



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
 www.em-consulte.com



Revue générale

Gestion des voies aériennes en obstétrique

Airway management in obstetrics

M. Boutonnet^a, V. Faitot^b, H. Keïta^{b,*}

^a École du Val-de-Grâce, 1, place Alphonse-Laveran, 75230 Paris cedex 5, France

^b Service d'anesthésie, CHU Louis-Mourier, université Paris 7, 178, rue des Renouillers, 92701 Colombes cedex, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 30 novembre 2010

Accepté le 24 mars 2011

Disponible sur Internet le 25 juin 2011

Mots clés :

Voies aériennes

Obstétrique

Grossesse

Risque

Anesthésie

Intubation difficile

Critères d'intubation

Algorithme

Stratégie

RÉSUMÉ

Objectifs. – Réaliser une revue générale actualisée sur les problèmes liés à la gestion des voies aériennes en obstétrique, en tenant compte des évolutions récentes des pratiques en anesthésie obstétricale.

Sources des données. – Une revue de la littérature en langues anglaise et française a été réalisée dans la base de données Pumed[®] en avril 2010, sans limite de temps. La première recherche a utilisé les MeshTerms suivants : “Anesthesia, Obstetrical”[Mesh] AND “Intubation, Intratracheal”[Mesh]. Les recherches complémentaires ont utilisé seul ou en combinaison les mots clefs suivants : *difficult tracheal intubation, failed tracheal intubation, airway, prediction of difficult tracheal intubation, maternal mortality, maternal morbidity, liability, aspiration pneumonia and obstetrical anesthesia*.

Sélection des travaux. – L'ensemble des publications obtenues a été retenu à l'exclusion des correspondances.

Extraction des données. – Analyse des données sur les modalités de gestion des voies aériennes en obstétrique, l'incidence et le dépistage de l'intubation difficile, le risque, l'incidence et la prévention de l'inhalation pulmonaire de liquide gastrique, mais également sur la morbi-mortalité maternelle en lien avec l'anesthésie.

Synthèse des données. – La gestion des voies aériennes en obstétrique reste un véritable challenge pour différentes raisons. Les modifications physiologiques et anatomiques liées à la grossesse sont responsables d'une désaturation plus rapide, d'une réduction du diamètre de la filière pharyngolaryngée ainsi que d'une majoration du risque de régurgitation et d'inhalation du contenu gastrique dès 16 SA chez la femme enceinte. Le contexte d'urgence, voire d'extrême urgence de certaines situations et la présence de comorbidités ou de pathologies comme l'obésité ou la prééclampsie majorent d'autant les risques de difficulté de gestion des voies aériennes. L'évolution à juste titre des pratiques, avec l'essor considérable des techniques d'anesthésie/algésie locorégionale au détriment de l'anesthésie générale limite l'apprentissage et le maintien des compétences pour l'intubation orotrachéale en obstétrique. L'apport des méthodes d'apprentissage par simulation paraît particulièrement intéressant en la matière et cette approche mérite d'être développée. Les données de la littérature indiquent que l'incidence de l'intubation difficile est d'un pour 30 et celle de l'intubation impossible d'un pour 280 en obstétrique soit huit fois plus importante que dans la population générale. Aucun critère d'intubation difficile ne s'avère suffisamment prédictif à lui seul, et en obstétrique comme dans d'autres contextes, c'est l'association de plusieurs critères qui permettra au praticien d'anticiper une intubation difficile. Pour autant, une particularité chez la femme enceinte est l'évolution de la classe de Mallampati vers une aggravation au cours de la grossesse et de l'accouchement. Pour limiter le risque d'une gestion difficile des voies aériennes et ses conséquences en obstétrique, il sera primordial et capital, en plus de privilégier les techniques d'anesthésie/algésie locorégionale chaque fois que possible, de réaliser une évaluation soigneuse et répétée des critères d'intubation et de ventilation difficile, de prévenir systématiquement le syndrome de Mendelson par une prophylaxie médicamenteuse, et d'avoir le matériel adapté et des algorithmes de prise en charge de l'intubation difficile dans les services. En cas de survenue d'une intubation difficile au cours d'une césarienne en urgence, les algorithmes de la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar) s'appliquent. En cas d'extrême urgence avec une intubation, impossible, mais une ventilation au masque possible, la possibilité de réaliser la césarienne en ventilant la

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : hawa.keita@lmr.aphp.fr (H. Keïta).

patiente au masque et en maintenant la manœuvre de Sellick peut être envisagée. La priorité étant l'oxygénation de la patiente. La place de la laryngoscopie assistée par des vidéolaryngoscopes dans ce contexte reste clairement à définir, même si dans la littérature quelques cas rapportés de succès d'intubation suggèrent un intérêt. Enfin, on observe à l'heure actuelle, des pratiques discordantes pour les anesthésies générales en fin de travail, par rapport à ce qui est admis comme devant être la norme, c'est-à-dire une induction en séquence rapide avec intubation endotrachéale systématique. Une réflexion doit être menée sur ce point, afin d'accorder les pratiques sur le terrain aux recommandations.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Keywords:

Airway;
Obstetric;
Pregnancy;
Risks;
Anaesthesia;
Difficult intubation;
Intubation criteria;
Algorithm;
Policy.

