

Prévalence et facteurs de risque d'estomac "plein" à l'admission en salle de naissance

Lionel Bouvet, Juliette Fabre, Charlotte Roussin, Camille Nadal, Agnès Le Gouez, Florence Vial, Hawa Keita-Meyer, Frédéric J Mercier, Vincent Thuet, Dominique Chassard, Laurent Zieleskiewicz

Conflits d'intérêt

Aucun

Position du problème et objectif(s) de l'étude

Suite aux modifications anatomiques et physiologiques qui surviennent au cours de la grossesse, la femme enceinte est classiquement considérée comme ayant un risque majoré d'inhalation en cas d'anesthésie générale (1). Si plusieurs publications récentes ont rapporté des taux de parturientes avec un estomac "plein" en fin de travail ou après l'accouchement compris entre seulement 25 et 30% (2), aucune étude n'a évalué la prévalence du contenu gastrique à risque chez la parturiente lors de son admission en salle de naissance. Cette étude prospective multicentrique avait donc comme objectif de déterminer la prévalence et les facteurs de risque d'estomac "plein" à l'admission en salle de naissance.

Matériel et méthodes

Cette étude a été réalisée dans six maternités françaises de niveau 3. Toute patiente admise en salle de naissance pour accouchement, déclenchement, interruption médicale de grossesse ou césarienne programmée était incluse. Les données cliniques étaient recueillies à l'admission et le contenu gastrique était déterminé par échographie de l'antré en décubitus dorsal (DD) et décubitus latéral droit (DLD). L'estomac "plein" était défini par la visualisation d'un contenu solide ou liquide épais ou par la visualisation de liquide clair en DD et/ou DLD avec un volume $> 1,5$ ml/kg. Lorsque l'installation en DLD était impossible et que l'antré était vide en DD, une aire antrale > 505 mm² en DD correspondait également à un estomac "plein" (3). Les données quantitatives étaient exprimées en médiane (écart interquartile) et comparées par le test U de Mann Whitney, et les données qualitatives étaient exprimées en nombre (%) et comparées par le test Chi², avec $p < 0,05$ significatif, pour l'analyse univariée. Une analyse multivariée était réalisée par régression logistique en incluant les facteurs significatifs en analyse univariée.

Résultats & Discussion

A ce jour, 916 parturientes ont été incluses et analysées, dont 591 (65%) présentaient un estomac "plein" à l'admission. Les résultats de l'analyse univariée figurent dans le tableau 1. En analyse multivariée, le facteur de risque d'estomac plein mis évidence était l'examen réalisé chez une patiente en travail (OR:1,6 [IC95: 1,05-2,4]), tandis que le délai d'ingestion de solide était un facteur protecteur (OR:0,99 [IC95: 0,997-0,998])

Résultats de l'analyse univariée. Les données sont exprimées en médiane [IQR] ou en nombre (%)			
	vide (n= 325)	plein (n=591)	p
Délai liquide clair (min)	180 [60-463]	130 [60-270]	<0,0001
Délai solide (min)	720 [450-890]	320 [180-709]	<0,0001
Age (années)	32 [28-35]	31 [27-35]	0,2688
Terme (SA)	39 [37-40]	39 [38-40]	0,0052
Evaluation douleur (EVA)	4 [0-7]	5 [0-8]	0,0182
Parturiente en travail	247 (76%)	536 (90%)	<0,0001
Déclenchement	102 (31%)	229 (39%)	0,0317
Ocytocine	67 (21%)	182 (31%)	0,0012
Diabète gestationnel sous insuline	26 (8%)	50 (8,5%)	0,9179
Grossesse Gémellaire	24 (7,5%)	24 (4%)	0,0414
Hypothyroïdie	11(3,4%)	22 (3,7%)	0,9415
Nausées	81(25%)	123 (21%)	0,1777
IMC>30	70 (22%)	136 (23%)	0,013
Cimetidine<1h	35 (11%)	43 (7%)	0,0913

Conclusion

Notre étude montrait que 65 % des parturientes présentaient un estomac "plein" à l'admission en salle de naissance. Ce résultat est à comparer au taux de seulement 27% d'estomac "plein" rapporté à dilatation complète (2), confirmant que la vidange gastrique n'est pas interrompue pendant le travail. L'analyse des facteurs de risque d'estomac "plein" à l'admission en salle de naissance sera complétée une fois les inclusions terminées.

Références

1. Am J Obstet Gynecol. 1946;52:191-205 2. Acta Anaesthesiol Scand. 2019;63:27-33 3. Eur J Anaesthesiol 2018;35:379–89.