



HAL
open science

Management des voies aériennes chez la femme enceinte : enquête de pratique en 2018

Jennifer Hernandez

► **To cite this version:**

Jennifer Hernandez. Management des voies aériennes chez la femme enceinte : enquête de pratique en 2018. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03174814

HAL Id: dumas-03174814

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03174814>

Submitted on 19 Mar 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Jennifer HERNANDEZ

Le 5 Octobre 2020

MANAGEMENT DES VOIES AÉRIENNES CHEZ LA FEMME ENCEINTE : ENQUÊTE DE PRATIQUE EN 2018

Directeur de thèse : Dr SLETH Jean Christian

JURY

Président : Pr DADURE Christophe

Assesseurs :

Pr CUVILLON Philippe

Pr PERRIGAULT Pierre François

Dr SLETH Jean Christian

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Jennifer HERNANDEZ

Le 5 Octobre 2020

MANAGEMENT DES VOIES AÉRIENNES CHEZ LA FEMME ENCEINTE : ENQUÊTE DE PRATIQUE EN 2018

Directeur de thèse : Dr SLETH Jean Christian

JURY

Président : Pr DADURE Christophe

Assesseurs :

Pr CUVILLON Philippe

Pr PERRIGAULT Pierre François

Dr SLETH Jean Christian

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

| | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| ALLIEU Yves | CALLIS Albert | JAFFIOL Claude | NAVRATIL Henri |
| ALRIC Robert | CANAUD Bernard | JANBON Charles | OTHONIEL Jacques |
| ARNAUD Bernard | CHAPTAL Paul-André | JANBON François | PAGES Michel |
| ASTRUC Jacques | CIURANA Albert-Jean | JARRY Daniel | PEGURET Claude |
| AUSSILLOUX Charles | CLOT Jacques | JOURDAN Jacques | PELISSIER Jacques |
| AVEROUS Michel | COSTA Pierre | LAFFARGUE François | POUGET Régis |
| AYRAL Guy | D'ATHIS Françoise | LALLEMANT Jean Gabriel | PUJOL Henri |
| BAILLAT Xavier | DEMAILLE Jacques | LAMARQUE Jean-Louis | RABISCHONG Pierre |
| BALDET Pierre | DESCOMPS Bernard | LAPEYRIE Henri | RAMUZ Michel |
| BALDY-MOULINIER Michel | DIMEGLIO Alain | LE QUELLEC Alain | RIEU Daniel |
| BALMES Jean-Louis | DUBOIS Jean Bernard | LESBROS Daniel | ROCHFORT Henri |
| BALMES Pierre | DUJOLS Pierre | LOPEZ François Michel | ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre |
| BANSARD Nicole | DUMAS Robert | LORIOT Jean | SAINT AUBERT Bernard |
| BAYLET René | DUMAZER Romain | LOUBATIERES Marie Madeleine | SANCHO-GARNIER Hélène |
| BILLIARD Michel | ECHENNE Bernard | MAGNAN DE BORNIER Bernard | SANY Jacques |
| BLARD Jean-Marie | FABRE Serge | MARY Henri | SEGNARBIEUX François |
| BLAYAC Jean Pierre | FREREBEAU Philippe | MATHIEU-DAUDE Pierre | SENAC Jean-Paul |
| BLOTMAN Francis | GALIFER René Benoît | MEYNADIER Jean | SERRE Arlette |
| BONNEL François | GODLEWSKI Guilhem | MICHEL François-Bernard | SOLASSOL Claude |
| BOURGEOIS Jean-Marie | GRASSET Daniel | MION Charles | THEVENET André |
| BRUEL Jean Michel | GUILHOU Jean- Jacques | MION Henri | VIDAL Jacques |
| BUREAU Jean-Paul | HERTAULT Jean | MIRO Luis | VISIÉ Jean Pierre |
| BRUNEL Michel | HUMEAU Claude | NAVARRO Maurice | |

Professeurs Emérites

| | |
|-------------------------|----------------------|
| ARTUS Jean-Claude | MARES Pierre |
| BLANC François | MAUDELONDE Thierry |
| BOULENGER Jean-Philippe | MAURY Michèle |
| BOURREL Gérard | MILLAT Bertrand |
| BRINGER Jacques | MONNIER Louis |
| CLAUSTRES Mireille | MOURAD Georges |
| DAURES Jean-Pierre | PREFAUT Christian |
| DAUZAT Michel | PUJOL Rémy |
| DAVY Jean-Marc | RIBSTEIN Jean |
| DEDET Jean-Pierre | SCHVED Jean-François |
| ELEDJAM Jean-Jacques | SULTAN Charles |
| GROLLEAU RAOUX Robe | TOUCHON Jacques |
| GUERRIER Bernard | UZIEL Alain |
| GUILLOT Bernard | VOISIN Michel |
| LANDAIS Paul | ZANCA Michel |

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

| | |
|------------------------------|---|
| ALBAT Bernard | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| ALRIC Pierre | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire) |
| BACCINO Eric | Médecine légale et droit de la santé |
| BASTIEN Patrick | Parasitologie et mycologie |
| BLAIN Hubert | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie |
| BONAFE Alain | Radiologie et imagerie médicale |
| CAPDEVILA Xavier | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| CHAMMAS Michel | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| COLSON Pascal | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| COMBE Bernard | Rhumatologie |
| COTTALORDA Jérôme | Chirurgie infantile |
| COUBES Philippe | Neurochirurgie |
| COURTET Philippe | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| CRAMPETTE Louis | Oto-rhino-laryngologie |
| CRISTOL Jean Paul | Biochimie et biologie moléculaire |
| DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel | Médecine d'urgence |
| DE WAZIERES Benoît | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie |
| DELAPORTE Eric | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| DEMOLY Pascal | Pneumologie ; addictologie |
| DOMERGUE Jacques | Chirurgie viscérale et digestive |
| DUFFAU Hugues | Neurochirurgie |
| ELIAOU Jean François | Immunologie |
| FABRE Jean Michel | Chirurgie viscérale et digestive |
| FRAPIER Jean-Marc | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| HAMAMAH Samir | Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |

| | |
|--------------------------|---|
| HEDON Bernard | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| HERISSON Christian | Médecine physique et de réadaptation |
| JABER Samir | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| JEANDEL Claude | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie |
| JONQUET Olivier | Médecine intensive-réanimation |
| JORGENSEN Christian | Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie |
| KOTZKI Pierre Olivier | Biophysique et médecine nucléaire |
| LABAUGE Pierre | Neurologie |
| LARREY Dominique | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| LEFRANT Jean-Yves | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| LUMBROSO Serge | Biochimie et Biologie moléculaire |
| MARTY-ANE Charles | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| MERCIER Jacques | Physiologie |
| MESSNER Patrick | Cardiologie |
| MONDAIN Michel | Oto-rhino-laryngologie |
| MORIN Denis | Pédiatrie |
| PAGEAUX Georges-Philippe | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| PUJOL Pascal | Biologie cellulaire |
| QUERE Isabelle | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire) |
| RENARD Eric | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |
| REYNES Jacques | Maladies infectieuses, maladies tropicales |
| RIPART Jacques | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| ROUANET Philippe | Cancérologie ; radiothérapie |
| SOTTO Albert | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| TAOUREL Patrice | Radiologie et imagerie médicale |
| VANDE PERRE Philippe | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| YCHOU Marc | Cancérologie ; radiothérapie |

PU-PH de 1^{re} classe

| | |
|---------------------------|---|
| AGUILAR MARTINEZ Patricia | Hématologie ; transfusion |
| ASSENAT Éric | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| AVIGNON Antoine | Nutrition |
| AZRIA David | Cancérologie ; radiothérapie |
| BAGHDADLI Amaria | Pédopsychiatrie ; addictologie |
| BEREGI Jean-Paul | Radiologie et imagerie médicale |
| BLANC Pierre | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| BORIE Frédéric | Chirurgie viscérale et digestive |
| BOULOT Pierre | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| CAMBONIE Gilles | Pédiatrie |
| CAMU William | Neurologie |
| CANOVAS François | Anatomie |
| CAPTIER Guillaume | Anatomie |
| CARTRON Guillaume | Hématologie ; transfusion |
| CAYLA Guillaume | Cardiologie |
| CHANQUES Gérald | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| CORBEAU Pierre | Immunologie |
| COSTES Valérie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| COULET Bertrand | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| CYTEVAL Catherine | Radiologie et imagerie médicale |
| DADURE Christophe | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| DAUVILLIERS Yves | Physiologie |
| DE TAYRAC Renaud | Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale |
| DE VOS John | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| DEMARIA Roland | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |

| | |
|--------------------------|--|
| DEREURE Olivier | Dermatologie - vénéréologie |
| DROUPY Stéphane | Urologie |
| DUCROS Anne | Neurologie |
| DUPEYRON Arnaud | Médecine physique et de réadaptation |
| FESLER Pierre | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie |
| GARREL Renaud | Oto-rhino-laryngologie |
| GENEVIEVE David | Génétique |
| HAYOT Maurice | Physiologie |
| KLOUCHE Kada | Médecine intensive-réanimation |
| KOENIG Michel | Génétique |
| LAFFONT Isabelle | Médecine physique et de réadaptation |
| LAVABRE-BERTRAND Thierry | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| LAVIGNE Jean-Philippe | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| LE MOING Vincent | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| LECLERCQ Florence | Cardiologie |
| LEHMANN Sylvain | Biochimie et biologie moléculaire |
| MARIANO-GOULART Denis | Biophysique et médecine nucléaire |
| MATECKI Stéfan | Physiologie |
| MEUNIER Laurent | Dermato-vénéréologie |
| MOREL Jacques | Rhumatologie |
| NAVARRO Francis | Chirurgie viscérale et digestive |
| NOCCA David | Chirurgie viscérale et digestive |
| PETIT Pierre | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| PERNEY Pascal | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie |
| PRUDHOMME Michel | Anatomie |
| PUJOL Jean Louis | Pneumologie ; addictologie |
| PURPER-OUAKIL Diane | Pédopsychiatrie ; addictologie |

TOUITOU Isabelle

Génétique

TRAN Tu-Anh

Pédiatrie

VERNHET Hélène

Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURDIN Arnaud

Pneumologie ; addictologie

CANAUD Ludovic

Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

CAPDEVIELLE Delphine

Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CLARET Pierre-Géraud

Médecine d'urgence

COLOMBO Pierre-Emmanuel

Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent

Radiologie et imagerie médicale

CUVILLON Philippe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAIEN Vincent

