

Obstétrique - Divers

ID: 340

Prise en charge anesthésique sur 3 ans des cardiopathies maternelles à risque d'insuffisance cardiaque en per-partum au CHU de Lille

L. Leclercq*(1), M. Gonzalez estevez(2), J. Bonnet(3), M. Richardson(4), O. Domanski(5), Y. Ould hamoud(6), B. Constans(7), G. Lebuffe(8), L. Ghesquière(6)

(1) Anesthésie-réanimation, CHU de Lille, Lille, France, (2) Anesthésie-réanimation, Hôpital Jeanne de Flandre, CHU de Lille, Lille, France, (3) Explorations Fonctionnelles Cardio-vasculaires, Institut Cœur-Poumon, CHU de Lille, Lille, France, (4) Explorations Fonctionnelles Cardio-Vasculaires, Institut Cœur-Poumon, CHU de Lille, Lille, France, (5) Cardio-pédiatrie et Cardiopathies congénitales, Institut Cœur-Poumon, CHU de Lille, Lille, France, (6) Gynécologie-obstétrique, Hôpital Jeanne de Flandre, CHU de Lille, Lille, France, (7) Anesthésie-réanimation, CH de Douai, Douai, France, (8) Anesthésie-réanimation, Hôpital Claude Huriez, CHU de Lille, Lille, France

**Auteur présenté comme orateur*

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

Les pathologies cardiovasculaires (CV) sont la 1^{ère} cause de décès maternel en France (1). Les recommandations préconisent la prise en charge (PEC) des patientes porteuses de pathologies CV par une équipe multidisciplinaire CŒUR et GROSSESSE (Pregnancy Heart Team) (2), qui existe au CHU de Lille depuis 2017. Cependant, peu d'études à ce jour ont décrit spécifiquement les modalités de la prise en charge anesthésique des patientes les plus à risque de décompensation lors de l'accouchement.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective menée au CHU de Lille de 2017 à 2019, incluant 32 patientes (11 cardiopathies congénitales (dont 9 cardiopathies uni-ventriculaires) et 13 cardiomyopathies dilatées (CMD)). Les données cliniques étaient recueillies à partir du dossier de soins informatisé, et des compte-rendus de RCP (décision de la voie d'accouchement, indication cardiologique de déclenchement et/ou de césarienne, type et modalités d'anesthésie et de surveillance peri-partum, protocole détaillé de gestion et de relais des anticoagulants dans le péri-partum, indication d'un "backup ECMO" pour l'accouchement et ses modalités). Nos objectifs étaient 1) de décrire les modalités d'anesthésie décidées par notre équipe après discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), 2) de déterminer si la PEC en per-partum était conforme avec les décisions de la RCP, et 3) d'évaluer son adéquation avec les récentes préconisations de l'American Heart Association (AHA) (3).

Résultats & Discussion:

50% des patientes présentaient un score de WHO modifié (mWHO) $\geq$ III, et le CARPREG II médian était de 3. 7 (22%) patientes n'ont pas eu de RCP officielle du fait de la découverte de la cardiopathie en péripartum. La décision de la RCP était suivie dans 92% des cas. Les 13 patientes sous traitement anticoagulant ont pu avoir une anesthésie périmédullaire (APM). 7 (22%) patientes ont eu une césarienne programmée sous anesthésie péridurale, et 6 (19%) une césarienne sous anesthésie générale (AG) pour urgence maternelle. 6 (19%) "backup ECMO" ont eu lieu, dont 4 à la Maternité. L'induction des APM étaient titrées dans 94% des cas, les patientes mWHO $\geq$ 3 ayant une AG ont toutes reçu des morphiniques et de l'éthomidate/kétamine à dose hypnotique, 10 (31%) patientes avaient un monitoring continu (pression artérielle ou débit cardiaque), et 10 (31%) ont nécessité un vasopresseur/inotrope. Seules 3 patientes (9%) ont présenté une hypotension artérielle au cours de leur PEC.

