

## R041 Complications de l'anesthésie

**MORTALITE ET MORBIDITE PER ET POSTOPERATOIRES PRECOCES APRES 3 000 PTH SELON LE TYPE D'ANESTHESIE**

Pontone S<sup>1</sup>, Ségala C<sup>2</sup>, Dureuil B<sup>3</sup>, Laxenaire MC<sup>4</sup>,  
Marty J<sup>4</sup>, Neukirsch F<sup>2</sup>, Desmonts JM<sup>1</sup> et 5

<sup>1</sup> SARC, hôpital Debré ; <sup>2</sup> U408, INSERM, UFR Bichat;  
<sup>3</sup> SARC, CHU Rouen ; <sup>4</sup> SFAR ; <sup>5</sup> SARC, hôpital Bichat

**Introduction :** Plus de soixante-dix mille patients sont opérés annuellement en France d'une prothèse totale de hanche (PTH). L'objectif de cette étude est d'analyser si le type d'anesthésie (AG, ALR) influe sur la mortalité et la morbidité.

**Matériel et méthodes :** Après accord de la CNIL, une enquête épidémiologique multicentrique descriptive a été menée de déc 1994 à sept 1995. Elle porte sur un échantillon de 2947 personnes ayant bénéficié d'une PTH de première intention. Quarante établissements (5 publics dont 4 CHR, et 35 privés) parmi les 53 sélectionnés en raison de leur activité (plus de 200 PTH par an), ont contribué à la demande de la SFAR à la collecte de l'ensemble des informations usitées. Il s'agit de données sur le patient pré, per et postopératoires jusqu'au 8<sup>ème</sup> jour données par l'anesthésiste. Résultats : moyenne±SD. Statistiques : Chi2, t student, (p < 0,05).

**Résultats :** 1682 patients ont été opérés sous AG (57,1%) et 1265 sous ALR, dont 1163 rachianesthésies. Les patients du groupe ALR sont plus âgés (69,3±10,8 ans contre 65,2±12,1 ; p < 0,001). Il n'y a pas eu de mortalité peropératoire. La mortalité postopératoire précoce a été de 9 décès au total observés chez des patients de plus de 70 ans, soit un taux de 0,31%. Il n'y a pas de différence de mortalité entre l'AG et l'ALR. La morbidité peropératoire, après ajustement sur les différences entre les 2 groupes, comporte plus d'hypotension pour l'ALR (p ajusté < 0,001) et plus d'hyperthermie pour l'AG (p ajusté = 0,002). En postopératoire, la fréquence des phlébites (3,4% contre 1,4%, p ajusté = 0,02) et des hématomes (6,7% contre 3,7%, p ajusté = 0,004) est plus fréquente sous AG alors qu'il n'y a pas de différence de fréquence d'anticoagulation postopératoire. Le taux de confusion mentale est comparable dans les deux groupes. La fréquence des transfusions sanguines peropératoires est plus faible sous ALR (20,2% contre 32,4%, p < 0,001) ainsi que les quantités transfusées (468±215ml contre 568±386 ml, p = 0,0001). Il en est de même pour les transfusions sanguines totales (per et postop.) : 56,8% sous ALR contre 62,2%, p = 0,003, et 649±352 ml sous ALR contre 773±476, p < 0,001).

**Discussion :** Selon cette étude descriptive, la mortalité précoce après PTH est de 0,31%, identique sous AG ou ALR. En terme de morbidité, les hématomes et les besoins transfusionnels sont plus faibles sous ALR.

Enquête en partenariat avec les laboratoires ASTRA-France.  
Remerciements des auteurs aux AR des centres participants.

## R042 Complications de l'anesthésie

**SUBSTANCES RESPONSABLES DES CHOC ANAPHYLACTIQUES SURVENANT EN COURS D'ANESTHESIE****ENQUÊTE MULTICENTRIQUE 1994-1996**

Laxenaire MC, pour le Groupe national d'études épidémiologiques des réactions anaphylactiques peranesthésiques

**But :** Poursuivre la démarche de suivi épidémiologique des réactions anaphylactiques peranesthésiques initiée au niveau national depuis 1985 et mettre en évidence les substances responsables des chocs anaphylactiques entre juillet 1994 et décembre 1996, période pendant laquelle de nouvelles pratiques anesthésiques sont apparues, et comparer les résultats avec ceux de l'enquête précédente janvier 1992 et juin 1994 (*Ann Fr Anesth Réanim* 1996 ; 15 : 1211-8).

**Méthode :** Un questionnaire a été adressé à 37 centres d'allergo-anesthésie (correspondants habituels et nouveaux centres volontaires) afin de connaître : nb de patients testés, sexe, âge, tests utilisés, nb de chocs anaphylactiques diagnostiqués (bilan positif) avec le détail des substances responsables, nb de chocs anaphylactiques (clinique évocatrice mais bilan négatif). Parallèlement les laboratoires pharmaceutiques ont été interrogés sur l'évolution des ventes nationales de curares depuis 1993.

**Résultats :** 35 centres ont répondu, 1460 patients adressés par les anesthésistes y ont été testés : 439 hommes, 1001 femmes. Tous les âges ont été concernés. Deux patients sont décédés, deux avaient des séquelles anoxiques. Le diagnostic d'anaphylaxie vraie a été porté chez 635 patients avec identification de 674 substances (39 cas avec 2 ou 3 populations d'anticorps) (Tableaux I-II). Chez 545 patients la réaction a été classée « anaphylactoïde ». Dans les 302 cas restants la clinique était non évocatrice et le bilan négatif.

**Discussion :** Lorsque les symptômes sont évocateurs, l'origine IgE dépendante est retrouvée dans 53,8 % des cas. Les curares ont le potentiel le plus allergisant avec une sensibilisation croisée entre eux (76 % des cas). Il existe un parallélisme entre incidence des chocs aux curares et fréquence d'utilisation, excepté pour le suxam. (Tableau III). La fréquence des chocs au latex semble baisser, alors que celle due aux antibiotiques augmente.

Tableau I : Substances responsables des chocs anaphylactiques (%)

	1994-1996 (n = 674)	1992-1994 (n = 1030)
Curares	61,7 %	59,2 %
Latex	15,6	19,0
Antibiotiques	9,2	3,1
Hypnotiques	5,2	8,0
Colloïdes	3,4	5,0
Morphiniques	2,7	3,5
Autres	2,2	2,2

Tableau II : Curares responsables des chocs anaphylactiques (%)

	1994-1996 (n = 416)	1992-1994 (n = 610)
Suxam.	23,5 %	39,3 %
Vécür.	28,8	36,0
Atrac.	23,3	14,5
Pancur.	8,4	4,8
Gallam.	2,0	3,1
Alcur.	-	2,3
Rocur.	9,6	-
Mivac.	4,4	-

Tableau III : Evolution du marché des curares en France

	1992	1994	1996
Suxaméthonium	9,7 %	7,0 %	5,0 %
Vécüronium	46,3	38,4	27,9
Atracurium	25,6	36,1	41,2
Pancuronium	17,9	15,9	14,8
Mivacurium	-	1,1	6,0
Rocuronium	-	-	4,1
Gallamine	0,5	1,5	1,0