



OFA POUR CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE DU FOIE

S. BENSIFIR, A. BOUCHERIT, S. DRIDI, F.N. KERBADOU (EHU ORAN)

Pourquoi utilise-t-on des opiacés en peropératoire ?

- Réduction des agents hypnotiques
- Inhibition du système sympathique sans collapsus cardiovasculaire
- Limitation des réponses cardiovasculaires à un stimulus douloureux
- Stabilité hémodynamique, Gold standard de l'AG
- Inhibition de la respiration spontanée



Opiacés en périopératoire

Efficaces mais...

- Efficacité moindre sur la douleur au mouvement
- Echec de titration
- Hyperalgésie et chronicisation de la douleur postopératoire
- NVPO, iléus, hypoxémie et dépression respiratoire
- Risque addictifs, immunosuppression

Comment éviter les opiacés en peropératoire ?

ANESTHESIE MULTIMODALE

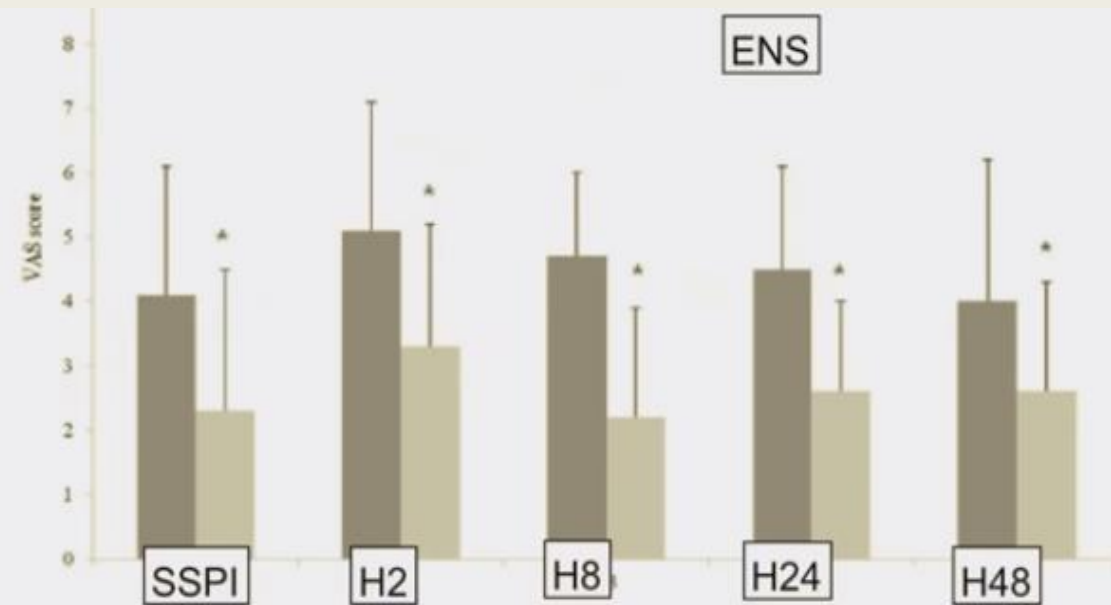
- ALR et ALs
- Antagonistes NMDA : Kétamine
- Anti-inflammatoires : dexaméthasone
- Inhibiteurs du système sympathique : alpha 2 agonistes – Clonidine, Déxmédétomidine

Solutions apportées par l'OFA

- Réduction (douleur postopératoire, NVPO, inconfort postopératoire)
- Eviter l'hyperalgésie et la tolérance aiguë induite par les opiacés
- Eviter la suspension des programmes opératoires dans les périodes de rupture de morphiniques
- Option pour diminuer le coût des soins postopératoires

Table 2 Measurements made at the end of surgery in the PACU

	Fentanyl	Dexmedetomidine
Duration of surgery (min)	229 ± 30	234 ± 28
End of surgery to extubation (min)	14.2 ± 6.6	9.4 ± 2.7*
PACU pain score (0-10, 1 h)	7 (5.25-8.75)	3.5 (0-5.0)*
PACU pain score (0-10, 2 h)	6.0 (5.0-7.0)	2.0 (2.0-3.5)*
PACU morphine (mg, 2 h)	14.6 ± 5.9	6.1 ± 3.5*
PACU mean blood pressure (mm Hg, 1 h)	89 ± 12	77 ± 9*
PACU heart rate (min ⁻¹ , 1 h)	94 ± 13	75 ± 5*



Clonidine vs remifentanyl in postop pain control after spinal surgery(RCS)

