

Incidence et impact fœtal de l'hypotension artérielle maternelle en césarienne en cours de travail sous anesthésie péridurale : étude rétrospective sur 718 patientes

M. Augustin¹, M. Gonzalez Estevez¹, A. Leblond¹, C. Martin², B. Constans³, L. Ghesquière⁴, B. Tavernier¹

¹Anesthésie-réanimation (CHU de Lille), ²Unité Statistique, évaluation économique, data-management (CHU de Lille)

³Anesthésie-réanimation (CH de Douai), ⁴Gynécologie-Obstétrique (CHU de Lille)

INTRODUCTION

- L'hypotension maternelle et son impact maternel et néonatal ont été largement étudiés en césarienne sous rachis (1)
- Toutefois, très peu de données sont disponibles lors des césariennes en cours de travail sous anesthésie péridurale.
- Or, même chez ces patientes bénéficiant au préalable d'une analgésie péridurale, une hypotension peut survenir avant la naissance et être délétère pour le fœtus, en particulier dans les situations d'urgence ou de RCF non rassurant.

OBJECTIFS : 1) évaluer l'incidence, les caractéristiques et les facteurs associés à l'hypoPA dans ce contexte
2) Évaluer l'impact de l'hypoPA sur la survenue d'une acidose néonatale, potentiellement délétère (2).

PATIENTES ET METHODES

- Étude observationnelle, rétrospective comparative sur 3 ans (2018-2020)
- Maternité universitaire de niveau III réalisant environ 570 césariennes en cours de travail par an
- **Critère d'inclusion** : césarienne en cours de travail après conversion anesthésique par lidocaïne péridurale à 2%
- **Critères d'exclusion** :
 - grossesse multiple,
 - délai induction analgésique-conversion anesthésique < 30 min,
 - échec de conversion/insuffisance d'analgésie nécessitant une sédation intraveineuse ou une AG
 - présence de médicaments antihypertenseurs
 - données manquantes sur les critères de jugement
- **Critères de jugement** :
 - incidence, délai d'apparition et durée de l'hypotension (PAS < 80 % de la PAS moyennée avant induction)
 - Acidose néonatale (pH artériel au cordon < 7,15)
- Comparaison entre césariennes urgentes (code rouge et orange) et non urgentes.
- Les facteurs de risque d'hypotension ont été déterminés après une **analyse multivariée**.
- L'impact de l'hypotension sur l'acidose néonatale a été évalué après **ajustement sur des facteurs de risque potentiels**
 - utilisation d'éphédrine
 - indication fœtale du déclenchement ou de la césarienne.

RESULTATS

- Après exclusion de 295 dossiers, **718 patientes** ont été analysées
- La principale indication de césarienne était un rythme cardiaque fœtal non rassurant (48 %)
- **Incidence de l'hypotension = 35 %, délai médian d'apparition = 12 [8 ; 17] minutes, durée cumulée = 2 [0 ; 6] min**
- L'hypotension est survenue **plus rapidement chez les césariennes urgentes** que chez les césariennes non urgentes (respectivement 11 [7 ; 15] vs. 15 [10 ; 21] minutes, $p < 0.001$).
- Facteurs associés à l'hypotension après analyse multivariée :
 - **IMC maternel (RR = 1,1 [1,0 ; 1,2], $p = 0,016$)**
 - **PAS \geq 140 mmHg avant l'induction (RR = 1,9 [1,6 ; 2,3], $p < 0,001$)**
- Incidence de l'acidose néonatale = 25%
- Après ajustement, **l'hypotension était plus fréquente chez les nouveaux-nés présentant une acidose néonatale** (64 vs. 35% $p < 0,01$), RR = 1.72 [1.3 ; 2.3], $p < 0.001$).

CONCLUSION

- L'hypotension maternelle est un événement relativement **fréquent en césarienne en cours de travail sous péridurale** (incidence comparable dans notre centre à la césarienne sous rachianesthésie et NAD prophylactique)
- L'hypotension survenait :
 - plus rapidement en cas de césarienne urgente
 - plus fréquemment en cas d'IMC élevé ou d'une PAS élevée avant la conversion.
- L'hypotension semble avoir un **impact significatif délétère sur la survenue d'une acidose néonatale**

PERSPECTIVES

- Ces résultats pourraient inciter, notamment chez les patientes les plus à risque, à avoir une **stratégie prophylactique** :
 - surveiller la pression artérielle de manière rapprochée dès l'arrivée au bloc opératoire
 - prévenir précocément l'hypotension en cas de diminution de la PAS (introduction vasopresseur)
- D'autres études sont nécessaires pour confirmer ces résultats et ces hypothèses.

(1) Anaesthesia 2018;73:71-92 (2) Am J Obstet Gynecol 2022;227(2):265.e1-265.e8