Conclusion:

Notre étude décrit la PEC anesthésique d'une cohorte de patientes enceintes porteuses de cardiopathies à haut risque de décompensation en per-partum, et prises en charge par une équipe multidisciplinaire

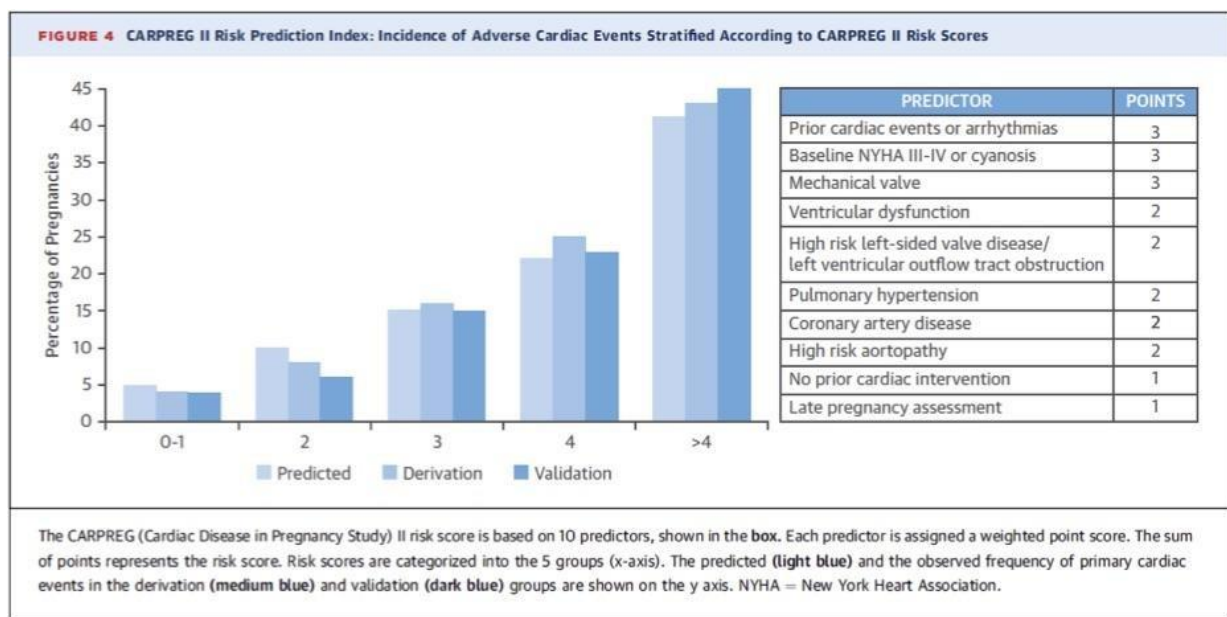
CŒUR et GROSSESSE. La PEC de ces patientes étaient conformes aux décisions de la RCP, et en adéquation avec les récentes préconisations de l'AHA. Les protocoles d'anesthésie (titration des doses, choix des agents anesthésiques, recours aux vasopresseurs/inotropes et monitoring hémodynamique continu) ont permis d'assurer une bonne stabilité hémodynamique, et le recours à un "backup ECMO" permettait de sécuriser les situations les plus à risque. La programmation optimale des accouchements a également permis à toutes les patientes sous anticoagulants de bénéficier d'une APM indiquée en 1ère intention. Cet état des lieux confirme le rôle essentiel d'une équipe multidisciplinaire pour encadrer et guider la PEC anesthésique de ces patientes lors de l'accouchement.

Références bibliographiques:

(1) 6e rapport de l'ENCMM 2013-2015, (2) J Am Coll Cardiol 2021;77(14):1763-1777 (3) Circulation 2023;147(11):e657-73

Remerciements:

Remerciements aux autres membres de la RCP ayant également contribué à ce travail: Capucine Coulon, Sophie Gautier et Luisa Marsili.