Ophtalmologie

DORANDEU Anne

Médecine légale et droit de la santé

FAILLIE Jean-Luc

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

FUCHS Florent

Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

GABELLE DELOUSTAL Audrey

Neurologie

GAUJOUX Viala Cécile

Rhumatologie

GODREUIL Sylvain

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien

Psychiatrie d'adultes ; addictologie

GUILPAIN Philippe

Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUIU Boris

Radiologie et imagerie médicale

HERLIN Christian

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

HOUEDE Nadine

Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William

Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris

Médecine intensive-réanimation

KALFA Nicolas

Chirurgie infantile

| | |
|-----------------------------|--|
| KOUYOUMDJIAN Pascal | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| LACHAUD Laurence | Parasitologie et mycologie |
| LALLEMANT Benjamin | Oto-rhino-laryngologie |
| LE QUINTREC DONNETTE Moglie | Néphrologie |
| LETOUZEY Vincent | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| LONJON Nicolas | Neurochirurgie |
| LOPEZ CASTROMAN Jorge | Psychiatrie d'Adultes ; addictologie |
| LUKAS Cédric | Rhumatologie |
| MAURY Philippe | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| MILLET Ingrid | Radiologie et imagerie médicale |
| MORANNE Olivier | Néphrologie |
| MURA Thibault | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication |
| NAGOT Nicolas | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication |
| PANARO Fabrizio | Chirurgie viscérale et digestive |
| PARIS Françoise | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| PASQUIE Jean-Luc | Cardiologie |
| PELLESTOR Franck | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| PEREZ MARTIN Antonia | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire) |
| POUDEROUX Philippe | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| RIGAU Valérie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| RIVIER François | Pédiatrie |
| ROGER Pascal | Anatomie et cytologie pathologiques |
| ROSSI Jean François | Hématologie ; transfusion |
| ROUBILLE François | Cardiologie |
| SEBBANE Mustapha | Médecine d'urgence |
| SIRVENT Nicolas | Pédiatrie |
| SOLASSOL Jérôme | Biologie cellulaire |

| | |
|-------------------|--|
| STOEBNER Pierre | Dermato-vénéréologie |
| SULTAN Ariane | Nutrition |
| THOUVENOT Éric | Neurologie |
| THURET Rodolphe | Urologie |
| VENAIL Frédéric | Oto-rhino-laryngologie |
| VILLAIN Max | Ophtalmologie |
| VINCENT Denis | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie |
| VINCENT Thierry | Immunologie |
| WOJTUSCISZYN Anne | Endocrinologie-diabétologie-nutrition |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIÉ Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

| | |
|-------------------------|--|
| BADIOU Stéphanie | Biochimie et biologie moléculaire |
| BOULLE Nathalie | Biologie cellulaire |
| CACHEUX-RATABOUL Valère | Génétique |
| CARRIERE Christian | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| CHARACHON Sylvie | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| FABBRO-PERAY Pascale | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| GIANSILY-BLAIZOT Muriel | Hématologie ; transfusion |
| HILLAIRE-BUYS Dominique | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| PUJOL Joseph | Anatomie |
| RICHARD Bruno | Médecine palliative |
| RISPAIL Philippe | Parasitologie et mycologie |
| SEGONDY Michel | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |

MCU-PH de 1^{re} classe

| | |
|------------------------------|--|
| BERTRAND Martin | Anatomie |
| BOUDOUSQ Vincent | Biophysique et médecine nucléaire |
| BOURGIER Céline | Cancérologie ; Radiothérapie |
| BRET Caroline | Hématologie biologique |
| COSSEE Mireille | Génétique |
| GIRARDET-BESSIS Anne | Biochimie et biologie moléculaire |
| LAVIGNE Géraldine | Hématologie ; transfusion |
| LESAGE François-Xavier | Médecine et Santé au Travail |
| MATHIEU Olivier | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas | Radiologie et imagerie médicale |
| MOUZAT Kévin | Biochimie et biologie moléculaire |
| OLIE Emilie | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| PANABIERES Catherine | Biologie cellulaire |
| PHILIBERT Pascal | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| RAVEL Christophe | Parasitologie et mycologie |
| SCHUSTER-BECK Iris | Physiologie |
| STERKERS Yvon | Parasitologie et mycologie |
| THEVENIN-RENE Céline | Immunologie |
| TUAILLON Edouard | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |

MCU-PH de 2^{ème} classe

| | |
|------------------|---|
| CHIRIAC Anca | Immunologie |
| DE JONG Audrey | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| DU THANH Aurélie | Dermato-vénéréologie |
| GOUZI Farès | Physiologie |

| | |
|------------------|--|
| HERRERO Astrid | Chirurgie viscérale et digestive |
| JEZIORSKI Éric | Pédiatrie |
| KUSTER Nils | Biochimie et biologie moléculaire |
| MAKINSON Alain | Maladies infectieuses, Maladies tropicales |
| PANTEL Alix | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| PERS Yves-Marie | Thérapeutique; addictologie |
| ROUBILLE Camille | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie |
| SZABLEWSKY | Anatomie et cytologie pathologiques |

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE ENGBERINK Agnès

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

| | |
|-------------------------------|--|
| BARATEAU Lucie | Physiologie |
| BASTIDE Sophie | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| DAIEN Claire | Rhumatologie |
| GATINOIS Vincent | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| GOULABCHAND Radjiv | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie |
| LATTUCA Benoit | Cardiologie |
| MIOT Stéphanie | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie |
| PINETON DE CHAMBRUN Guillaume | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| SOUCHE François-Régis | Chirurgie viscérale et digestive |

Remerciements :

En premier lieu je remercie les membres du jury de l'attention qu'ils ont porté à mon travail et de m'avoir fait l'honneur de l'évaluer. Qu'ils trouvent ici l'expression de ma profonde estime.

A ma si jolie famille de sang et de cœur :

Merci à papa, pour m'avoir transmis le goût de la persévérance, apprenons ensemble à savourer les joies des belles réussites...

Merci à maman pour ton soutien et ton amour inconditionnels...

A Alex, merci d'avoir été « ma thèse coach », merci de m'avoir écoutée mille fois raconter les mêmes histoires en boucle avec patience et bienveillance, merci pour le plus bel anniversaire dont je pouvais rêver...

Merci à Cat pour ton soutien constant et ton envie de faire plaisir en famille, merci à Marlou d'être un petit frère toujours aimant malgré la distance.

Merci à papy pour tous ces trajets en voiture pour aller au cheval, ces milliards de chaussons aux pommes qui ont eu raison de ma ligne à l'époque, merci pour ton amour pudique

A mamy, tu ne t'en souviens pas aujourd'hui, mais merci pour tous ces moments de complicité dans la cuisine, au jardin ou devant le carnet de dessin, tu es mon premier exemple de femme forte et aimante, et c'est comme ça que je te vois aujourd'hui et à jamais...

A Patrick et Quentin, merci pour tous ces bons petits plats agrémentés de débats philosophiques qui m'ont permis de grandir et de me réaliser dans mon travail.

Merci à toi mon Fred, d'avoir toujours été là pour moi, en remplas, en garde, en weekend, toujours dispo pour une séance de reboostage intensif ! Merci d'être dans ma vie, tu es dans mon cœur de femme et de médecin, toujours.

Merci à Franck, pour tes conseils en informatique, ton aide et ton soutien infaillible, tu es extraordinaire !

Merci à Mircéa d'être entré dans ma vie, à pic pour les stats, et pour le reste... Merci d'être l'homme que tu es, merci d'aimer la femme que je suis, merci de me permettre d'entrevoir l'avenir avec sérénité et amour pour longtemps...

A mes amis Lyonnais :

Merci à Léa d'avoir été mon amie fidèle depuis plus de 10 ans, merci pour toutes ces soirées salsa, ces nuits passées sur ton canap, et ces après-midi thé de Noël !

Merci à Vinh et Siri pour ce mois de révisions passé à Lorient, à manger du riz, se battre contre un essaim d'abeilles et bien sûr préparer le concours, je ne vous oublierai jamais.

Merci aux amis du Cha pour avoir été des sources permanentes de challenge et stimulé mon esprit de compétition.

Merci aux Pères d'avoir été des guides sur le long chemin de l'externat.

A l'équipe médicale et paramédicale du Bloc de Béziers :

Merci à Brigitte d'avoir été la première à me proposer un poste de chef.

Merci à Alex pour avoir été mon premier co-interne, soudés dans l'adversité !

A l'équipe médicale et paramédicale du bloc de Carémeau :

Merci d'avoir été toujours bienveillants, de m'avoir appris tout au long de mes semestres d'internat, jeune et moins jeune, merci d'avoir rendu l'hôpital de Nîmes ma « maison » du Sud, j'y garde tous mes plus beaux souvenirs d'amitiés en garde.

A l'équipe de réanimation Med de Carémeau :

Merci à tous les chefs qui m'ont donné envie de devenir réanimateur pour être aussi « cools » et de bons médecins que vous, merci à Geoffroy pour son sang-froid lors de nos débats-potins avec les filles, merci à Saber d'avoir tenté de réparer la TV dans la chambre de garde, même si ça n'a pas marché !

A mes co-internes devenus des amis : Anne Laure pour ton sens unique du franc parler, merci pour ces débats sur la responsabilité patient, merci d'être PIRE que moi !!

Edwinou, merci pour tes conseils de vieil interne quand moi j'étais encore bébé, merci pour tes câlins masqués pendant le Covid, et merci pour l'inspiration que nous donnons avec ta magnifique petite famille.

Siham, merci pour les trajets MTP-Marseille pendant les DU, je n'aurais laissé conduire ma voiture à personne d'autre ! Merci pour la recette de la soupe algérienne et les autres ! Merci d'avoir été toujours déterminée et battante, tu es aussi une belle inspiration en tant que jeune femme médecin, et j'espère te compter longtemps parmi mes amis.

A toute l'équipe du Dar C :

Merci à Valou d'avoir été ma partenaire de labours en réa, puis ma partenaire d'afterworks en bonnets-mitaines et écharpes pendant les longs mois d'hiver métropolitains !

Merci à KevKev d'avoir été le premier à me montrer mon potentiel en tant que réa, et à avoir cru en moi. Merci de m'avoir laissé déjeuner avec ma sœur en garde ! Merci d'être l'exemple incarné du pédagogue qui attend toujours le meilleur de ces étudiants...

Merci à Flora pour ta gentillesse, merci pour tes mots rassurants sur mon futur poste de chef à vos côtés.

Merci à Pierre François de m'accorder la confiance de faire partie de l'équipe.

A toute l'équipe médicale et paramédicale de Saint Roch :

Merci à toi JC pour m'avoir transmis le gout d'aller fouiller PubMed entre deux péris ! Et d'avoir suggéré ce travail, tu m'as ainsi offert une belle opportunité.

Merci à Christian pour ta gentillesse constante, à Fred pour ton discours à mon pot de départ, qui m'a émue aux larmes.

Merci à Simone de m'avoir permis d'effectuer mes premiers remplas en clinique tremblante de la tête aux pieds, merci de ta confiance.

Merci à Mel, pour ces pauses clopes au milieu de milliers de péridurales et de consultations ! Je suis ravie d'avoir croisé sur ma route une aussi belle personne et j'espère que nous pourrons continuer ensemble, je te souhaite le meilleur pour la suite.

Merci à Céd, d'avoir été le meilleur dentiste au monde qui anesthésie la gencive avant l'anesthésie !
Merci de m'avoir permis de mieux me connaître.

A toute l'équipe médicale et paramédicale du Dar D :

Merci de nous accueillir avec la même bienveillance lorsque à 3h du mat, nous sommes tels des poules devant un couteau devant les ECMO qui alarment.

