

Césarienne et troubles hémodynamiques

ID: 303

Évaluation échographique préopératoire de l'indice de collapsabilité de la veine cave inférieure comme prédicateur d'hypotension post rachianesthésie pour césarienne programmée

A. Chaabouni*(1), S.Eleuch(2), Y.Ellouze(1), Y.Ben youssef(1), Z.Cyrine(1), A.Chtourou(1), T.Bouhamed(1), A.Jarraya(1), K.Kolsi(1)

(1) Anesthésie réanimation, CHU hedi cheker, Sfax, Tunisia , (2) Anesthésie réanimation, CHU hedi cheker sfax, Sfax, Tunisia

**Auteur présenté comme orateur*

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

L'hypotension post rachianesthésie pour césarienne est un problème commun et important, avec répercussion significative maternelle et fœtale.

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la capacité de l'indice de collapsabilité de la veine cave inférieure (ICVCI) comme prédicteur d'hypotension artérielle peropératoire et identifier ainsi les parturientes présentant un risque majeur d'hypotension post rachianesthésie lors d'une césarienne programmée.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude prospective, analytique, qui s'est portée sur 68 patientes proposés pour césariennes programmées sous rachianesthésie.

Une évaluation échographique au bloc opératoire a été menée avec mesure de l'ITVSA (intégrale temps vitesse sous aortique), le maxVCI (diamètre maximal veine cave inférieure), le minVCI et l'Indice de collapsabilité de la VCI (ICVCI).

L'hypotension imputable à la rachianesthésie était définie par une baisse de la PAS et/ou la PAM de plus de 20% de leur valeur initiale jusqu'à 15 minutes après la rachianesthésie.

Nous avons comparé la population étudiée selon la survenue ou non d'hypotension artérielle post rachianesthésie et nous avons recherché les facteurs prédictifs d'hypotension.

L'approche de la zone grise a été utilisée pour déterminer une gamme non concluante de valeurs de mesure de l'ICVCI. Les valeurs seuils délimitant la zone grise ont été définies par les valeurs associées à une sensibilité de 90 % et à une spécificité de 90 %.

Résultats & Discussion:

68 patients ont été inclus dans notre étude. 31 patientes ont présenté une hypotension. Nous avons trouvé une différence significative entre les 2 groupes pour l'ICVCI, l'ITVSA et le maxVCI. L'analyse de la courbe ROC a révélé que l'ICVCI était approprié pour la prédiction de l'hypotension avec $AUC=0,959$, $cut-off=39\%$, une sensibilité de 88,7% et une spécificité de 91,6%. La précision diagnostique était moins bonne avec le maxVCI ayant une $AUC=0,854$ avec une sensibilité de 84,8% et une spécificité de 77,8% et une valeur seuil= 1,61 cm.

Pour l'ICVCI, la zone grise se situait de part et d'autre de 36 et 42% et contenait 2 patientes parmi les 31 (6,4%) ayant présentées une hypotension.

Dans le modèle de régression logistique, nous avons inclus l'âge, l'IMC, la PAM à l'entrée au bloc opératoire, l'ICVCI et le maxVCI. Seul l'ICVCI était prédictif de survenue d'hypotension artérielle post rachianesthésie avec un odds-ratio=2,5, un IC95% [1,21 - 3,13] et $p=0.001$.

Conclusion:

En guise de conclusion, notre étude a démontré l'intérêt de l'évaluation échographique préopératoire de la VCI comme moyen rapide et peu coûteux pour la prédiction de l'hypotension chez la femme enceinte proposée pour césarienne.