(d'après Silversides et al. J Am Coll Cardiol 2018;71(21):2419-2430)

	Total (n=32)	Congénitale (n=11)	CMD (n=13)	CMH (n=3)	Adrénérurgique (n=3)	HTA gravidique (n=2)
ALR pérимédullaire analgésique :	11 (34)	4 (36)	5 (38)	1 (33)	1 (33)	-
- Analgésie péridurale*	11 (100)	4 (100)	5 (100)	1 (100)	1 (100)	-
- Rachianalgésie	0	-	-	-	-	-
ALR pérимédullaire anesthésique :	12 (38)	4 (36)	4 (31)	1 (33)	1 (33)	2 (100)
- Anesthésie péridurale	7 (58)	3 (75)	3 (75)	-	1 (100)	-
- Induction fractionnée	6 (86)	3 (100)	2 (67)	-	1 (100)	-
- Avec rachianalgésie	5 (71)	3 (100)	1 (33)	-	1 (100)	-
- Rachianesthésie	3 (25)	-	1 (25)	-	-	2 (100)
- Péri-rachianesthésie combinée	2 (17)	1 (25)	-	1 (100)	-	-
Anesthésie générale :	8 (25)	2 (18)	4 (31)	1 (33)	1 (33)	-
- Urgence maternelle	6 (75)	2 (100)	3 (75)	-	1 (100)	-
- Urgence fœtale	2 (25)	-	1 (25)	1 (100)	-	-
- Echec/contre-indication à l'ALR	0	-	-	-	-	-
ALR non réalisée car travail rapide	1 (3)	1 (9)	-	-	-	-
ALR non réalisée du fait de l'anticoagulation	0	-	-	-	-	-
Anesthésie complémentaire :	5 (16)	1 (9)	2 (15)	-	2 (67)	-
- Conversion en anesthésie péridurale	1 (20)	-	1 (50)	-	-	-
- Anesthésie générale	4 (80)	1 (100)	1 (50)	-	2 (100)	-
- Echec de conversion anesthésique	1 (20)	-	1 (100)	-	-	-
- Mauvaise tolérance hémodynamique maternelle	2 (40)	-	-	-	2 (100)	-
- Révision utérine sans anesthésie préalable	1 (20)	1 (100)	-	-	-	-

Caractéristiques de la prise en charge anesthésique de l'accouchement

	Total (n=32)	Congénitale (n=11)	CMD (n=13)	CMH (n=3)	Adrénérurgique (n=3)	HTA gravidique (n=2)
Support vasopresseur et/ou inotrope :	19 (59)	6 (55)	8 (62)	1 (33)	2 (67)	2 (100)
- Vasopresseur prophylactique pour rachianesthésie	4 (21)	-	1 (13)	1 (100)	-	2 (100)
- Défaillance cardio-circulatoire	4 (21)	-	3 (38)	-	1 (50)	-
- Dont administration de dobutamine	4 (100)	-	3 (100)	-	1 (100)	-
- Vasopresseur d'appoint pour anesthésie péridurale*	7 (37)	4 (67)	3 (38)	-	-	-
- Vasopresseur d'appoint pour anesthésie générale	4 (21)	2 (33)	1 (13)	-	1 (50)	-
Remplissage vasculaire > 500mL (hors rachianesthésie) :	14 (44)	5 (45)	4 (31)	2 (67)	3 (100)	-
- Indication hémodynamique (hors HPP)	8 (57)	4 (80)	1 (25)	2 (100)	1 (33)	-
- Guidée par un monitoring du VES	4 (50)	2 (50)	-	1 (50)	1 (100)	-
- Contexte d'HPP	6 (43)	1 (20)	3 (75)	-	2 (67)	-
Monitoring hémodynamique continu complémentaire :	10 (31)	3 (27)	4 (36)	1 (33)	2 (67)	-
- Monitoring PA + VES	7 (70)	2 (67)	2 (50)	1 (100)	2 (100)	-
- Non invasif	3 (43)	1 (50)	1 (50)	1 (100)	-	-
- Invasif	4 (57)	1 (50)	1 (50)	-	2 (100)	-
- Monitoring invasif de la PA	3 (30)	1 (33)	2 (50)	-	-	-

Caractéristiques de la prise en charge hémodynamique de l'accouchement

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.