Merci à Jess et Romu pour votre bonne humeur constante, vos coups de gueule et les pauses café/clope/potins !

Merci à Martin d'avoir répondu qu'être différent c'était être extraordinaire...

A l'équipe d'anesthésie pédiatrique, merci de m'avoir fait découvrir le gout de l'anesthésie des petits et de m'avoir accordé votre confiance pour me former le mieux possible.

Merci au Pr Dadure d'avoir été présent et disponible pour les maintes corrections de thèse, merci de votre bienveillance au bloc et dans mon travail de rédaction, je ne pouvais pas espérer meilleur président du jury.

A l'équipe de réanimation Chirurgicale de Carémeau :

Merci à mes co internes, la team Covid warriors: Toto pour ton sérieux, ta gentillesse et les petites pâtisseries de ta femme, Pb pour ton humour, tes challenges; Chloé pour tes tips sur les achats sur le net, PauPau pour les pauses clopes/ potins, et Loic mon premier petit bébé a moi, merci pour ta confiance et ton amitié, tu me rends déjà très fière !

Merci à toute l'équipe paramédicale, d'avoir été aussi bienveillants avec nous les internes, vous êtes aussi bons que sympa ! et cependant je ne dis pas merci pour les pandas !

Merci à guillaume de m'avoir laissé regarder HP dans la chambre de garde, parce que c'est ça « être Fan ! », merci d'avoir participé à ma vidéo à destination des IDE d'une HAD qui me tenait à cœur.

Merci à Benjamin, dit « oui oui » pour m'avoir donné l'envie d'être un réanimateur qui prend la main de ses malades, je passerais cependant mon tour pour les tongs ! Merci d'avoir été là quand je n'avais que des doutes sur le job. Merci d'élargir toujours mon horizon cinématographique !

Merci à Laurent et Claire pour avoir cru en moi bien avant moi-même, vos mots m'accompagnent au chevet des malades.

Merci à Pierre pour avoir élevé nos discussions sur le sens de la médecine et de la Réanimation.

Merci à Steph et Flo pour avoir été deux belles inspirations de chefs bienveillants et sympas !

A toute l'équipe de la PGS :

Merci à Arnaud d'avoir organisé mon planning d'une main de maître/fer, de sorte de toujours me donner le travail d'un « anesthésiste du privé », merci de m'avoir permis de vivre le dernier semestre d'interne le plus parfait et le plus complet.

Merci à Pascal pour les débriefs de mes remplacements au café, qui l'ont bien fait rire...

Merci à Patrick et Jérôme de m'avoir invitée à la cafétéria, pour leur bienveillance et le téléphone de la maternité...

Merci à Seb pour tes revues de la littérature agrémentées de plaisanteries vaseuses qui égayent les longues journées de plaies de main...

Merci à Marc d'avoir tenté de me convaincre de l'intérêt des blocs de pieds, sans succès malheureusement...

Merci aux chirurgiens de m'avoir donné une vraie place au sein de l'équipe, à Sylvain de m'avoir laissée opérer avec lui (bien trop tard pour mon droit au remord...), à Emmanuel de m'avoir appris à poser des PAC et tenir une pince « comme un stylo » et pas comme une « pince à épiler » !!

Merci à l'équipe paramédicale de la clinique pour son accueil, les filles du réveil, aux soins, les sages-femmes qui m'ont redonné le goût de l'obstétrique par des sourires et des bons gâteaux !

A toute l'équipe de réanimation d'Ales :

Merci à Nadie de m'avoir accordé la confiance pour ces premiers remplacements, merci à l'équipe qui m'a accordé une place chaleureuse malgré mon statut de remplaçant.

Merci aux collègues pour leur bienveillance, et leur conseils inestimables de « vieux »

Merci aux premiers internes que j'ai côtoyés en gardes pour votre investissement et votre sérieux (les deux m'étaient extrêmement nécessaires !) et merci pour votre confiance. Je vous souhaite à tous les trois de belles carrières dans les domaines qui vous passionnent !

Enfin, à tous ceux que j'ai croisés en gardes, et ceux que j'oublie de citer : merci de m'avoir tous apporté un fragment de votre savoir, au détour d'une « histoire de chasse », d'une expérience ou même d'une simple astuce, de m'avoir partagé votre sens de la médecine et l'amour du métier. Vous avez chacun été les pierres ajoutées à l'édifice du médecin que je suis aujourd'hui et pour cela, je ne peux que vous assurer de ma gratitude éternelle.

Table des matières

| | |
|----------------------------|----|
| INTRODUCTION | 1 |
| MATÉRIEL ET MÉTHODES | 4 |
| RÉSULTATS | 6 |
| DISCUSSION | 13 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 17 |
| ANNEXES | 20 |
| SERMENT..... | 30 |

INTRODUCTION

Bien que pratiquée par de nombreux médecins anesthésistes dans les institutions privées ou publiques, l'anesthésie obstétricale est une spécialité à part entière au sein de l'anesthésie réanimation, avec de nombreuses spécificités dues à la complexité des changements physiologiques chez la femme enceinte. Des spécificités de l'anesthésie obstétricale découlent des règles de prise en charge particulières indispensables pour augmenter la sécurité maternelle et fœtale. L'émergence des techniques neuraxiales et l'amélioration de la sécurité anesthésique ont permis la réduction de la mortalité maternelle (1). En France, depuis 2001, cette mortalité est en dessous de 8/100 000 naissances vivantes et continue de baisser (2). Le taux d'anesthésie générale (AG) pour césarienne en France se situait autour de 1,7% en 2003 (3), mais celui-ci semble continuer à baisser jusque moins de 1% dans la dernière étude observationnelle réalisée en Angleterre (4). Les trois principales indications de l'AG pour césarienne sont respectivement : le caractère d'urgence de la césarienne (40%), la contre-indication des techniques d'anesthésie loco-régionale (ALR) neuraxiale (30%) et l'échec de réalisation de ces techniques (25%) (5). Le taux de conversion de l'ALR en AG est fonction du degré d'urgence : 1% pour les césariennes programmées contre 5% pour les césariennes réalisées en urgence (6).

La gestion des voies aériennes supérieures (VAS) des parturientes peut également se révéler problématique. Le potentiel manque d'expérience des praticiens dû au nombre limité d'AG réalisées par an, et les situations d'urgence dans lesquelles celles-ci sont pratiquées, sont les deux principales situations pouvant mettre en difficulté la gestion des VAS en obstétrique. Ainsi, les deux risques majeurs liés à l'AG, augmentant potentiellement la morbi-mortalité materno-fœtale sont l'inhalation et l'intubation difficile (7).

Historiquement, l'inhalation était la principale cause de mortalité maternelle. Elle a été décrite dans cette population initialement quand les règles de jeûne pendant le travail n'étaient pas encore appliquées. La première notion démontrée par Mendelson était le retard de vidange gastrique chez les parturientes au cours du travail obstétrical (8). Plusieurs modifications physiologiques durant la grossesse augmentent le risque d'inhalation. La progestérone circulante réduit le tonus du sphincter inférieur de l'œsophage (SIO) et augmente l'acidité gastrique, avec pour conséquence directe une incidence augmentée des pyrosis pendant la grossesse (9). De même, l'augmentation en taille de l'utérus gréviste modifie l'angle du SIO, augmentant alors le

risque de reflux et théoriquement le risque d'inhalation après 16 semaines d'aménorrhée (SA) (10). Cependant, la croyance que la vidange gastrique est ralentie au cours de la grossesse a été réfutée en dehors de la situation du travail obstétrical (11). Ainsi, le risque supposé d'inhalation chez la femme enceinte en dehors du travail est controversé (12).

Conséquence directe des changements anthropométriques de cette population, l'intubation difficile est devenue la principale cause de mortalité maternelle due à l'anesthésie (13,14). La gestion des voies aériennes est compliquée par les changements anatomiques dus à la grossesse tels que l'œdème des VAS, la rétention hydrosodée mais aussi l'augmentation de l'incidence de l'obésité. L'incidence de l'échec de l'intubation est estimée 8 fois supérieure à celle de la population non obstétricale (15).

Quinn *et al.* ont montré qu'au Royaume-Uni, le taux d'échec d'intubation en obstétrique est stable sur les quatre dernières décennies (autour de 1 échec pour 224 intubations) (16). La mortalité maternelle due à l'échec d'intubation est de 2,3/ 100 000 anesthésies et découle d'une inhalation secondaire ou d'une hypoxémie. Les risques prédictifs associés, retrouvés dans cette étude, étaient l'âge, le poids, le BMI et le Mallampati > 1 (16). Ces données sont comparables avec d'autres études plus anciennes qui retrouvent une incidence d'environ 1/280 d'intubation difficile, et 1/30 d'échec d'intubation (5). McDonnell and Paech (5) ont montré que sur 1095 femmes sous anesthésie générale pour césarienne tout degré d'urgence (47% catégorie 1, 18% catégorie 4), 3,3% était considéré « intubation difficile » avec moins de 1% de Cormack 3 et 4 à la laryngoscopie. L'échec à l'intubation orotrachéale a été retrouvé dans 4 cas (0,4%), dont 3 ont été gérés par un dispositif supra-laryngé (DSL) et 1 seul cas d'inhalation a été décrit sans augmentation de la mortalité maternelle.

En raison de ces risques spécifiques, des recommandations internationales ont été publiées récemment (17). Ces recommandations préconisent une évaluation attentive des VAS, une prophylaxie antiacide, l'utilisation de l'induction en séquence rapide avec intubation orotrachéale obligatoire, et l'utilisation de la manœuvre de Sellick après 16 SA. (Annexe 1). Des algorithmes en cas d'intubation difficile spécifiques à la femme enceinte sont également proposés par les auteurs (annexe 1). En France, aucune recommandation spécifique à la femme enceinte n'est disponible. Aussi, Boutonnet *et al.* rappellent que les algorithmes de la SFAR s'appliquent en cas d'intubation difficile (Annexe 2) et proposent un algorithme adapté (10) (Annexe 3a-3b). Beaucoup de ces recommandations, et notamment celles concernant la manœuvre de Sellick, ont été validées à la suite d'études expérimentales (8) et sont, à ce jour,

remises en cause par des études plus récentes (18). Ce climat de contradiction en France peut amener à remettre en cause les pratiques préconisées.

Le but principal de cette étude, réalisée sous forme d'enquête, était d'évaluer l'attitude et les modifications de pratiques des anesthésistes-réanimateurs français sur la gestion des VAS en anesthésie obstétricale. Les objectifs secondaires étaient de connaître l'algorithme utilisé pour intubation difficile dans la pratique française, ainsi que la place à donner aux dispositifs supra-glottiques (DSL) largement utilisés dans d'autres pays que ce soit pour les césariennes programmées mais également en urgence.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude prospective descriptive observationnelle sous la forme d'une enquête en ligne proposée aux médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR) juniors ou séniors français. Entre juin et juillet 2018, un questionnaire de 42 questions était disponible sur le site de la SFAR. Les MAR, membres de la SFAR, ont été sollicités via internet pour participer à cette étude. Le consentement était implicite par le fait qu'ils acceptaient de répondre au questionnaire.