Hwang et al ,BMC Anesth2017

Fentanyl or Clonidine + Desflurane for bariatric surgery
Feld et al, J clin Anesth2006

Opioid-free total intravenous anaesthesia reduces postoperative nausea and vomiting in bariatric surgery beyond triple prophylaxis

P. Ziemann-Gimmel*, A. A. Goldfarb, J. Koppman and R. T. Morena

AG (Halogénés + opiacés)

37 %

TIVA (propofol + ketamine +Clnd)

20 %

- Apfel score identique dans les 2 groupes
- Réduction NVPO : 17,3 %
- Réduction de la sévérité des NVPO

A Randomized Controlled, Double-Blind Trial Evaluating the Effect of Opioid-Free Versus Opioid General Anaesthesia on Postoperative Pain and Discomfort Measured by the QoR-40

Mulier et al, J Clin Anesth Pain Med 2018

N= 50, étude randomisée, chirurgie bariatrique

OA (propofol, rocuronium, sufentanil) vs OFA (propofol, rocuronium, dex, lido, keta)

	OA (22)	OFA (23)
SpO2 < 94 % avec oxygène	11/11	2/21 *
NVPO	14/7	3/20*
ENS	4,9 (0,8)	1,7 (0,9) *
Morphine (mg) en SSPI	15,3 (7,1)	4,9(2,1)*
Morphine (mg) J1	18,2 (5,6)	14,7(4,7)
Qo40 score %	74(6)	89(3)*

Protocole OFA pour chirurgie hépatique

Pré-op :

- Pas de prémédication anxiolytique.
- Jeun limité (solides, liquides autorisés 6h-2h avant intervention).

Arrivée en salle d'opération :

- Bolus de clonidine 1ug/kg pd IVL.
- Puis 1ug/kg/h poursuivi jusqu'au début de la fermeture (4amp de 150ug/1ml dans 16ml de Nacl 0,9%).
- Bolus lidocaïne 1% 2mg/kg pd idéal ivl puis 1,5mg/kg/h poursuivie jusqu'au début de la fermeture.

Protocole OFA pour chirurgie hépatique

Induction anesthésique :

- Bolus de Kétamine 0,2-0,5mg/kg puis 0,15mg/kg toutes les h,
- Induction propofol 2mg/kg puis titration si nécessaire.
- Curarisation.
- Bolus dexaméthasone 8mg.
- Bolus Profenid 1mg/kg à l'induction.
- Entretien de l'anesthésie par sévoflurane pour BIS 40-60 ou propofol selon score d'Apfel.

