

## Faut-il garder ces patients dans l'analyse des modifications hémodynamiques peropératoires et des complications postopératoires ?

ML. Schweitzer<sup>a</sup> (Dr), L. Demarquet<sup>a</sup> (Dr), M. Klein<sup>a</sup> (Pr), M. Raffaelli<sup>b</sup> (Pr), M. Vriens<sup>c</sup> (Pr), E. Mirallié<sup>d</sup> (Pr), R. Zarnegar<sup>e</sup> (Pr), L. Brunaud<sup>\*a</sup> (Pr)

<sup>a</sup> CHU Nancy, Nancy, FRANCE ; <sup>b</sup> University Roma, Rome, ITALIE ; <sup>c</sup> Univeristy Utrecht, Utrecht, PAYS-BAS ; <sup>d</sup> CHU Nantes, Nantes, FRANCE ; <sup>e</sup> University of Weill-Cornell, New York, ÉTATS-UNIS

\* [l.brunaud@chu-nancy.fr](mailto:l.brunaud@chu-nancy.fr)

### Introduction :

Les patients opérés d'un phéochromocytome par laparoscopie ont généralement une préparation médicale préopératoire (PMP) dans le but d'optimiser les modifications hémodynamiques peropératoires et de diminuer les complications postopératoires. Cependant, aucune étude n'a spécifiquement évalué l'impact de la nécessité d'une conversion en laparotomie sur ces critères.

### Objectif :

Evaluer l'impact d'une conversion en laparotomie sur les modifications hémodynamiques peropératoires et les complications postopératoires lors d'une surrenalectomie unilatérale pour phéochromocytome.

### Méthodes :

Analyse rétrospective de patients consécutifs opérés par laparoscopie d'un phéochromocytome unilatéral dans 5 centres de chirurgie endocrinienne. Un modèle de régression logistique a été utilisé pour l'analyse multivariée.

### Résultats :

Deux cents quarante quatre patients ont été inclus (**Tableau 1**). Deux cent trente six patients (97%) ont eu une PMP spécifique. Durant la surrenalectomie, 19 patients ont été convertis en laparotomie (7.7%). Le type de PMP et le nombre de médicaments antihypertenseurs utilisés, le coté du phéochromocytome, et la voie d'abord (rétro- versus transpéritonéale) était similaire entre le groupe conversion versus non-conversion.

**Tableau 1** Caractéristiques sociodémographiques et médicaux des patients en préopératoire.

	Total (N=244)	Conversion (N=19)	Non- conversion (N=225)	p*
<b>Sexe masculin, %</b>	46.7	63.2	45.3	0.13
<b>Age, années</b>	50.4 +/- 15.9	51.3 +/- 17.5	50.4 +/-15.8	0.82
<b>IMC, kg/m<sup>2</sup></b>	25.3 +/- 5.0	24.9 +/-3.0	25.3+/-5.1	0.90
<b>Comorbidités</b>				
AVC, %	4.1	5.3	4.0	0.56
Coronaropathie, %	11.9	21.1	11.1	0.26
Diabète, %	25.8	26.3	25.8	<b>0.003</b>
HTA, %	73.7	84.2	72.9	0.42
<b>Triade de Ménard</b>				
Céphalée, %	29.5	26.3	29.8	0.75
Palpitations, %	38.5	21.1	40	0.10
Sueurs, %	34.4	31.6	34.7	0.78
<b>Taille tumeur, mm</b>	43.9 +/- 20.3	50.2+/-22.8	43.4+/-20.0	0.16
<b>Biologie urinaire des 24h, µmol/L</b>				
Métanéphrine	8.8 +/-16.6	20.3 +/-48.8	8.0+/-11.4	<b>0.01</b>
Normétanéphrine	8.0 +/-10.1	8.4+/-13.3	8.0 +/-9.9	0.89
Ratio méta- /normétanéphrine	0.46 +/-0.3	0.49 +/-0.3	0.46 +/-0.3	0.75

Moyenne+/- écart type ou %

\* Test de Mann et Whitney ou Khi<sup>2</sup> ou test de Fisher

En analyse multivariée, la durée de TA systolique >200mmHg (OR=1.025, IC<sub>95%</sub>[1.002-1.049] ; p=0.029), le ratio durée TA systolique >200mmHg sur la durée de l'anesthésie (OR=1.056, IC<sub>95%</sub>[1.002-1.113] ; p=0.040), et la durée opératoire (OR=1.011, IC<sub>95%</sub>[1.002-1.019] ; p=0.013) restaient des critères peropératoires significativement associés à une conversion. En postopératoire, le taux de complications (Grade II-V classification Clavien) (OR=4.259, IC<sub>95%</sub>[1.471-12.326] ; p=0.007) et la durée d'hospitalisation (OR=12.9, IC<sub>95%</sub>[2.9-58.8] ; p=0.0007) étaient significativement associés à la nécessité d'une conversion.

### Discussion :

Le type de PMP et le nombre d'antihypertenseurs utilisés n'a aucun impact sur le risque de conversion en laparotomie. Une conversion en laparotomie est significativement associée à un risque majoré de pics hypertensifs peropératoires et de complications postopératoires.