Le questionnaire était anonyme. Le retour à la question précédente n'était pas permis. Une réponse n'était pas obligatoire par question. La plupart des questions était fermées. Certaines questions comprenaient des réponses prédéfinies pouvant être cochées telles que certaines drogues utilisables, ou « d'accord/pas d'accord ». Les résultats présentés dans ce travail, s'intéressent seulement aux questions concernant la gestion des voies aériennes supérieures de la femme enceinte.

L'enquête était divisée en plusieurs parties :

- Les quatre premières questions permettaient de déterminer le profil des répondeurs : type d'activité ; statut (interne ou senior), expérience en terme d'années de pratique et de type de pratique. Cela permettait de déterminer le profil de la population de MAR répondeurs. La question 1 déterminait si le médecin pratiquait une activité obstétricale ; en cas de réponse négative, le questionnaire s'arrêtait.
- Les 39 questions suivantes portaient respectivement sur les connaissances physiopathologiques, la gestion des voies aériennes, les drogues utilisées pour la chirurgie chez la femme enceinte, la césarienne programmée, et la césarienne en urgence, l'utilisation de la manœuvre de Sellick, des DSL, et l'échographie gastrique.

L'ensemble du questionnaire est retrouvé en annexe 4.

Analyses statistiques

Les informations ont été analysées via le logiciel Excel. Les résultats sont présentés en pourcentage de répondeurs à la question. Nous avons réalisé une analyse statistique pour les quatre questions concernant l'utilisation des DSL en cas d'IOT difficile.

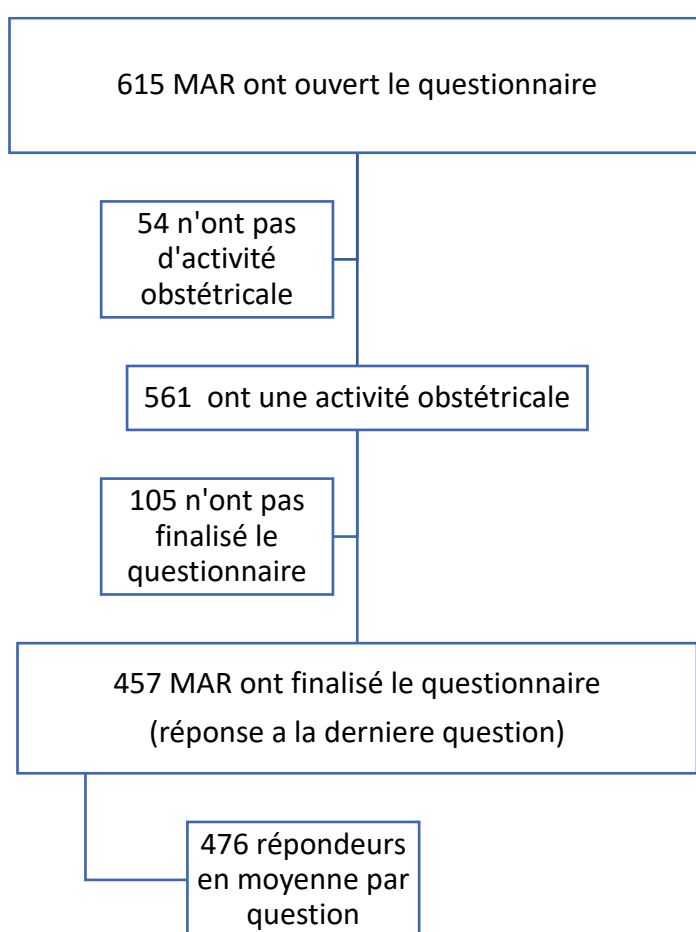
L'étude de l'influence croisée du caractère (programmé ou non) de la césarienne et de l'échec des autres techniques sur la propension à utiliser un DSL a été réalisée au moyen des réponses d'un quadruplet de questions. Ces dernières avaient pour format 'En cas d'échec d'intubation par laryngoscopie directe lors d'une césarienne [*programmée/urgente*] considèreriez-vous les DSL comme une solution à utiliser en [*première/deuxième*] intention ?'.

Le nombre de réponses recueillies est compris entre 422 et 444 selon les questions. Par souci d'interprétabilité et d'équilibre, les praticiens ayant répondu ne se prononce pas ou n'ayant pas répondu à l'une des quatre questions ont été écartés de l'analyse statistique suivante, portant à 374 la taille de l'échantillon de quadruplets de réponses. De par le caractère binaire des réponses (oui/non) et la non-indépendance de celles-ci au sein d'un quadruplet (correspondant à un même praticien), un modèle linéaire mixte généralisé (*Generalized Linear Mixed Model*, GLMM (19)) a été choisi comme méthode d'inférence statistique. En pratique, il s'agit d'une régression binomiale du logit de la probabilité à utiliser un DSL en fonction de deux effets dits fixes en interaction (le caractère et l'intention – variables qualitatives nominales à deux modalités) et contrôlé pour l'effet praticien par l'ajout d'un terme aléatoire praticien-dépendant. Outre la prise en compte de la corrélation possible des réponses d'un même praticien, cette modélisation permet d'attribuer les probabilités d'utilisation de DSL ainsi estimées à l'ensemble de la population de praticiens dont l'échantillon ici interrogé est représentatif, et non seulement aux seuls répondeurs.

RÉSULTATS

Entre Juin et Juillet 2018, 615 anesthésistes-réanimateurs ont débuté le questionnaire. Cinquante-quatre praticiens ont répondu négativement à la première question et ont arrêté l'évaluation. Soit 561 MAR ont répondu à la suite du questionnaire, 457 ont répondu à la dernière question (figure 1). Il y a eu une moyenne de 476 répondants par question, avec environ 550 MAR ayant répondu à 85% des questions.

Figure 1 : Flow chart



Les répondants se sont répartis entre 89% seniors (n=481) et 11% internes (n=61), dont 51% des seniors avec plus de 10 ans d'expérience en obstétrique. La majorité des répondants pratiquait dans un centre réalisant plus de 1500 accouchements par an. La répartition des types de pratique

était homogène entre les CHG, les CHU et les centres privés. L'ensemble des données démographiques est représenté dans le tableau 1.

Tableau 1 :Données démographiques des répondeurs

Données démographiques des répondeurs

| | N (%) |
|---------------------------------|-----------|
| Statut | |
| Interne | 61 (11%) |
| Senior | 473 (89%) |
| Années d'expérience | |
| <5 ans | 185 (34%) |
| 5-10 ans | 77 (14%) |
| >10 ans | 280 (51%) |
| Lieu d'exercice | |
| CHG | 208 (39%) |
| CHU | 190 (36%) |
| Clinique | 106 (20%) |
| ESPIC | 26 (5%) |
| Nombre de naissances/ an | |
| <500 | 9 (2%) |
| 500-1000 | 71 (13%) |
| 1000-1500 | 81 (15%) |
| 1500-3000 | 201 (38%) |
| >3000 | 166 (31%) |

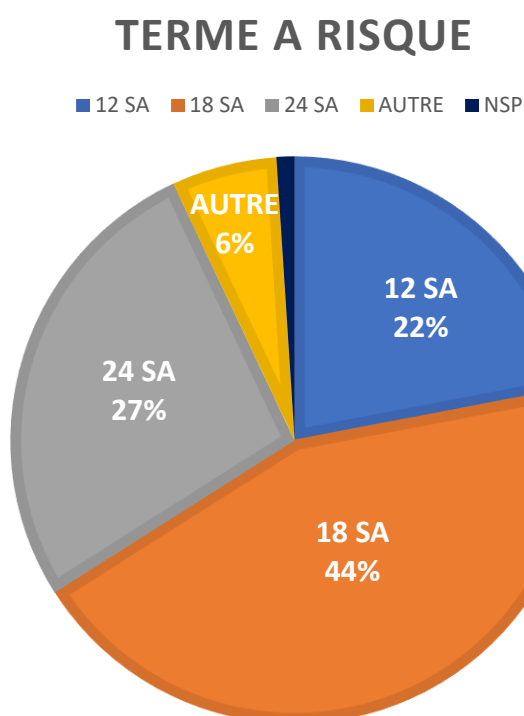
Connaissances physio pathologiques

Les MAR répondaient que les modifications physio-pathologiques, rencontrées pendant la grossesse, étaient une baisse du tonus du SIO (85% des répondeurs), une augmentation de l'acidité gastrique (72%), un retard de vidange gastrique (93%). Pour 95% d'entre eux, ces modifications justifiaient la pratique d'une induction en séquence rapide (ISR).

Cependant, certains MAR ont répondu qu'ils n'étaient pas d'accord avec les propositions de baisse du tonus du SIO (7% d'entre eux), de l'augmentation de l'acidité gastrique (17%), et de l'augmentation de l'acidité gastrique et la justification de l'ISR (<1%).

Le terme à partir duquel les MAR pensent que le risque d'inhalation est augmenté par les modifications physiologiques liées à la grossesse est représenté en figure 2.

Figure 2 : Terme à partir duquel les MAR considèrent que les modifications physiologiques durant la grossesse jouent un rôle (sur 504 MAR répondants)



Gestion des voies aériennes supérieures

Les questions suivantes étaient posées pour les 3 cas ci-après : anesthésie pour chirurgie non obstétricale (CNO), césarienne programmée (CP), et césarienne en urgence (CU).

Les principaux résultats sont rapportés dans le tableau 2.

L'hypnotique privilégié était le Propofol quelle que soit le type d'intervention, et notamment lors des césariennes programmées (63% des cas) ou en urgence (57% des cas).

Quand le Propofol n'était pas choisi, le Penthotal était plus souvent utilisé dans le cadre de l'urgence, 41% pour une CU versus 35% pour une CP.

Un curare était utilisé dans la très grande majorité des cas : plus de 95% tous types d'interventions confondus.

Le curare de choix restait la Succinylcholine, 91% pour une CP et 95% pour une CU. À l'inverse, le Rocuronium semblait plus envisagé pour la chirurgie non urgente : 23% pour la CNO versus 7% pour la CP et 4% pour la CU.

Enfin, le tamponnement gastrique était largement respecté pour les CP (92% des répondants) avec néanmoins une forte diminution dans le cadre de l'urgence (66% pour une CU).

La molécule de choix pour le tamponnement gastrique était les antiH2 effervescents pour plus de 89% des répondants.

Les résultats concernant la réalisation de la manœuvre de Sellick montre qu'elle restait utilisée dans 2/3 des cas en cas de césarienne (tableau 2). Concernant la réalisation pratique de Manoeuvre de Sellick, 43% des répondants considéraient qu'elle est utile pour prévenir l'inhalation, 62% que sa réalisation est conforme à sa description, 66% qu'elle peut être la cause de complications, et 81% qu'elle peut dégrader la qualité de la laryngoscopie.

