

Obstétrique - Divers

ID: 399

Incidence et facteurs associés à la survenue d'anomalies du rythme cardiaque fœtal dans l'heure suivant la pose de péridurale

M. Ducos*(1), M.Gonzalez estevez(2), C.Mousson(3), N.Robillard(4),J.Gaouyer(3), C.Garabédian(3)

(1) Anesthésie-réanimation, CHU de Lille, Lille, France , (2) Anesthésie-réanimation, Hôpital Jeanne de Flandre, CHU de Lille, Lille, France , (3) Gynécologie-obstétrique, Hôpital Jeanne de Flandre, CHU de Lille, Lille, France , (4) Unité Statistique, évaluation économique, data-management, CHU de Lille, Lille, France

**Auteur présenté comme orateur*

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

Au cours du travail, un rythme cardiaque fœtal non rassurant (RNS) désigne des variations (anomalie du rythme de base ou de sa variabilité, décélérations) associées à un risque d'hypoxie/acidose fœtale (1). Les modifications induites par l'analgésie péridurale (APD) pourraient favoriser un RNS, notamment la sédation de la douleur (2) ou la survenue d'une hypotension artérielle (hypoPA) (3). Peu d'études ont évalué spécifiquement les facteurs associés à un RNS suivant la pose d'APD.

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective observationnelle comparative. Les patientes ayant accouché à terme au CHU de Lille entre le 1er Mai et le 5 Juillet 2022 et ayant bénéficié exclusivement d'une APD étaient incluses (les patientes ayant reçu une péri-rachianalgésie combinée étaient exclues). Les données maternelles, obstétricales et anesthésiques étaient recueillies avant et pendant le travail, jusqu'à une heure après la pose de l'APD. L'analyse des tracés de rythme cardiaque fœtal, ainsi que le diagnostic de RNS et son type suivaient les recommandations de la FIGO de 2015 (1). L'hypoPA non sévère et sévère étaient définis par une baisse respectivement $\geq 20\%$ et $\geq 30\%$ de la moyenne des pressions artérielles systoliques (PAS) mesurées avant la pose de l'APD. L'objectif était de déterminer l'incidence et les facteurs de risque de survenue d'ARCF dans l'heure suivant la pose de l'APD après analyse multivariée. Cette étude a reçu l'accord d'un Comité d'Ethique (CEROG) sous le numéro 2022-OBS-0705.

Résultats & Discussion:

314 patientes étaient incluses, dont 73 (23%) présentaient des ARCF dans l'heure suivant l'APD (principalement des ralentissements variables (14%)). Les APD étaient induites majoritairement à la lidocaïne 0,5% (53% des cas), et l'entretien était à 95% en mode PIEB. L'ENS médian passait de 8 [5 ;9] avant la pose à 3 [0 ;6] à la 30ème minute d'analgésie. L'incidence d'hypoPA était de 14% avec une durée cumulée de 37,5 [15;85] minutes. Parmi ces patientes, l'hypoPA était sévère dans 33% des cas, avec une durée cumulée de 7 [5;16] minutes. 88% des patientes accouchaient par voie basse (AVB), à un terme de 40 [39;40,9] SA. Les facteurs associés à la survenue d'ARCF en analyse multivariée étaient : l'hypertonie utérine (OR=18,3[4,3;77,3] $p<0,001$), l'hypotension sévère (OR=5,8[2,3;14,8] $p=0,0002$), un RNS avant APD (OR=4,3[1,8;9,9] $p=0,0007$), un retard de croissance <10 e percentile (OR=3,4[1,0;11,4] $p=0,045$), un AVB < 60 min (OR= 3,2[1,2;8,4] $p=0,02$) et l'âge maternel (OR=1,1[1,0;1,1] $p=0,01$).

Conclusion:

Dans notre population de femmes en travail à terme, une baisse de plus de 30% de la PAS maternelle dans l'heure suivant l'initiation de l'analgésie péridurale était un facteur de risque de survenue d'un RNS. Il semble donc licite de prévenir et dépister une baisse de PA juste après l'induction d'une APD, notamment en présence d'autres facteurs de risque retrouvés dans cette étude (âge maternel élevé, retard de croissance <10 ème percentile, présence d'un RNS avant l'APD, accouchement imminent). Un protocole d'induction plus stable sur le plan hémodynamique et/ou le traitement précoce de toute

diminution de la PAS semblent pertinents pour cela, mais d'autres études sont nécessaires pour le confirmer. Au vu des durées cumulées élevées d'hypoPA retrouvées dans notre centre, une réflexion sur l'intérêt d'un report de données de nos scopes semble nécessaire pour améliorer notre réactivité aux variations hémodynamiques maternelles, et tenter de réduire leur impact fœtal.

Références bibliographiques:

(1) Int J Gynaecol Obstet 2015;131(1):13-24, (2) Obstet Gynecol 2009;113(1)41-47, (3) Int J Obstet Anesth 2023;54:103645

Recommandations FIGO modifiées 2015 sur la surveillance fœtale intra-partum

	Normal	Suspect	Pathologique
Rythme de base	110-160 bpm	Il manque au moins un des critères de normalité, mais sans présenter de critères pathologiques	< 100 bpm
Variabilité	5-25 bpm		Variabilité réduite Variabilité augmentée Aspect sinusoïdal
Décélérations	Absence de décélérations répétées*		Répétées, tardives ou prolongées sur une durée > 30 min (ou 20 min en cas de variabilité réduite). Décélération > 5 min
Interprétation	Absence d'hypoxie/acidose	Faible probabilité d'hypoxie/acidose	Forte probabilité d'hypoxie/acidose

Type de RNS post-APD	effectif	pourcentage (des RNS)
Ralentissement variable	44	13,8 %
Ralentissement prolongé	14	4,4 %
Bradycardie	1	0,3 %
Augmentation de la ligne de base	8	2,5 %
Diminution de la variabilité	12	3,8 %

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.