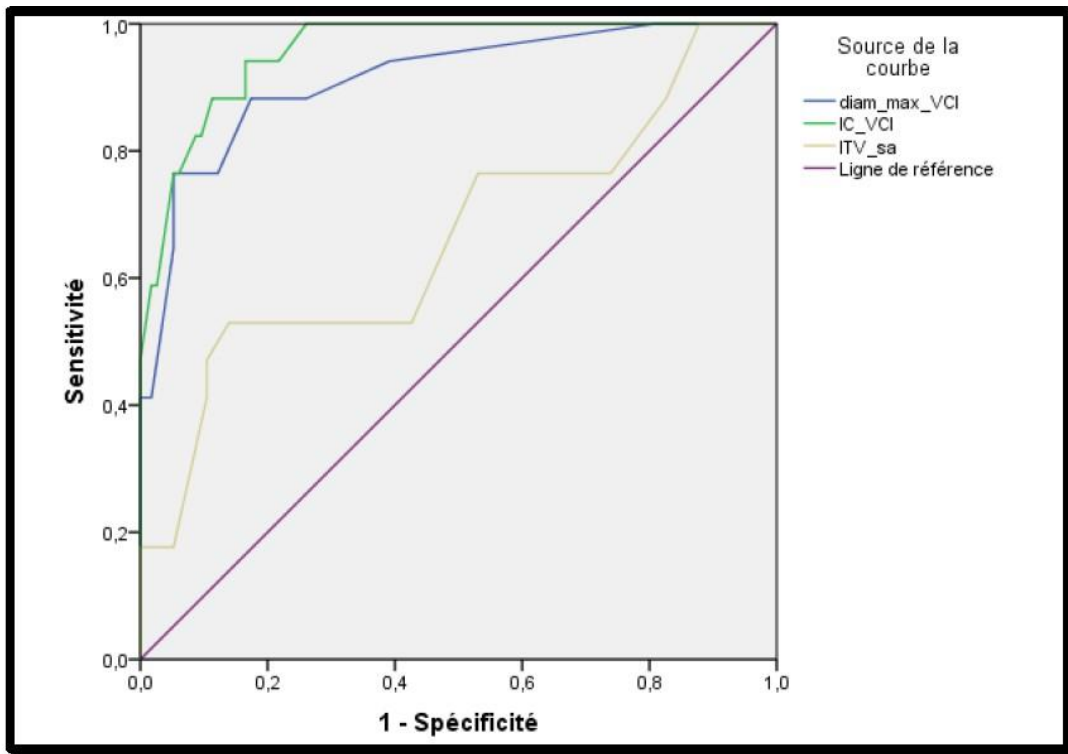


Figure 1: courbes ROC des paramètres échographiques ayant une différence significative

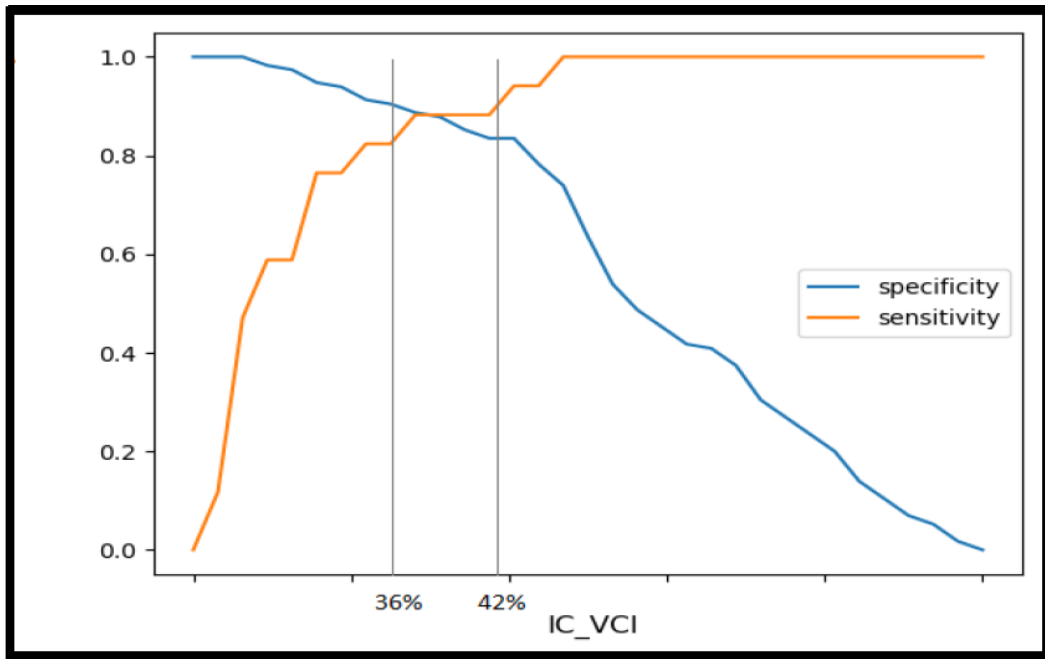


Figure 2: Courbe de sensibilité et de spécificité en fonction de l'IC_{VCI}. Les deux lignes indiquent la zone grise.

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.