Tableau 2 : Drogues et techniques utilisées pour les césariennes chez la femme enceinte :

| | CNO(%) | CP(%) | CU(%) |
|------------------------|--------|-------|-------|
| Propofol | 79 | 63 | 57 |
| Penthotal | 20 | 35 | 41 |
| Curare | 95 | 97 | 98 |
| Succhinylcholine | 71 | 91 | 95 |
| Rocuronium | 23 | 7 | 4 |
| Sellick | 53 | 63 | 66 |
| Tamponnement gastrique | 80 | 92 | 66 |

Dispositifs supra laryngés :

Les questions suivantes s'intéressaient aux DSL et notamment ceux disposant d'une double lumière permettant l'aspiration du contenu gastrique.

Après analyse statistique, les valeurs du meilleur estimateur non biaisé des probabilités d'utilisation de DSL et leurs intervalles de confiance associés (entre crochets) ainsi obtenus (après transformation logistique réciproque) sont, lors d'une césarienne programmée, respectivement de 21,7 [17,4 ; 26,7] % (en première intention) et 91,9 [88,5 ; 94,3] % (en deuxième intention), et lors d'une césarienne en urgence de 35,7 [30,5 ; 41,2] % (en première intention) et 87,7 [83,7 ; 90,9] % (en deuxième intention). Ces proportions estimées sont significativement différentes deux à deux (valeur $p < 10^{-3}$) exceptées pour les situations en deuxième intention. La Figure 3 illustre les résultats de cette analyse statistique menée sous *R* (20), en particulier au moyen des paquetages *lme4* (21) (pour la régression) et *emmeans* (22) (pour le calcul des intervalles de confiance et des comparaisons).

Figure 3 : Etude statistique sur la probabilité d'utilisation d'un DSL en cas d'échec d'IOT :

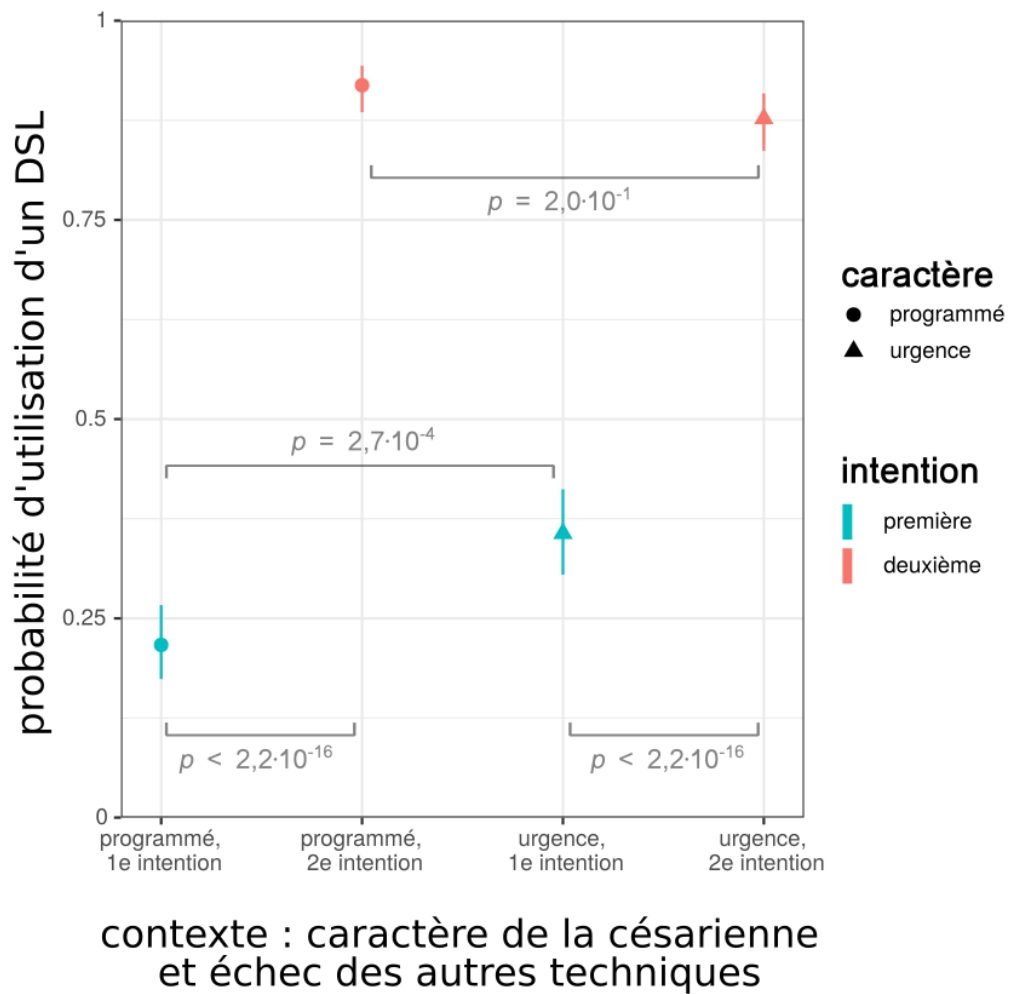


Figure 3. Probabilités d'utilisation de DSL estimées selon le caractère programmé (disques) ou urgent (triangles) de la césarienne et l'échec d'autres techniques (première intention : bleue, deuxième intention : orange), inférées d'après une régression logistique contrôlée pour l'effet praticien à partir de 374 réponses au questionnaire. Les accolades rectilignes indiquent la significativité de la différence entre les proportions inférées (valeur p du test z avec ajustement de Tukey).

Echographie gastrique :

La dernière question s'intéressait à la place de l'échographie gastrique pour déterminer un risque individuel d'estomac plein lors de la grossesse. Seulement 56% des MAR répondants étaient convaincus de son utilité pour déterminer la vacuité ou non de l'estomac de la parturiente.

DISCUSSION

Notre enquête montre que pour la gestion des VAS chez la femme enceinte, le Propofol reste l'hypnotique privilégié avec utilisation quasiment systématique d'un curare. Dans la grande majorité des cas, le choix se porte sur la Succinylcholine, d'autant plus qu'il s'agit d'une urgence. Pour le choix des drogues d'induction, il semble ne pas exister de recommandation formelle d'experts, en dehors de l'utilisation d'un curare systématique, ce qui est cohérent avec les résultats de notre étude.

Bien que controversée, la Manoeuvre de Sellick est réalisée par 2/3 des praticiens répondants lors d'une césarienne, quel que soit le degré d'urgence. Les modifications physiologiques de la grossesse sont relativement bien connues de la population de MAR répondants avec néanmoins quelques écueils.

L'utilisation des DSL en cas d'intubation difficile en France semble dépendante du caractère d'urgence, et dans tous les cas, relativement peu effectuée en première intention. Historiquement, les premières études consacrées à l'utilisation des DSL lors d'AG pour césariennes étaient des cas rapportés sur des intubations difficiles. Keller *et al.* ont consigné 19 cas relatant l'utilisation en secours des DSL chez 44 patientes en échec d'intubation, incluant 4 utilisations d'un Airtraq® et 4 ventilations sur DSL avant réveil et report de l'intervention. Aucun cas d'inhalation n'a été décrit dans cette série (23).

Dans certains pays orientaux où les césariennes programmées sous AG sont proportionnellement plus nombreuses que l'ALR pour des raisons culturelles, les MAR tendent à utiliser plus fréquemment les DSL (24,25). Cette pratique généralisée a abouti à des études observationnelles avec des échantillons conséquents, sans montrer de sur-risque d'inhalation en respectant certaines précautions : IMC < 35, jeûne depuis 6h, pas de RGO, pas de critère d'intubation difficile (24). Ainsi, ces études suggèrent que les DSL pourraient être considérés comme une alternative possible à l'intubation pour une partie des patientes considérées à très faible risque d'inhalation. Récemment, Li and Wei se sont intéressés aux DSL pour le management des VA en cas de césariennes urgentes avec pour critère de jugement principal la facilité d'insertion de ces dispositifs et n'ont pas retrouvé de sur-risque d'inhalation (25). Il est cependant important de noter qu'au-delà de gardes-fou tels le tri des patientes à très faible risque d'inhalation, la réalisation systématique de la manœuvre de Sellick, la prophylaxie anti-acide, la mise en place

d'une sonde gastrique au sein du DSL et l'aspiration systématique en début et fin de procédure du contenu gastrique, le protocole de ces études avaient en commun une coopération de l'obstétricien en terme de temps opératoire (médiane pour l'étude de Shi Yang Li : 29 min) ainsi qu'une faible pression appliquée sur le fond utérin lors de la délivrance.

Pour ce qui concerne les connaissances physio-pathologiques, la baisse du tonus du SIO a été largement étudiée et démontrée (26). Les résultats des répondeurs sont donc en concordance avec la bibliographie. A contrario, en dehors des contractions, le retard de vidange gastrique n'a pas été validé (11). Ainsi il n'existe pas de preuve évidente qu'une femme enceinte à jeun se présentant pour une chirurgie non obstétricale ou une césarienne programmée soit plus à risque d'inhalation. L'attitude en France est de donner des anti-acides. Celle-ci semble conforme à la littérature qui retrouve leur association avec une diminution du risque d'inhalation (27). Pour la manœuvre de Sellick, les répondeurs semblent moins convaincus par son efficacité (1/3 des répondeurs ne la pratiquant plus), ce qui correspond aux résultats retrouvés par des études récentes. En 2005, Benhamou rapportait que celle-ci n'était réalisée que dans 66% des AG en obstétrique (18). Ces résultats sont comparables avec ceux retrouvés dans notre enquête. On peut supposer que cette baisse est liée à une meilleure connaissance de ses effets secondaires et potentielles complications.

Dans le cadre de la CU, il est intéressant de noter que les répondeurs utilisent pour la plupart un tamponnement gastrique systématique, ce qui correspond aux recommandations. Cependant, le tamponnement gastrique est moins fréquemment utilisé lors de l'urgence que pour les CP, ce qui est un bon reflet de la réalité du terrain où celui-ci est plus souvent oublié en situation de stress. Les mêmes résultats ont été observés dans l'étude observationnelle canadienne de McDonnell et Paech où il était noté 94% d'utilisation de tamponnement pour les CP et seulement 64% dans le cas des CU (5).

Concernant l'intubation difficile de la femme enceinte, les MAR répondeurs semblent réticents à utiliser les DSL en première intention, suivant ainsi les algorithmes proposés par l'équipe de Boutonnet en cas de « CICO » c'est-à-dire au-delà de deux échecs d'intubation et dans le cas d'une ventilation impossible. C'est pourtant le premier dispositif utilisé en secours dans les enquêtes de pratiques sur l'AG en obstétrique, permettant la poursuite de l'intervention (10).

