Prise en charge des voies aériennes supérieures en obstétrique: enquête française de pratique

Upper airway management in obstetrics: results of a French survey

Laurent Zieleskiewicz, MD · Jean Pierre Bellefleur, MD ·
Marc Leone, MD, PhD

Received: 24 October 2008 / Revised: 28 November 2008 / Accepted: 17 December 2008 / Published online: 12 February 2009
© Canadian Anesthesiologists' Society 2009

Au rédacteur en chef,

La réalisation d'une anesthésie générale (AG) chez une parturiente est associée à un risque significatif d'intubation orotrachéale difficile et d'inhalation. Toute parturiente au-delà de 16 à 21 semaines d'aménorrhée doit être considérée comme à risque d'estomac plein. Par conséquent, les experts d'anesthésie obstétricale recommandent l'intubation orotrachéale systématique en cas d'AG.¹ Conscientes de ce risque de morbidité et de mortalité maternelles imputable à l'anesthésie, les sociétés savantes, notamment l'*American Society of Anesthesiologists* et la Société française d'anesthésie et de réanimation ont émis des recommandations sur la gestion des voies aériennes supérieures et sur la prophylaxie de l'inhalation en obstétrique.²

Notre objectif a été de vérifier l'application de ces recommandations sur le terrain. En 1996, une enquête française ne rapportait que 8% d'intubation orotrachéale lors des AG pour manipulations utérines après l'accouchement.³ Au Canada, une analyse des pratiques réalisée en 1998 montrait qu'environ 80% des AG pour révision utérine étaient réalisées sans intubation orotrachéale.⁴ Depuis près de 10 ans, aucune autre étude n'a abordé ce sujet. Nous avons donc réalisé une évaluation des pratiques concernant la prise en charge des voies aériennes supérieures en obstétrique en France au moyen d'un questionnaire national anonyme disponible en ligne du 10 mai au 10 novembre 2007.

Quatre-cent-vingt anesthésistes ont répondu à ce questionnaire. De ce nombre, 58% déclaraient disposer pour l'intubation orotrachéale d'un capnographe; 86%, d'un chariot d'intubation difficile; et 71%, d'un algorithme de prise en charge de l'intubation orotrachéale difficile. Quatre-vingt-six pour cent des participants à cette enquête déclaraient prescrire une chimioprophylaxie de l'inhalation avant l'AG. Ils n'étaient que 24% à déclarer pratiquer une intubation orotrachéale systématique en cas de révision utérine ou délivrance artificielle du placenta, et ils étaient 45% à dire utiliser l'intubation systématique lors de manœuvres instrumentales. En cas d'intubation orotrachéale, la succinylcholine était utilisée par 82% des anesthésistes interrogés.

Les suivis des recommandations sur la prise en charge des voies aériennes supérieures et la chimioprophylaxie de l'inhalation sont relativement satisfaisants. Deux exceptions restent à signaler : l'utilisation du capnographe et la pratique de l'intubation orotrachéale systématique lors des AG en fin d'accouchement. Alors que l'intubation orotrachéale est quasi systématique en France lors des césariennes sous AG,² la pratique est beaucoup moins généralisée lors des AG réalisées après l'accouchement. Ce résultat confirme ceux retrouvés dans les études précédentes. Le taux d'intubation orotrachéale n'était que de 5% dans une enquête récente réalisée au sein de notre structure.⁵ Plusieurs hypothèses sont à discuter pour expliquer cette discordance. Le rapport bénéfice / risque de chaque technique anesthésique, i.e. ventilation spontanée au masque versus intubation orotrachéale, n'est pas perçu de façon consensuelle entre les experts et les anesthésistes exerçant dans les maternités. Par ailleurs, seuls 58% des praticiens déclaraient disposer d'un capnographe alors que celui-ci est recommandé par l'ensemble des sociétés pour la gestion des voies aériennes supérieures en anesthésie. Ce résultat

L. Zieleskiewicz, MD · J. P. Bellefleur, MD (✉) · M. Leone, MD, PhD
Hôpital Nord, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Marseille, France
e-mail: jeanpierre.bellefleur@ap-hm.fr

M. Leone, MD, PhD
Université de la Méditerranée, Marseille, France

constitue un écart aux règles de bonne pratique alors que les problèmes d'intubation orotrachéale difficile et d'inhalation sont exacerbés en anesthésie obstétricale.

En conclusion, cette étude souligne la nécessité d'inciter les anesthésistes à généraliser l'utilisation du capnographe lors de l'intubation orotrachéale des parturientes et de réfléchir à la réelle pertinence de l'intubation orotrachéale systématique lors des AG en fin de grossesse. Il serait enrichissant de comparer ces pratiques à celles des anesthésistes canadiens tout en discutant les particularismes organisationnels de chaque pays.

Conflit d'intérêt Aucun.

Source de financement Institution.

Références

1. *Glosten B.* Anesthesia for obstetrics. In: Miller RD, editor. *Anesthesia*. 5th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2000. p. 1960–72.
2. *American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia.* Practice guidelines for obstetric anesthesia: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. *Anesthesiology* 2007; 106: 843–63.
3. *Clergue F, Auroy Y, Péquignot F, Joula E, Lienhart A, Laxenaire MC.* French survey of anesthesia in 1996. *Anesthesiology* 1999; 91: 1509–20.
4. *Breen TW, McNeil T, Dierenfield L.* Obstetric anesthesia practice in Canada. *Can J Anesth* 2000; 47: 1230–42.
5. *Zieleskiewicz L, Bellefleur JP, Antonini F, Ortega D, Leone M, Martin C.* Airway management for anaesthesia performed at the end of labour: survey of practices. *Ann Fr Anesth Reanim* 2008 [Epub ahead of print].