Objective. – Reviewing problems related to the airway management in obstetrics, taking into account the recent evolutions of the anaesthetic practices in obstetrics.

Data sources. – A review of the literature in English and French was performed in the Pumed[®] database in April 2010. The first research used the following MeshTerms: “Anesthesia, Obstetrical” [Mesh] AND “Intubation, Intratracheal” [Mesh]. Complementary research used alone or in combination the following keywords: difficult tracheal intubation; failed tracheal intubation; airway; prediction of difficult tracheal intubation; maternal mortality; maternal morbidity; liability; aspiration pneumonia and obstetrical anaesthesia.

Study selection. – All the publications were retained excluding the correspondence.

Data extraction. – Data analysis for the airway management in obstetrics, the prediction of difficult intubation, the prevention of pulmonary inhalation of gastric fluid, but also on maternal morbi-mortality in link with general anesthesia in obstetrics.

Data synthesis. – Airway management in obstetrics remains a true challenge for various reasons. The physiological and anatomical modifications related to pregnancy are responsible for a faster hypoxemia, a reduction of the diameter of the pharyngolaryngeal tract, as well as an increase of the risk of inhalation of gastric contents after 16 weeks of amenorrhea. The emergency or extreme emergency context and the presence of diseases like obesity or preeclampsia raise the risks of difficulties with airway management. The logical evolution of the practices, with the considerable rise of the regional anaesthesia/analgesia limits the training and the maintenance of competences for intratracheal intubation in obstetrics. The training per simulation appears particularly interesting on the subject and this approach needs to be developed. The literature indicates that the incidence of difficult intubation is of one per 30. The impossible intubation is one per 280 in obstetrics, eight times greater than in the general population. No criterion of difficult intubation is sufficiently predictive alone. In obstetrics as in other contexts, the association of several criteria will permit to anticipate a difficult intubation. There is a worsening of the Mallampati during the pregnancy and during labour. To limit the risk of a difficult management of the airway in obstetrics, it will be paramount and capital, in addition to give priority to the regional anaesthesia/analgesia each time possible, to perform a careful and repeated evaluation of the predictive criteria of difficult intubation or ventilation. The inhalation of gastric fluid will systematically be prevented. The adapted material and algorithms for difficult intubation must be available in the labour wards. In case of a difficult intubation during an emergency caesarean section, the SFAR algorithms must be applied. In case of a “cannot intubate can ventilate situation”, the possibility of carrying on the Caesarean maintaining the Sellick manoeuvre should be considered. The place of the laryngoscopy assisted by videolaryngoscope in this context clearly remains to be defined. Even if in the literature some cases of successful intubation through these devices suggest an interest, there is a clear deviance between the guidelines and the practices concerning general anaesthesia performed at the end of the labour. Indeed they should be systematically performed with rapid sequence induction and tracheal intubation. A reflexion on this theme is necessary in order to grant the practices to the recommendations.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

La gestion des voies aériennes supérieures (VAS) est une problématique majeure en anesthésie obstétricale. Les modifications physiologiques et anatomiques liées à la grossesse, le contexte d'urgence, voire d'extrême urgence de certaines situations et la présence de comorbidités ou de pathologies pouvant majorer les risques, font de la prise en charge des voies aériennes en obstétrique un véritable challenge. Un échec d'intubation trachéale ou une intubation difficile (ID) exposent la mère à un risque d'hypoxémie pouvant aller jusqu'à l'arrêt cardiocirculatoire hypoxique et au risque d'inhalation bronchique avec pour conséquence une augmentation de la morbi-mortalité maternelle et fœtale. En plus des aspects émotionnels pour la famille et les équipes soignantes, ces situations parfois dramatiques ont des implications médico-légales. Il est classique de retenir que les femmes enceintes sont huit fois plus à risque d'échec d'intubation trachéale que la population générale, ce risque étant estimé à 1/250 chez les femmes enceintes [1,2]. Rappelons également que le syndrome d'inhalation du contenu

gastrique au cours de l'anesthésie a été initialement décrit dans les années 1940 par Mendelson, chez des parturientes [3]. L'évaluation des voies aériennes par la combinaison de différents tests cliniques, peut en obstétrique comme pour la population générale, aider à identifier les patients à risque d'une éventuelle ID. Il faudra cependant tenir compte de la modification possible de certains de ces critères au cours de la grossesse et en péripartum [4–6]. Avec l'évolution des pratiques en anesthésie obstétricale et l'essor considérable des techniques d'anesthésie locorégionale au détriment de l'anesthésie générale, l'apprentissage et le maintien de l'expertise pour l'intubation orotrachéale sont devenus plus difficiles. Les techniques de simulation peuvent contribuer à améliorer ou maintenir les compétences dans ce domaine. L'objectif de cette revue générale est :

- de rappeler les modifications physiologiques et anatomiques liées à la grossesse et leur impact sur les VAS ;
- de préciser les terrains et les pathologies pouvant majorer les risques ;

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2746295>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2746295>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)