Pourtant, les complications liées à la multiplication des échecs de laryngoscopie sont bien connues : hypoxémie, intubation œsophagienne et inhalation (28). Ainsi, Preston (29) rappelle dans son éditorial qu'une deuxième tentative de laryngoscopie directe quand la première n'était pas favorable ne devrait pas être une stratégie par défaut, il conclut ainsi que la persistance n'est pas seulement futile mais peut s'avérer dangereuse. Enfin, le changement de paradigme de l'intubation à l'oxygénation est validé dans toutes les spécialités anesthésiques, et des études récentes suggèrent que l'oxygénation est à prioriser aux tentatives répétées d'intubation, via l'utilisation de dispositifs de secours (29). Cette notion est également rappelée dans la dernière conférence de consensus sur l'intubation difficile de la SFAR : « une désaturation impose l'arrêt des manœuvres d'intubation au profit de celles permettant une oxygénation. En cas de risque avéré d'hypoxémie, le vidéo-laryngoscope ne peut pas se substituer à un dispositif supra glottique » (30). Certaines équipes s'intéressent désormais à la conduite à tenir suite à la pose d'un DSL en cas d'échec d'intubation pour césarienne sous AG : ventilation sur DSL, réveil et report de l'intervention, voire intubation par fibroscopie souple via le DSL, en fonction du caractère d'urgence et des caractéristiques des patientes (31) enrichissant ainsi les possibilités d'algorithme d'intubation difficile en obstétrique.

Pour l'échographie gastrique, les réponders semblent peu convaincus par la technique, ceci pouvant être expliqué par la difficulté de la définition anatomique de l'estomac plein. Le chiffre d'un volume gastrique supérieur à 0,4 ml par kilo augmentant le risque d'inhalation résulte d'une étude expérimentale réalisée chez le singe en 1974 (32). Des études plus récentes semblent avoir trouvé un critère qualitatif meilleur parmi la population non obstétricale (33). De nouvelles études sont actuellement en cours pour déterminer son intérêt et sa réalisation pratique chez la femme enceinte (34).

Limites de l'étude :

La principale limite est liée aux caractéristiques intrinsèques d'une étude observationnelle du type enquête de pratiques. Aussi, le nombre de réponders n'a pas pu être assuré, ni la finalisation du questionnaire. Par le nombre limité de réponders, il est difficile de tirer des conclusions définitives sur la pratique française en anesthésie obstétricale. Nous avons donc choisi de présenter les résultats en termes de pourcentage de réponders à la question.

De la même manière, certaines questions méritaient un approfondissement de la réponse par le MAR. Malheureusement, ce questionnaire étant anonyme, nous n'avons pas pu prévoir d'interrogation secondaire des répondeurs.

Enfin, sans analyse statistique pour la plupart des questions, le biais de non-indépendance, source de l'effet praticien n'a pu être contrôlé.

Il s'agit donc d'une photographie à un instant T des pratiques et connaissances des MAR répondeur à cette enquête en 2018.

Conclusion :

Les connaissances et pratiques des MAR en France semblent correspondre aux recommandations internationales, particulièrement pour le choix des drogues et l'induction en séquence rapide.

Les avis semblent diverger sur les pratiques récemment remises en cause dans la littérature telles que la manœuvre de Sellick, et la place des DSL dans les algorithmes d'intubation difficile.

Il semblerait nécessaire d'élaborer des recommandations françaises spécifiques à la femme enceinte ainsi que des algorithmes d'intubation difficile, basées sur la littérature récente, afin d'homogénéiser les pratiques, et notamment de considérer l'utilisation des DSL comme technique de secours précoce au sein de ces algorithmes.

Enfin, de nouvelles études sont nécessaires pour définir la place de l'échographie gastrique chez la femme enceinte.

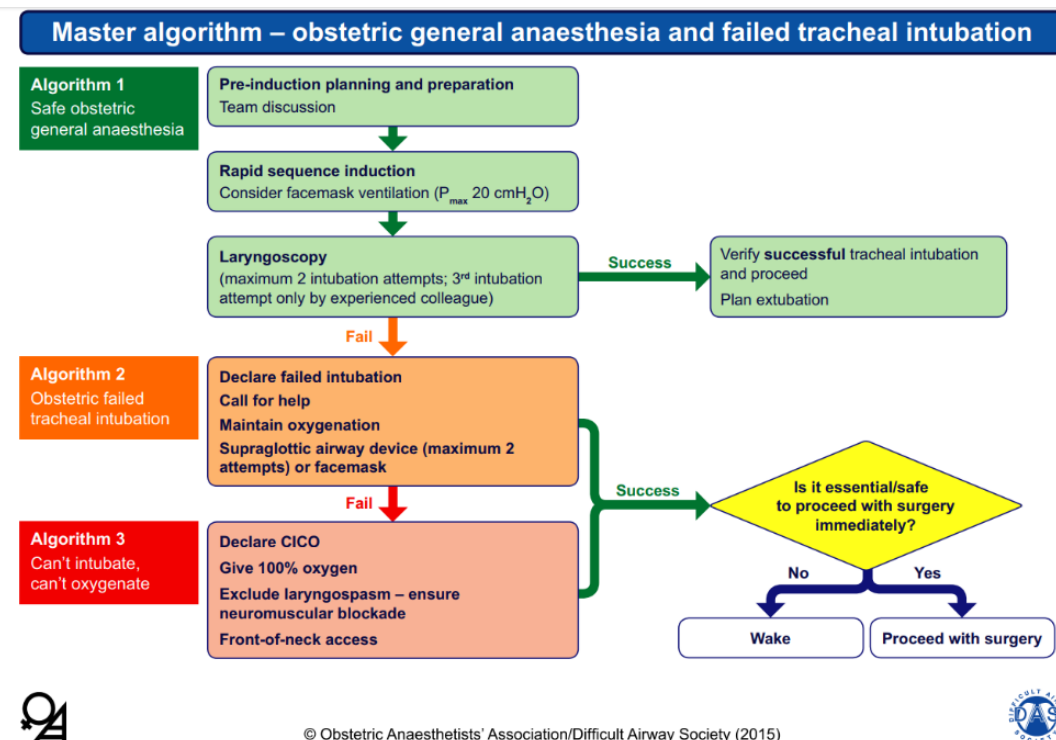
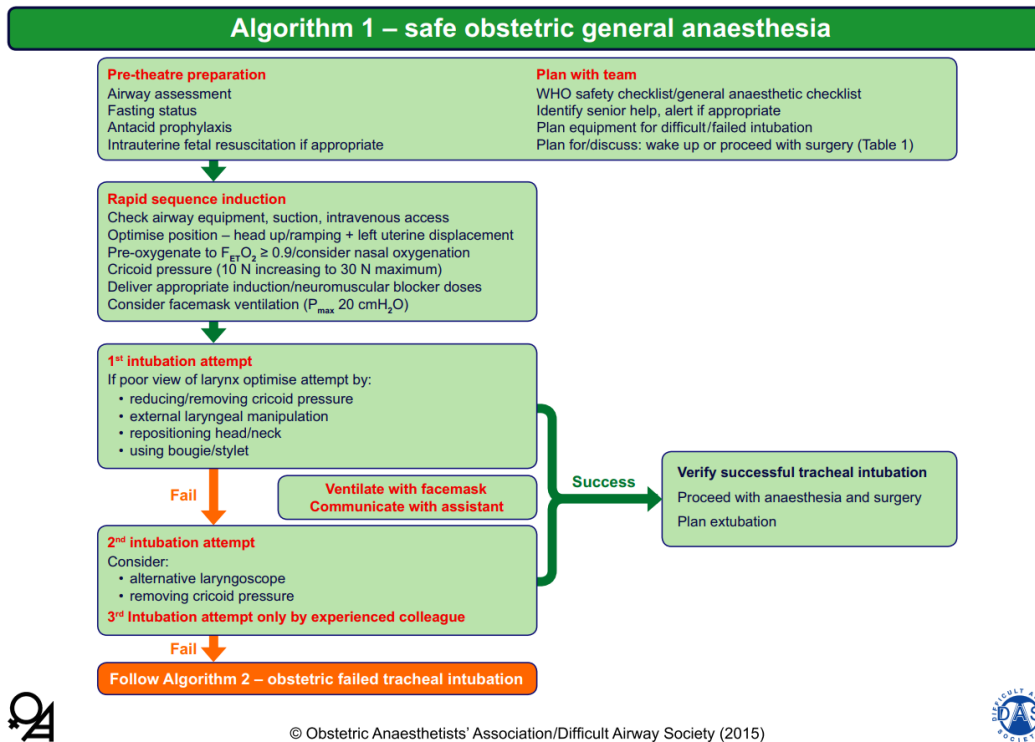
BIBLIOGRAPHIE

- (1) Hawkins JL. Anesthesia-related maternal mortality. *Clin Obstet Gynecol* 2003;3:679-87.
- (2) Bouvier-Colle M, Deneux-Tharoux C, Del Carmen Saucedo M. Rapport du comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) 2001-2006. Unité Inserm 953, Institut de veille sanitaire. Janvier 2010. http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2015/01/Rapport_Mortalite_Maternelle2001-2006.pdf
- (3) Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2003. Situation en 2003 et évolution depuis 1998. Paris, Inserm, 2005. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
- (4) Palanisamy A. General Anaesthesia for cesarean delivery at a tertiary care hospital from 2000 and 2005: a retrospective analysis and 10-year update. *Int J Obstet Anesth* 2011;20: 10-6.
- (5) McDonnell NJ, Paech NJ. Difficult and failed intubation in obstetric anaesthesia: an observational study of airway management and complications associated with general anaesthesia for cesarean section. *Int J Obstet Anesth* 2008;17, 292-7.
- (6) Kinsella SM. A prospective audit of regional anaesthesia failure in 5080 Caesarean sections. *Anaesthesia* 2008;63:822-32.
- (7) Hawkins JL, Koonin LM, Palmer SK, Gibbs CP. Anesthesia-related Deaths during Obstetric Delivery in the United States 1979–1990. *Anesthesiology* 1997;86:277-84.
- (8) Mendelson CL. The aspiration of stomach contents into the lungs during obstetric anesthesia. *Am J Obstet Gynecol* 1946;52:191-205.
- (9) Hey VM, Cowley DJ, Ganguli PC, Skinner LD, Ostick DG, Sharp DS. Gastro-oesophageal reflux in late pregnancy. *Anaesthesia* 1977;32:372-7.
- (10) Boutonnet M, Faitot V, Keïta H. Airway management in obstetrics. *Ann Fr Anesth Reanim* 2011;651-64.
- (11) Wong CA, Loffredi M, Ganchiff JN, Zhao J, Wang Z, Avram MJ. Gastric emptying of water in term pregnancy. *Anesthesiology* 2002;93:1570-1.

