



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Intubation difficile chez la femme enceinte



Difficult intubation in pregnant women

Agnès Le Gouez^{a,*}, Hawa Keita^{b,c}

^a Département d'anesthésie-réanimation, hôpital Antoine-Béclère, 157, rue de la Porte-de-Trivaux, BP 405, 92141 Clamart cedex, France

^b Service d'anesthésie, CHU Louis-Mourier, AP-HP, université Paris 7, Denis-Diderot PRES Sorbonne Paris Cité, 178, rue des Renouillers, 92700 Colombes, France

^c Université Paris-Diderot, Sorbonne Paris Cité, EA recherche clinique coordonnée ville-hôpital, méthodologies et société (REMES), 75010 Paris, France

Disponible sur Internet le 23 août 2017

MOTS CLÉS

Voies aériennes ;
Intubation difficile ;
Anesthésie
obstétricale ;
Femme enceinte

Résumé En obstétrique, la confrontation à des difficultés de contrôle des voies aériennes est un événement rare, mais potentiellement grave du fait d'une morbi-mortalité non négligeable. L'anesthésie générale en urgence pour césarienne nécessite une bonne connaissance de la physiologie maternelle. L'accès aux voies aériennes supérieures doit impérativement être évalué en consultation, mais aussi au moment de l'induction de l'anesthésie, en raison de l'évolution du score de Mallampati au cours du travail obstétrical. Une attention toute particulière doit être portée aux patientes pré-éclampsiques, qui du fait de l'œdème des voies aériennes, sont à risque non seulement, d'intubation difficile, mais surtout de ventilation au masque facial difficile. L'importance de la qualité de la préoxygénation doit être soulignée ainsi que la réalisation d'une induction en séquence rapide. Des recommandations existent pour la population générale récemment actualisées par la SFAR, mais elles ne peuvent être transposées telles quelles en obstétrique, en raison de la présence d'un fœtus dont l'indication d'extraction peut être impérative. Des recommandations dédiées à l'obstétrique ont été publiées en Grande-Bretagne sous l'égide de l'Obstetric Anaesthetists' Association (OAA) et de la Difficult Airway Society (DAS). Elles permettent de mieux appréhender l'anesthésie générale en contexte obstétrical d'une part et la gestion d'une intubation ou d'une ventilation difficile d'autre part. Ces algorithmes doivent être connus des praticiens et disponibles dans les services de maternité. La place des vidéolaryngoscopes reste à définir précisément. En raison du nombre limité d'anesthésies générales en contexte obstétrical, la formation en simulation est un outil qui doit être développé afin de maintenir et de parfaire les compétences dans ce domaine des anesthésistes exerçant en obstétrique.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : agnes.le-gouez@aphp.fr (A. Le Gouez).

KEYWORDS

Airway management;
Difficult intubation;
Obstetric anesthesia;
Pregnant woman

Summary Difficult airway management in obstetric anaesthesia is a rare, but potentially serious, event with a true morbidity and mortality rate. Airway access must be re-evaluated just before induction of general anaesthesia, because Mallampati score may worsen during labor. A specific care is needed regarding pre-eclamptic patients as airway edema might impair intubation and more over facial mask ventilation. Oxygenation before intubation also requires special care because of decreased reserve. Guidelines used in non-obstetrical patients need to be adapted, mainly because of urgent delivery by cesarean section. On behalf of Obstetric Anaesthetists' Association (OAA) and Difficult Airway Society (DAS), specific airway management guidelines dedicated to the obstetrical population have been recently published. They emphasize the importance of a well-prepared general anaesthesia in obstetrics setting on one hand and the management of a difficult intubation or ventilation on the other hand. These algorithms must be adapted to each maternity unit and available for each physician. A useful tool on the decision to pursue or interrupt the surgery is also available in the OAA/DAS guidelines. Videolaryngoscopes are useful tool in this setting. High fidelity simulation training programs must be developed in order to maintain and improve anaesthetic competencies in airway management.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La nécessité d'une anesthésie générale et donc d'accès aux voies aériennes supérieures (VAS) est un événement rare en anesthésie obstétricale. Cependant, la morbi-mortalité liée à l'anesthésie en obstétrique est principalement due à la gestion des voies aériennes difficiles et à ses risques associés d'inhalation et d'hypoxie materno-fœtale. Les *guidelines* établies en contexte de chirurgie générale sont difficilement transposables telles quelles en maternité, en raison de la présence d'un fœtus dont le bien-être est souvent au cœur de la problématique de la césarienne en urgence. Alors que des recommandations sur la prise en charge des voies aériennes existent depuis plus de 10 ans en dehors du contexte de l'obstétrique, il a fallu attendre 2015 pour que des recommandations dédiées à l'obstétrique, voient le jour sous l'égide de l'Obstetric Anaesthetists' Association (OAA) et de la Difficult Airway Society (DAS) [1]. Cependant, en l'absence d'études de haut niveau de preuve disponibles dans la littérature internationale, ces recommandations sont basées principalement sur des avis d'experts ou sur la transposition de recommandations établies pour la population non obstétricale. En France, la SFAR n'a pas émis de référentiel récent sur ce sujet, mais des algorithmes concernant l'obstétrique sont disponibles [2]. Ces algorithmes de prise en charge doivent être bien connus des anesthésistes en obstétrique, en raison du caractère stressant de la difficulté de gestion des voies aériennes en contexte obstétrical et de sa gravité potentielle extrême pour la mère et le fœtus. L'intérêt de la mère et de l'enfant pouvant diverger, c'est l'anesthésiste en concertation avec l'équipe obstétricale qui devra prendre la décision de poursuivre ou non la chirurgie.

Problématique des voies aériennes en obstétrique

Anesthésie générale en obstétrique

Le nombre d'anesthésies générales (AG) en contexte obstétrical, est en diminution depuis une trentaine d'années dans les pays industrialisés grâce à l'essor de l'anesthésie locorégionale. L'expérience des anesthésistes concernant la prise en charge des VAS en obstétrique a donc diminué. Il est nécessaire que des algorithmes spécifiques de prise en charge des VAS soient rédigés et diffusés au sein des maternités afin de faciliter la prise en charge des parturientes que cela soit pour une césarienne, mais également pour toute chirurgie en cours de grossesse nécessitant une anesthésie générale.

Mortalité maternelle et gestion des voies aériennes supérieures

La diminution du nombre de décès maternels dus à l'anesthésie a été drastique, puisqu'elle est passée de 50 par triennum jusqu'en 1981 à moins de 8 par triennum. La réduction de la mortalité liée à la gestion des voies aériennes en est la principale cause. Cependant, un seul triennum (1994–1996) n'a pas rapporté de décès lié à l'airway. Dans une revue de la littérature de 1970 à 2015, sur la survenue d'échec de l'intubation lors de l'anesthésie générale en contexte obstétrical, la mortalité maternelle retrouvée était de 1 décès pour 90 échecs d'intubation, soit 2,3 décès pour 100 000 anesthésies générales pour césarienne [3]. Ce problème persiste donc, même si peu de patientes sont concernées. Le dernier rapport de mortalité

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5563313>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5563313>

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