

Césarienne et troubles hémodynamiques

ID: 90

Étude ARTémis. Éphédrine/phényléphrine PSE versus la baby noradrénaline PSE dans la gestion de l'hypotension artérielle au cours de la césarienne.

J. Cherbouquet*(1), M.Bonnin(2), L.Bouvet(3), L.Rochette(4), C.Bellot(5), A.Gérard(2), A.Genevrier(4), E.Futier(6)

(1) Anesthésie obstétricale, CHU Estaing CLERMONT FERRAND, Clermont-ferrand, France , (2) Anesthésie obstétricale, CHU Estaing, Clermont-ferrand, France , (3) Anesthésie-Réanimation, Hôpital Femme Mère Enfant, Lyon, France , (4) Anesthésie obstétricale, CHU Estaing, Clermont ferrand, France , (5) Anesthésie obstétricale, CHU Clermont Ferrand, Clermont ferrand, France , (6) Anesthésie Réanimation, Clermont-Ferrand, Clermont-ferrand, France

**Auteur présenté comme orateur*

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

La RA et la RPC sont les techniques anesthésiques de référence pour les césariennes, entraînant une hypotension artérielle. L'éphédrine (E) est le premier vasopresseur proposé mais pourvoyeur d'acidose fœtale. En 2017, la phényléphrine (P) est recommandée, mais induit une bradycardie réflexe et une baisse du débit cardiaque. La noradrénaline (NA) a la même efficacité que la P sans baisse du débit cardiaque. Certains utilisent un mélange (E/P) IVSE, jamais comparé à la NA dans cette indication.

Matériel et méthodes:

Étude strictement observationnelle, bicentrique entre les maternités niveau III de Lyon et Clermont-F. Comparaison de l'utilisation de la baby-NA (10µg/mL) IVSE à Clermont-F vs le mélange E/P (0.75mg/mL/37.5µg/mL) IVSE à Lyon pour les césariennes codes verts et oranges. Il est calculé d'inclure 100 sujets par centre pour mettre en évidence une taille d'effet minimale de 0.46 pour des risques de 1e et 2e espèces de 5% et 10% respectivement. Des analyses séquentielles seront réalisées toutes les 50 inclusions afin de ré estimer la puissance statistique de l'étude. Le critère de jugement principal est le TWA (time weighted average) de la pression artérielle systolique (PAS) sous trois seuils : 80, 90 et 100 mmHg. La PA est mesurée de façon continue avec le système CLEARLIGHT de même que d'autres mesures hémodynamiques.

Résultats & Discussion:

Analyse intermédiaire séquentielle sur 101 patientes incluses (52 vs 49). L'étude intermédiaire du critère de jugement principal est illustrée dans le tableau 1.

Conclusion:

D'après l'étude intermédiaire séquentielle sur 101 patientes, nous observons une tendance à plus d'hypoTA dans le groupe E/P vs NA. Les inclusions se poursuivent.

Tableau 1 : Analyse intermédiaire TWA PAS

	Lyon N=52	Clermont-Ferrand N=49	Taille d'effet
TWA PAS < 80mmHg (mmHg)	0.6(1.55)	0.07(0.18)	-0.47 95% IC : -0.86 à -0.07
TWA PAS < 90mmHg (mmHg)	1.24 (2.87)	0.27 (0.58)	-0.46 95% IC: -0.85 à -0.06
TWA PAS < 100mmHg (mmHg)	2.37 (4.61)	0.76 (1.31)	-0.46 95% IC : -0.86 à -0.07

Les statistiques sont présentés comme : moyenne (écart-type) IC (intervalle de confiance)

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.