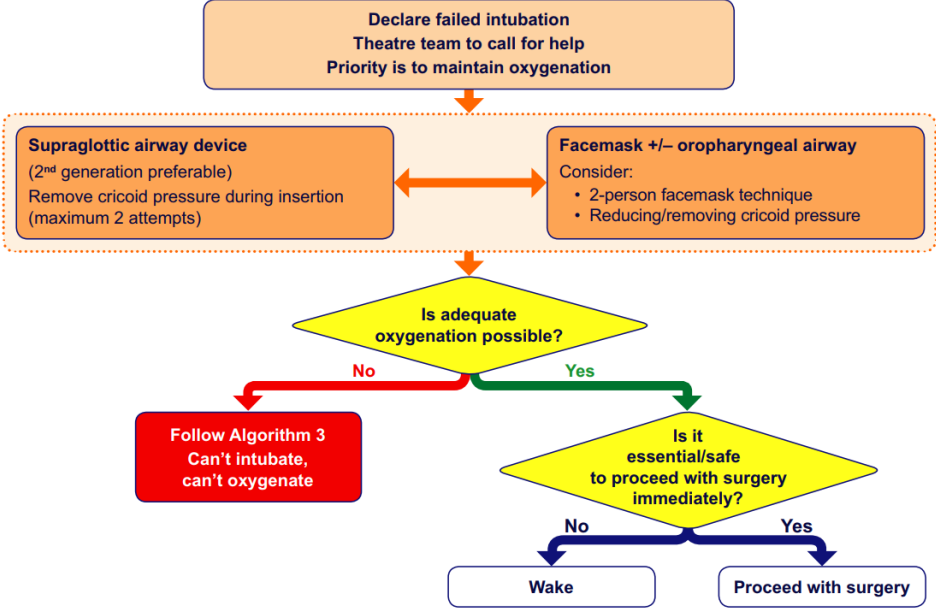
- (12) De Souza DG, Doar LH, Mehta SH, Tiouririne M. Aspiration Prophylaxis and rapid sequence Induction for Elective Cesarean Delivery: Time to reassess Old Dogma? *Anesth Analg* 2010;1503-05.
- (13) Kuczkowski KM, Reisner LS, Benumof JL. Airway problems and new solutions for the obstetric patient. *J Clin Anesth* 2003;15 :552-63.
- (14) Davies JM, Posner KL, Lee LA, Cheney FW, Domino KB. Liability associated with obstetric anesthesia: a closed claims analysis. *Anesthesiology* 2009;110:131-9.
- (15) Samsoun GL, Young JR. Difficult tracheal intubation: a retrospective study. *Anaesthesia* 1987;42:487-90.
- (16) Quinn AC, Milne D, Columb M, Gorton H and Knight M, Failed tracheal intubation in obstetric anaesthesia: 2 yr national case-control study in the UK. *Br J Anaesth* 2013;110 :74-80.
- (17) Mushambi MC, Kinsella SM, Popat M, Swales H, Ramaswamy KK, Winton AL and Quinn AC. Obstetric Anesthetists' Association and Difficult Airway Society Guidelines for the management of difficult and failed tracheal intubation in obstetrics. *Anaesthesia* 2015; 70:1286-306.
- (18) Benhamou D, Prévention du syndrome de Mendelson en obstétrique : l'intubation trachéale doit-elle demeurer un principe intangible ? *Ann Fr Anesth Reanim* 2009;28:115-8.
- (19) McCulloch CE, Neuhaus JM. Generalized linear mixed models. Wiley StatsRef: Statistics Reference Online, 2014.
- (20) R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, 2020. <https://www.R-project.org/>
- (21) Bates D, Maechler M, Bolker B, Walker S. Fitting Linear Mixed-Effects Models Using lme4». *J Stat Softw* 2015;67:1-48. doi:10.18637/jss.v067.i01.
- (22) Lenth R. «emmeans: Estimated Marginal Means, aka Least-Squares Means». R package version 1.4.8. 2020 <https://CRAN.R-project.org/package=emmeans>
- (23) Keller C. Failed obstetric Tracheal intubation and postoperative respiratory support with the ProSeal Laryngeal mask airway. *Anesth Analg* 2004;98:1467-70.
- (24) Yao WY, Li SY. The LMA Supreme in 700 parturients undergoing Cesarean delivery : an observational study. *Can J Anesth* 2012;59:648-54.
- (25) Li SY, Yao WY. Supreme laryngeal mask airway use in general anesthesia for category 2 and 3 Cesarean delivery : a prospective cohort study. *BMC Anesthesiology* 2017;17:169.

- (26) Vanner RG, Goodman NW. Gastro oesophageal reflux in pregnancy at term and after delivery. *Anaesthesia* 1989;808-11.
- (27) Paranjothy S, Griffiths JD, Broughton HK, Gyte GM, Brown HC, Thomas J, Interventions at CS for reducing the risk of aspiration pneumonitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;2:CD004943.
- (28) Mort TC. Emergency tracheal Intubation: Complications Associated with repeated laryngoscopic attempts. *Anesth Analg* 2004;607-13.
- (29) Preston R. Management of the obstetric airway-time for a paradigm shift (or two)? *Int J Obstet Anaesth* 2015;24:293-6.
- (30) Langeron O. Intubation difficile et extubation en anesthésie chez l'adulte. *Anesth Reanim* 2017;3:552-71.
- (31) Wong P, Sng BL, Lim WY. Rescue supraglottic airway devices at caesarean delivery: What are the options to consider? *Int J Obstet Anesth* 2020;42:65-75.
- (32) Roberts RB, Shirley MA. Reducing the risk of acid aspiration during cesarean section. *Anesth Analg* 1974;53:859-68.
- (33) Perlas A, Davis L, Khan M, Mitsakakis N, Chan VW. Gastric sonography in the fasted surgical patient: a prospective descriptive study. *Anesth Analg* 2011;113:93-7.
- (34) ClinicalTrials.gov. Bauchy (MD): University Hospital, Montpellier (FR). 2020 Mar 1. Identifier NCT04277013, Ultrasound Assessment of Gastric Content in Fasted Pregnant Women (ECHOmater). <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04277013>

Annexe 1 : Algorithme intubation difficile en Obstétrique-OAA 2015



Algorithm 2 – obstetric failed tracheal intubation

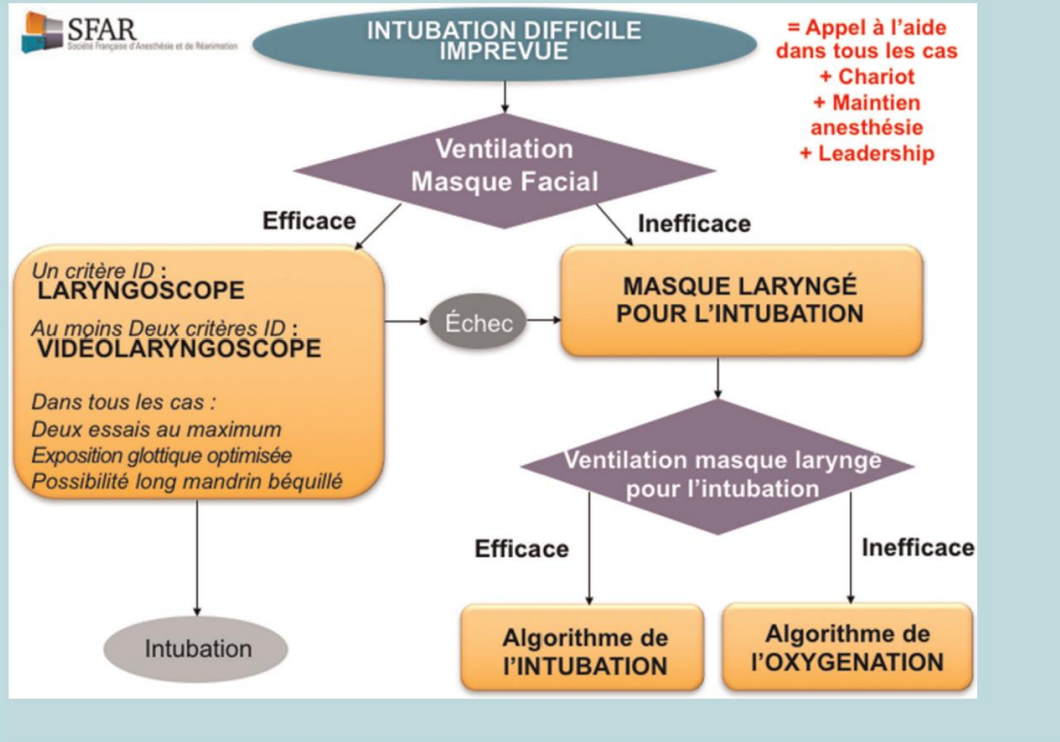


© Obstetric Anaesthetists' Association/Difficult Airway Society (2015)



Annexe 2 : Algorithme intubation difficile imprévue SFAR

Algorithme intubation difficile non prévue.
Accord FORT.



2011

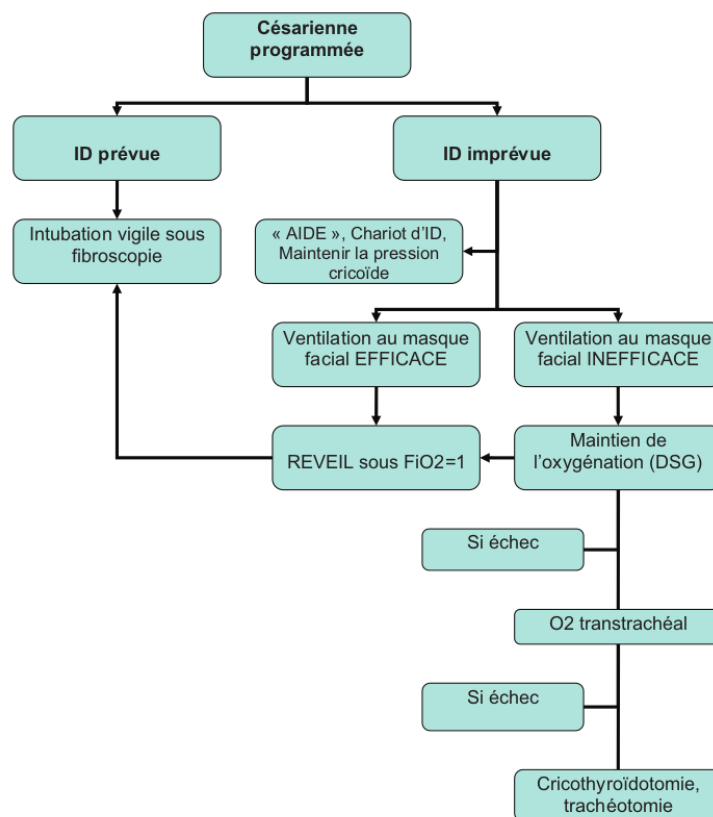


Fig. 2. Proposition d'algorithme de prise en charge des VAS en cas de césarienne programmée (adaptée à partir des algorithmes de la conférence d'experts de la Société française d'anesthésie et de réanimation [Sfar] [87]). DSG : dispositif supraglottique.