Protocole OFA pour chirurgie hépatique

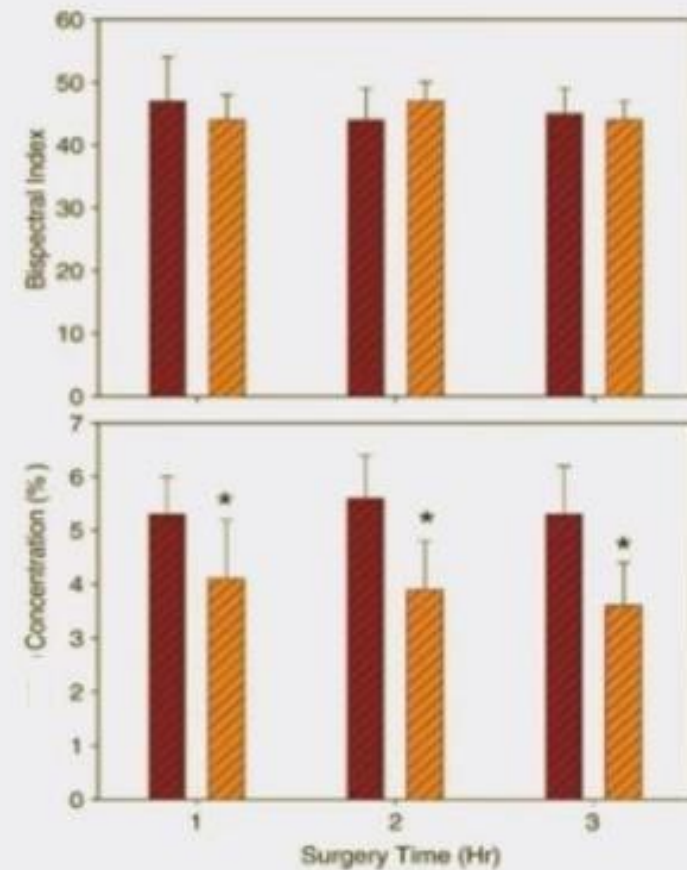
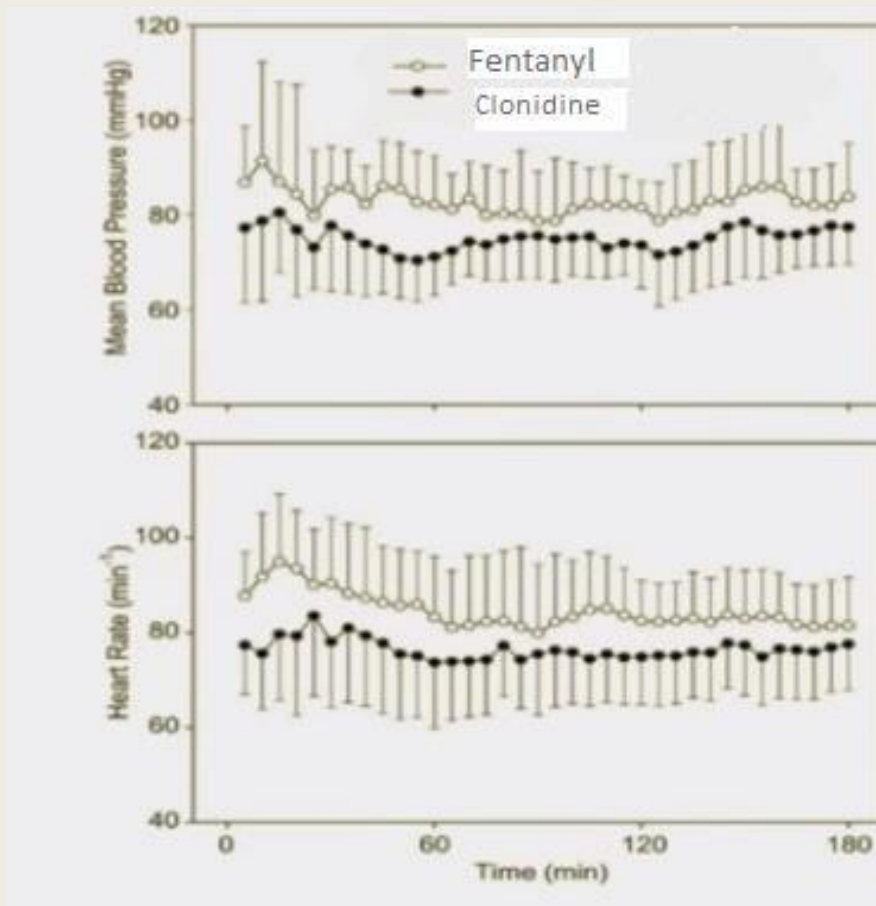
Fin de chirurgie et antalgie post op :

- Paracétamol 15mg/kg, Acupan 20mg.
- NVPO prévention primaire si facteurs de risque dropéridol.
- Extubation en salle.
- Surveillance des constantes, EVA et score de somnolence en SSPI.
- Paracétamol tramadol au service en per os.
- Alimentation et lever précoce.

Clonidine

- Agoniste sélectif des récepteurs alpha2-adrénergiques : bloc sympathique direct
- Pharmacocinétique : distribution ($T_{1/2a} = 20\text{mn}$), demi-vie d'élimination (12-16h), fortement lié aux protéines plasmatiques, métabolisé par le foie en un composé inactif.
- Pharmacodynamie : pas d'affinité forte pour aucun autre type de récepteur
- SNC : hypnose, sédation, anxiolyse et analgésie.
- Cardiovasculaire : élévation initiale transitoire de la PA (stimulation de récepteurs alpha2musculaires) puis baisse modérée de la PA et de la FC (propriétés sympatholytique)
- Efficacité analgésique

Fentanyl vs Clonidine + sevoflurane pour hépatectomie



OFA = anesthésie 3.0 ?

Sécurité ?

- Effets hémodynamiques de la clonidine.

Comment ?

- Monitoring de la profondeur de l'anesthésie, de l'analgésie.

Preuves ?

- Réduction des consommations de morphine et des effets secondaires.
- Réhabilitation améliorée ?
- Réduction de l'hyperalgésie et de la chronicisation de la douleur postop ?

Quels patients ?

- Obèses, insuffisant respiratoire?, Chirurgie carcinologique ?
- Patients traités au long cours par les opiacés ?

Conclusion

L'OFA est une pratique d'anesthésie qu'il faut apprendre.

Elle réduit l'incidence des complications postopératoires non chirurgicales, la durée d'hospitalisation, offre des soins de qualité à moindre coût doit être l'objectif principal de toute démarche de soins.

OFA pour Hépatectomies

Merci pour votre attention