

Communications libres IADE - session B

ID: 178

Perfusion continue de noradrénaline pour prévenir les hypotensions artérielles maternelles induites par la rachianesthésie pour les césariennes programmées

P. Savary de Beauregard*(1), L. Teste*(1), O. Le Diouron(1), M. Dorent(3), M. Lobgeois(2), M. Brebion(4), H. Keïta-meyer(4)

(1) Ecole IADE, AP-HP, Paris, France, (2) Département D'anesthésie Réanimation Pédiatrique Et Obstétricale, Hôpital Necker Enfants Malades, Paris, France, (3) Ecole, AP-HP, Paris, France, (4) Département D'anesthésie Réanimation Pédiatrique Et Obstétricale, Hôpital Necker Enfants Malades, Paris, France

**Auteur présenté comme orateur*

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

Dans le cadre de la césarienne programmée, le principal effet secondaire de la rachianesthésie (RA) est d'entraîner une hypotension artérielle maternelle. Des données récentes promeuvent l'intérêt de la noradrénaline (NA) pour prévenir cette hypotension (1, 2). L'objectif de notre étude était, dans le cadre d'une évaluation de pratiques (EPP), d'évaluer l'efficacité de notre protocole, basé sur la perfusion prophylactique de NA pour prévenir les hypotensions artérielles sévères.

Matériel et méthodes:

Etude observationnelle prospective et monocentrique dans une maternité de type III de juin 2022 à mars 2023. Avis favorable CERAR, IRB 00010254 - 2022 - 059.

Critères d'inclusion : patientes majeures, francophones, ASA 1-2, césarienne programmée sous RA.

Critères de non inclusion et d'exclusion : contre-indication RA ou échec, maladies cardiovasculaires ou neurologiques sévères, insuffisance rénale chronique sévère, pré-éclampsie ou une pathologie fœtale sévère. Critère de jugement principal : fréquence de survenue des hypotensions artérielles maternelles sévères (baisse de la pression artérielle systolique (PAS) de plus de 20 % de la valeur de base (VB)).

Critères de jugement secondaires : incidence nausées, vomissements et bradycardies, valeurs pH artériel au cordon, scores d'Apgar à 1, 3 et 5 minutes. Protocole : NA diluée à 10 µg/mL, débutée dès l'injection de la RA à 15 mL/h, adaptée selon la PAS par palier de 15 mL/h. Statistiques descriptives par le logiciel STATA version 15.0.

Résultats & Discussion:

Quatre-vingt huit patientes ont été incluses. Leurs caractéristiques démographiques et obstétricales figurent dans le tableau 1. Sur ces patientes, 43 soit 48,9 % ont présenté des épisodes d'hypotension sévère, d'une durée moyenne de 2,1 minutes $\pm$ 3,4, avec une dose moyenne de NA administrée de 0,14 µg/kg/min. Ces épisodes hypotensifs se sont compliqués de nausées ou vomissements chez 29 patientes (33%). Il n'y avait en revanche pas de retentissement négatif sur le bien-être néonatal (pas d'acidose et score d'Apgar moyen à 1, 3 et 5 minutes supérieur à 8). Concernant les effets secondaires liés à la NA, seulement 2 épisodes de bradycardie nécessitant un bolus d'atropine ont été documentés (Tableau 2).

Conclusion:

Ce travail d'EPP met en évidence une fréquence d'hypotension artérielle maternelle sévère relativement élevée mais de courte durée sans retentissement sur le bien-être néonatal. Ce résultat pourrait s'expliquer par un potentiel biais de mesure de la VB de la PAS et par des écarts au protocole dans l'adaptation de la vitesse de perfusion de la NA par rapport à la cible de PAS. Le réajustement du protocole de service, notamment pour une augmentation de la vitesse de démarrage, pourrait permettre une meilleure efficacité de la NA pour la prévention des hypotensions artérielles maternelles sévères après RA pour césarienne programmée.

Références bibliographiques:

1. Kinsella SM. Anaesthesia. janv 2018;73(1):71-92. 2. Mercier FJ. Anaesth Crit Care Pain Med. déc 2019;38(6):591-3.

Tableau 1 : caractéristiques démographiques et obstétricales de la population d'étude (N = 88)

Age (ans)	36,3 ± 5,4
IMC (kg/m ²)	27,2 ± 5,1
Parité	
- Nullipare	32 (36,4)
- Primipare	39 (44,3)
- Multipare	17 (19,3)
Terme (SA)	37,8 ± 1,7
Position fœtale	
- Céphalique	60 (68,2)
- Transverse	5 (5,7)
- Siège	23 (26,1)
Grossesse gémellaire	16 (18,2)
Macrosomie (poids de naissance > 4000 g)	1 (1,1)

Les données sont présentées en moyenne ± écart-type, ou effectif (%)

Tableau 2 : caractéristiques per opératoires de la population d'étude (N = 88)

Episode d'hypotension > 20 % valeur basale	43 (48,9)
Durée de l'hypotension (min)	2,1 ± 3,4
Durée entre RA et extraction foetale (min)	20,9 ± 5,8
Dose de noradrénaline (µg/kg/min)	0,14 ± 0,19
Dose cumulée de noradrénaline (µg)	132,5 ± 89,5
Episode d'hypertension > 120 % de la valeur basale	15 (17,0)
Administration de bolus d'éphédrine	18 (20,4)
Episode de bradycardie < 50 bpm	3 (3,41)
Administration de bolus d'atropine	2 (2,3)
Remplissage vasculaire (mL)	564 ± 190
Pertes sanguines (mL)	302 ± 203
Transfusion	0 (0)
Nausées ou vomissements	29 (33,0)

Les données sont présentées en médiane (interquartile), moyenne ± écart-type, ou effectif (%)

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.