

Modalités d'administration des vasopresseurs pour césarienne programmée sous rachianesthésie: état des connaissances et perspectives.

Mathieu Bodet, Domitille Dereu, Nejla Essafi, Frederic J. Mercier, Morgan Le Guen.

L'hypotension artérielle est classiquement définie dans les études comme une baisse de la valeur systolique inférieure à 80% de sa valeur de base. Cette hypotension se manifeste cliniquement par des effets indésirables comme les nausées et/ou vomissements, mais peut aller jusqu'à des altérations de l'état de conscience, l'inhalation bronchique du contenu gastrique, et jusqu'au collapsus cardiovasculaire.

La baisse du débit utéro-placentaire entraîne une hypoxie foetale avec acidose, si cet épisode dure plus de 4 minutes, une bradycardie foetale peut alors apparaître.

Afin de traiter cette hypotension, deux drogues sont en concurrence. L'éphédrine et la phényléphrine.

L'éphédrine à des doses importantes (10 à 15 mg au total) entraîne une acidose foetale plus sévère que la phényléphrine.

Cependant, une méta-analyse incluant 142 études comparant ces deux vasopresseurs ne montrent pas de différences de score d'APGAR.

La phényléphrine a comme avantage que son délai d'action est plus rapide (30 secondes versus 90 secondes pour l'éphédrine) et elle est chronotrope négatif. À des doses plus importantes (600 mg au total) une bradycardie maternelle peut être observée surtout s'il coexiste une hypovolémie. Une co-administration d'éphédrine et de phényléphrine (3mg/50mcg) permet de réduire l'incidence de l'hypotension de moitié avec un meilleur pH au cordon que lorsque l'éphédrine est employée seule.

Néanmoins la tendance actuelle est de privilégier la phényléphrine seule en première intention afin de limiter les doses totales d'éphédrine.

La perfusion continue de phényléphrine prophylactique est supérieure à l'administration curative de bolus tant en terme de diminution des épisodes d'hypotension, mais également de nausées et vomissements. Les doses de phényléphrine sont significativement plus importantes que lors de l'usage de bolus curatif. L'inconvénient de la perfusion continue est la survenue plus importante de bradycardie maternelle sans répercussion néonatale cependant.

Une stratégie prophylactique par bolus ou perfusion continue de l'hypotension maternelle est primordiale selon les auteurs sans qu'une étude de la littérature ait pu montrer la supériorité de l'une ou l'autre technique.

Plusieurs équipes étudient des modèles automatisés de perfusion continue de phényléphrine prenant en compte la fréquence cardiaque ainsi que la tension artérielle. Le débit serait dès lors automatiquement adapté aux paramètres hémodynamiques. Les premiers résultats sont encourageants, mais ce genre de technique reste actuellement du domaine de la recherche.

La noradrénaline en perfusion continue est un vasopresseur qui se montre prometteur dans le cas des césariennes sous rachianesthésie. Cependant il y a un manque de preuve robuste soutenant son utilisation dans cette indication. Elle ne peut donc être recommandée à l'heure actuelle en pratique clinique.

En conclusion, les auteurs notent qu'il faut garder une tension artérielle systolique dans un intervalle de 20% par rapport à la valeur de référence. Pour y arriver à l'heure actuelle il faut favoriser la phényléphrine. Le mode d'administration en continu ou avec des bolus prophylactiques donne des résultats équivalents sur l'incidence des nausées, vomissements et sur la survenue d'une hypotension maternelle.