Annexe 3b : Algorithme proposé en cas d'IOT difficile en césarienne urgente -Boutonnet 2011

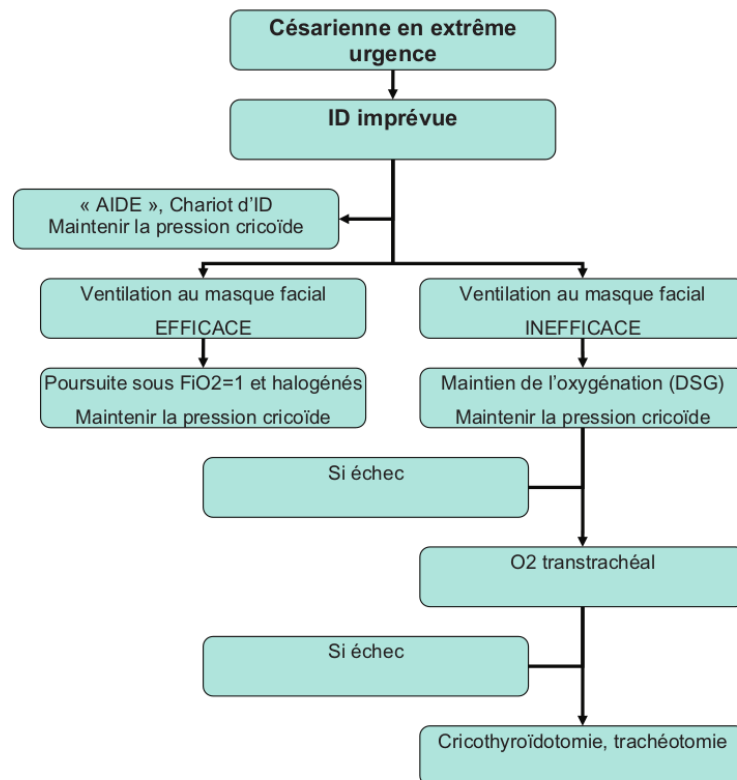


Fig. 3. Algorithme de prise en charge des VAS en cas de césarienne en extrême urgence (adaptée à partir des algorithmes de la conférence d'experts de la Société française d'anesthésie et de réanimation [Sfar] [87]). DSG : dispositif supraglottique.

Annexe 4 :

CONTRÔLE DES VOIES AÉRIENNES POUR ANESTHÉSIE EN COURS DE GROSSESSE

Durant la grossesse, 3 à 5% des parturientes bénéficieront d'une anesthésie générale à l'occasion d'une pathologie chirurgicale intercurrente ou d'une césarienne. La crainte de l'inhalation ou de la difficulté d'intubation a amené au fil des années à privilégier les techniques d'anesthésie locorégionale ; l'expérience de l'anesthésie générale tend donc à se réduire et tout particulièrement pour la césarienne.

Cette enquête réalisée auprès d'anesthésistes seniors (médecin qualifiés et interne au-delà de 5 semestres) ayant une activité en milieu obstétrical a pour objet de faire une analyse de leur pratique et connaissance du contrôle des voies aériennes lors de l'anesthésie générale en cours de grossesse ainsi que de leur perception des évolutions à venir.

Est exclue de cette enquête la pratique de l'anesthésie lors du post partum immédiat par exemple révision utérine et délivrance artificielle.

Avez-vous une activité anesthésique en milieu obstétricale (gardes seules ou activité exclusive) ?

Oui Non : l'enquête s'arrête là

Catégorie médicale (interne en deçà de 5 semestres exclus)

Interne (sup a 5 semestres) DES/CES/équivalence

Pour les seniors non internes nombre d'années d'exercice depuis qualification,

Type d'établissement où vous exercez

CHU CHG clinique privée ESPIC

Nombre de naissances/an dans votre établissement

<500 500-1000 1000-1500 1500-3000 >3000

A-Questionnaire concernant la physiologie digestive en cours de grossesse et en dehors du travail :

1-les modifications hormonales et anatomiques de la grossesse entraînent un retard significatif de la **vidange gastrique**

Plutôt d'accord plutôt pas d'accord NSP

2- la grossesse entraîne un **abaissement du pH gastrique** et une **augmentation du volume de sécrétion gastrique** sous l'influence de la gastrine placentaire

Plutôt d'accord plutôt pas d'accord NSP

3-la grossesse **réduit le tonus du sphincter du bas œsophage**

Plutôt d'accord plutôt pas d'accord NSP

4-Ce sont ces données qui justifient l'intubation en séquence rapide

Plutôt d'accord plutôt pas d'accord NSP

5-A partir de quel terme (en Semaines d'Aménorrhée) considérez-vous que toutes ces données doivent être prises en compte pour la pratique d'une anesthésie générale ?

12 SA 18SA 24SA Autre NSP

B-Questionnaire concernant l'anesthésie générale pour une chirurgie programmée au-delà de 18 SA (par exemple cholécystectomie):

1-Quel agent d'induction privilégieriez-vous ?

Thiopental Propofol autre

2-Utilisez-vous un curare pour l'intubation ?

Oui Non NSP (si non ou NSP passer à la question 4)

3-Si oui quel curare privilégiez-vous ?

Succinylcholine Rocuronium Autre

4-Manœuvre de Sellick systématique ?

Oui Non NSP

5-Tamponnement gastrique systématique ?

Oui Non NSP

6-Si oui quelle est votre choix privilégié ?

AntiH2 effervescent Citrate 0.3M PO AntiH2 IV IPP IV autre

7-Associez-vous un prokinétique (ex Metoclopramide) ?

Oui Non NSP

C-Questionnaire concernant l'anesthésie générale pour **césarienne programmée** :

1-Quel agent d'induction privilégieriez-vous ?

Thiopental Propofol autre

2-Utilisez-vous un curare pour l'intubation ?

Oui Non NSP (si non ou NSP passer à la question 4)

3-Si oui quel curare privilégiez-vous ?

Succinylcholine Rocuronium Autre

4-Manœuvre de Sellick systématique ?

Oui Non NSP

5-Tamponnement gastrique systématique ?

Oui Non NSP

6-Si oui quelle est votre choix privilégié ?

AntiH2 effervescent Citrate 0.3M PO AntiH2 IV IPP IV autre

7-Associez-vous un prokinétique (ex Metoclopramide) ?

Oui Non NSP

D-Questionnaire concernant l'anesthésie générale pour césarienne en urgence :

1-Quel agent d'induction privilégieriez-vous ?

Thiopental Propofol autre

2-Utilisez-vous un curare pour l'intubation ?

Oui Non NSP (si non ou NSP passer à la question 4)

3-Si oui quel curare privilégieriez-vous ?

Succinylcholine Rocuronium Autre

4-Manœuvre de Sellick systématique ?

Oui Non NSP

5-Tamponnement gastrique systématique ?

Oui Non NSP

6-Si oui quelle est votre choix privilégié ?

AntiH2 effervescent Citrate 0.3M PO AntiH2 IV IPP IV autre

7-Associez-vous un prokinétique (ex Metoclopramide) ?

Oui Non NSP

E- Questionnaire concernant la manœuvre de Sellick

1-Pensez-vous que la manœuvre de Sellick est efficace pour prévenir la régurgitation ?

Plutôt d'accord plutôt pas d'accord NSP

2-Pensez-vous que votre manière de réaliser la manœuvre de Sellick est conforme à sa description ?

Plutôt d'accord plutôt pas d'accord NSP

3-Pensez-vous que la manœuvre de Sellick puisse être source de complications ?

Plutôt d'accord plutôt pas d'accord NSP

4-Pensez-vous que la manœuvre de Sellick puisse gêner l'exposition de la glotte ?

Plutôt d'accord plutôt pas d'accord NSP

F-Place des dispositifs supra laryngés (DSL) en anesthésie obstétricale

1-Pensez-vous d'une manière générale que les DSL et en particulier ceux de nouvelle génération avec accès gastrique puissent être une alternative possible à l'intubation ?

| | | | |
|---|-----|-----|-----|
| 1-Lors d'une intervention programmée avant 18 SA | Oui | Non | NSP |
| 2-Lors d'une intervention programmée après 18 SA | Oui | Non | NSP |
| 3-Lors d'une césarienne programmée | Oui | Non | NSP |
| 4-Lors d'une césarienne en urgence | Oui | Non | NSP |

2-En cas d'échec d'intubation par laryngoscopie directe lors d'une **césarienne PROGRAMMEE** considérez les DSL comme une solution à utiliser ?

En première intention Oui Non NSP

En deuxième intention (après échec d'autres techniques) Oui Non NSP

3-En cas d'échec d'intubation par laryngoscopie directe lors d'une **césarienne EN URGENCE**, considérez les DSL comme une solution à utiliser ?

En première intention Oui Non NSP

En deuxième intention (après échec d'autres techniques) Oui Non NSP

4-Pensez-vous que si des critères fiables échographiques permettaient d'affirmer l'état de vacuité gastrique vous pourriez changer vos pratiques et/ou utiliser plus facilement les DSL en obstétrique ?

Oui non NSP

Merci d'avoir bien voulu répondre à ce questionnaire.

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Introduction :

L'émergence des techniques neuraxiales a permis de réduire la mortalité maternelle en anesthésie obstétricale. Ceci a entraîné une baisse des anesthésies générales (AG). Les risques d'inhalation et d'intubation difficile sont des complications connues et redoutées en obstétrique. En réponse, des précautions sont à appliquer : évaluation de la filière oropharyngée, prophylaxie anti acide, intubation obligatoire, et manœuvre de Sellick. Ces précautions sont maintenant remises en cause. Le but principal de notre étude était d'évaluer l'attitude des anesthésistes français sur la gestion des voies aériennes supérieures en anesthésie obstétricale. Les objectifs secondaires étaient de savoir quel algorithme pour intubation difficile était utilisé, et de connaître la place à donner aux dispositifs supra-laryngés (DSL).

Méthodes :

Nous avons réalisé une étude prospective descriptive observationnelle sous la forme d'un questionnaire proposé aux médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR) français. Entre juin et juillet 2018, un questionnaire de 42 items était disponible sur le site de la SFAR. Les premières questions permettaient de caractériser le profil des répondeurs en termes d'expérience et de type de pratique. Les points d'intérêt étaient les connaissances physiopathologiques, la gestion des voies aériennes et les drogues anesthésiques utilisées dans 3 situations (AG en obstétrique, AG pour césarienne programmée, et AG pour césarienne urgente), la manœuvre de Sellick, et l'utilité des DSL.

Résultats :

Au total, 561 MAR ont répondu au questionnaire. Les réponses concernant la manœuvre de Sellick étaient : efficace pour prévenir la régurgitation : oui à 43% ; fidèle à sa description, oui à 62% ; cause de complications, oui à 66% ; augmentation de la difficulté d'intubation, oui à 81%. Les questions suivantes étaient répétées dans 3 situations : chirurgie non obstétricale (CNO), césarienne programmée (CP), césarienne en urgence (CU). L'hypnotique privilégié était le Propofol quel que soit le type d'intervention. Un curare était utilisé dans plus de 95% des cas. La Célocurine était le médicament de choix. Les répondeurs considéraient les DSL comme des outils de recours en cas d'échec d'intubation en première intention : 21% en CP et 35% en CU ; dans plus de 87% des cas en CU en seconde intention.

Conclusion :

Concernant la manœuvre de Sellick, les répondeurs sont peu convaincus par son efficacité et plutôt convaincus par les risques et complications associés. Ces résultats vont dans le sens de la baisse de réalisation de cette manœuvre et s'accordent aux récents questionnements quant à son utilité réelle. Concernant les questions liées aux échecs d'intubation, et notamment dans le cadre de l'urgence, les répondeurs utilisent peu les DSL en première intention après échec d'intubation. Pourtant, il est bien reconnu que la multiplication des tentatives d'intubation peut entraîner de nombreuses complications.

Mots clés :

Obstétrique, Questionnaire, Intubation, Inhalation, Sellick, Dispositif supra-laryngé, Propofol, Célocurine