁾, A. Meyer ⁽¹⁾, C. Bernard ⁽¹⁾, F. Carbonnel ⁽¹⁾, I. Boytchev ⁽¹⁾, A. Martin ⁽¹⁾

(1) Le Kremlin-Bicêtre.

Introduction : La lithotritie extracorporelle (LEC) est une procédure de fragmentation des calculs pancréatiques utilisée dans le traitement de la pancréatite chronique calcifiante (PCC), souvent associée à une douleur importante nécessitant une prise en charge anesthésique adaptée. Cette étude vise à évaluer l'efficacité d'un casque de réalité virtuelle (CRV) utilisant des scénarios relaxants comme modalité anesthésique complémentaire.

Patients et Méthodes : Tous les patients consécutifs ayant eu une LEC entre 2019 et 2023 dans notre centre ont été inclus. Le CRV a été introduit en novembre 2020, séparant la population en deux groupes. L'analgésie reposait sur le remifentanyl. Le critère de jugement principal était la dose totale de remifentanyl reçue en cours de séance. Les critères secondaires étaient : le temps passé en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI), le score de Ramsay au réveil, le recueil des effets indésirables et de la dose maximale délivrée par le lithotriteur en kilowatt. Un score de satisfaction (de 1 à 6) a été recueilli de manière prospective chez les patients avec CRV. Les patients migraineux ou épileptiques ont été exclus. Les variables qualitatives sont exprimées en effectif et en pourcentage. Les variables quantitatives normales sont exprimées en moyennes et écart-type ; les variables quantitatives non normales sont exprimées en médiane, associée aux quartiles inférieurs [Q1] et supérieurs [Q3]. Les 2 groupes sont comparés par tests de chi2 ou Fischer pour les variables qualitatives, test de Student pour les variables quantitatives normales et test de Wilcoxon pour les variables quantitatives non normales.

Résultats : Nous avons inclus 139 séances de LEC, dont 90 avec CRV et 49 sans CRV (groupe contrôle), pour 103 patients (68 avec CRV et 35 sans CRV), dont 31 femmes (30%). L'âge moyen lors des séances était de 55 ans (+/- 13). L'étiologie de la PCC était alcoolique pour 38 patients (60%), idiopathie pour 19 patients (30%), génétique pour 5 patients (8%), auto-immune pour 1 patient (2%). L'utilisation du CRV est en faveur d'une réduction significative de la consommation de remifentanyl dans le groupe CRV, avec une médiane de 137 (Q1-Q3 96-182) µg contre 166 (Q1-Q3 144-221) µg dans le groupe sans CRV (p = 0,004). Le temps passé en SSPI était significativement plus court dans le groupe CRV avec une médiane de 21 (Q1-Q3 15-30) minutes contre 40 minutes (Q1-Q3 32-57) dans le groupe sans CRV (p < 0,001). La sédation était moins profonde dans le groupe CRV, avec 96 % des patients ayant un score Ramsay de 2 à l'arrivée en SSPI (correspondant à un patient coopérant, orienté et calme), contre 79 % dans le groupe sans CRV (p < 0,001). Aucune complication due au casque de réalité virtuelle n'a été rapportée. La pleine puissance de la LEC a été atteinte dans les deux groupes. Le score de satisfaction était ≥ 5 pour 90 séances (94%). En analyse univariée, la différence moyenne de consommation de remifentanyl était de 40 µg en faveur du groupe sans CRV (IC95% 0-71) p=0,01. La taille du calcul et sa localisation, le sexe, l'origine alcoolique de la PCC n'avaient pas d'effet statistiquement significatif sur la consommation de remifentanyl. En analyse multivariée, la différence moyenne de consommation de remifentanyl était de 43 µg en faveur du groupe sans CRV (IC95% 0-87) p=0,05.

Conclusion : Conclusion L'utilisation du CRV lors des séances de LEC pour calcul du pancréas permettait dans notre étude une diminution de la consommation de remifentanyl, et un réveil plus rapide pour une efficacité et une sécurité équivalentes aux procédures sans CRV. Une étude multicentrique serait utile pour comparer les protocoles et envisager une modalité antalgique optimale pour cette intervention.