

## Césarienne

ID: 103

### Prévention de l'hypothermie maternelle après césarienne programmée par réchauffement des solutés intraveineux: un essai randomisé contrôlé en double aveugle (CESAR-RESOL2)

M. Bonnet\*(1), A.Le gouez(2), C.Fischer(3), A.Seco(4), P.Alfonsi(5), P.Cesar-Resol2(6)

(1) Anesthésie Réanimation, hôpital Armand-Trousseau, Sorbonne Université, Paris, France , (2) anesthésie-réanimation, hôpital Antoine Béchère, APHP, Clamart, France , (3) anesthésie-réanimation, hôpital Cochin, APHP, Paris, France , (4) URC-CIC Paris Centre, AP-HP, Paris, France , (5) Service d'anesthésie,, GH Paris Saint Joseph ; Université Paris Cité, Paris, France , (6) NA, NA, Na, France

*\*Auteur présenté comme orateur*

#### Position du problème et objectif(s) de l'étude:

Dans le contexte de la césarienne, la prévention de l'hypothermie par couverture à air chaud pulsé est inefficace du fait de la durée courte de la chirurgie (1). Le réchauffement actif des solutés de perfusion présente une alternative intéressante. L'objectif principal de l'essai CESAR-RESOL2 était d'évaluer l'efficacité du réchauffement des solutés perfusés sur la prévention de l'hypothermie maternelle lors de césariennes programmées avec rachianesthésie.

#### Matériel et méthodes:

Après avis favorable du CPP (Est II Besançon n°17/566) et obtention du consentement écrit, les femmes  $\geq 18$  ans, ASA 1-2, avec une grossesse singleton de déroulement normal, accouchant à terme par césarienne programmée avec rachianesthésie ou rachi-péridurale combinée ont été incluses dans un essai randomisé contrôlé en double aveugle multicentrique (NCT03581721). Les femmes étaient randomisées soit dans le groupe RA (n=33) avec réchauffement des perfusions (Enflow<sup>®</sup>, CareFusion, France ; ou Fluido<sup>®</sup> compact, Duomed, France), soit dans le groupe C (n=35) sans réchauffement. La température maternelle (Tc) était mesurée par un capteur cutané (SpotON<sup>®</sup>, 3M, France). Le critère de jugement principal était la proportion de femmes «hypothermes», définie par une  $Tc < 36^{\circ}\text{C}$ , à l'arrivée en SSPI. Les critères de jugement secondaires étaient la Tc à l'arrivée en SSPI, le confort et la récupération maternels, le bien-être néonatal (température cutanée, score d'Apgar, pH artériel ombilical).

#### Résultats & Discussion:

Les caractéristiques des femmes, de la grossesse, de l'intervention et de l'anesthésie ne différaient pas entre les 2 groupes. La durée de la chirurgie était similaire, de même que le volume total de cristalloïdes administré en peropératoire: groupe RA=1200mL (extrêmes: 800-1500), groupe C= 1000 mL (extrêmes: 775-1500). L'incidence de l'hypothermie postopératoire était significativement inférieure dans le groupe RA (56,3%) par rapport au groupe C (80,0%) (RR= 0,70 [IC95% : 0,50-1,00], p=0,04). La Tc maternelle à l'arrivée en SSPI était significativement supérieure dans le groupe RA vs C (respectivement  $35,8^{\circ}\text{C} \pm 0,6$  et  $35,4^{\circ}\text{C} \pm 0,6$  ; p=0,004). Ni l'incidence des frissons et l'inconfort thermique, ni les paramètres néonataux ne différaient entre les 2 groupes.

#### Conclusion:

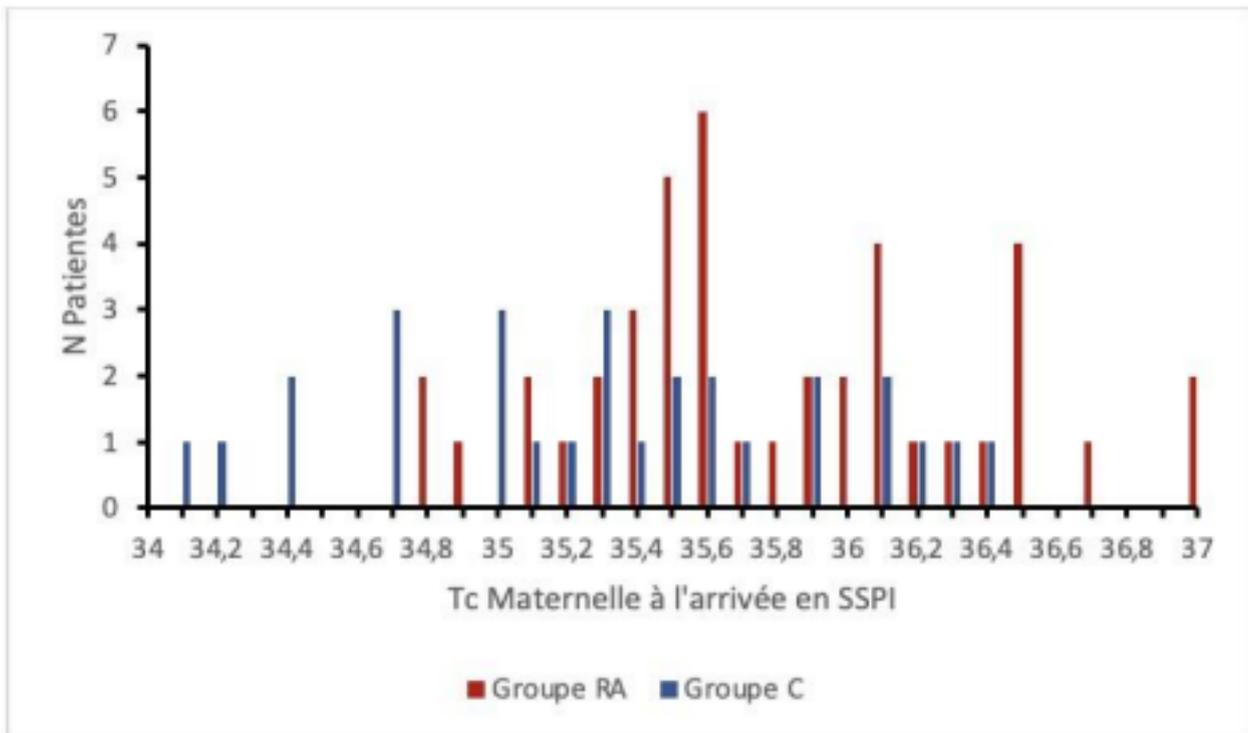
Le réchauffement actif des perfusions réduit de 30% la proportion des patientes présentant une hypothermie en postopératoire d'une césarienne programmée, par rapport à l'absence de réchauffement.

#### Références bibliographiques:

1: Anesth Analg;2007,105(5):1413-9

**Remerciements:**

APHP, CARO, Réseau recherche SFAR



Les auteurs déclarent ne pas avoir toute relation financière impliquant l'auteur ou ses proches (salaires, honoraires, soutien financier éducationnel) et susceptible d'affecter l'impartialité de la présentation.