



Quelles sont les contre indications médicales réelles à l'accouchement par voie basse ?

Jean Guglielminotti

Département d'Anesthésie-Réanimation, CHU Bichat-Claude Bernard, Paris

UMR 738 INSERM, Modélisation biostatistique et pharmacométrie



Mission impossible...

30 minutes !!! 17 h 30 !!!

Objectifs thérapeutiques:

- Rappeler les contraintes d'un accouchement voie basse sur la fonction circulatoire, respiratoire et neurologique
- Discuter le bénéfice de l'analgésie péridurale sur ces contraintes
- Donner les éléments de discussion permettant de choisir le mode d'accouchement le plus adapté (voie basse ou césarienne) en fonction des pathologies cardiaques, respiratoires ou neurologique.
- Préciser le rôle de l'anesthésiste dans cette prise de décision



Indications de la césarienne programmée à terme HAS Janvier 2012

AE

- Il existe des situations à risque pour lesquelles la césarienne programmée est nécessaire (par exemple : *placenta prævia* recouvrant).
- Il existe des situations de fréquence plus rare pour lesquelles la césarienne programmée peut être discutée au cas par cas, en concertation en équipe avec les spécialistes concernés par une pathologie fœtale et/ou maternelle.

Reformulation du cadre contextuel

1- Pathologies médicales maternelles pouvant être décompensées par les modifications physiologiques

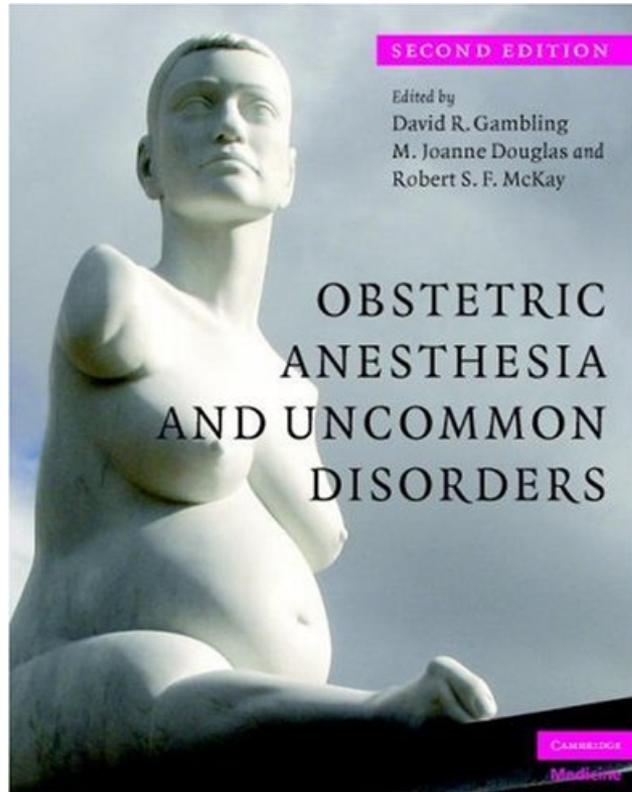
- de la grossesse
- ou du travail obstétrical

2- Dont la décompensation peut avoir une conséquence grave pour le pronostic maternel

3- Qui ne peuvent recevoir, au cours du travail obstétrical, une analgésie péridurale pour bloquer les conséquences de celui-ci du fait

- d'une contre-indication à la péridurale
- d'une incertitude quant à la possibilité de réalisation technique ou du succès analgésique

Exhaustivité ???



**Connaître l'information ou
savoir où la trouver ?**

Michel Serres

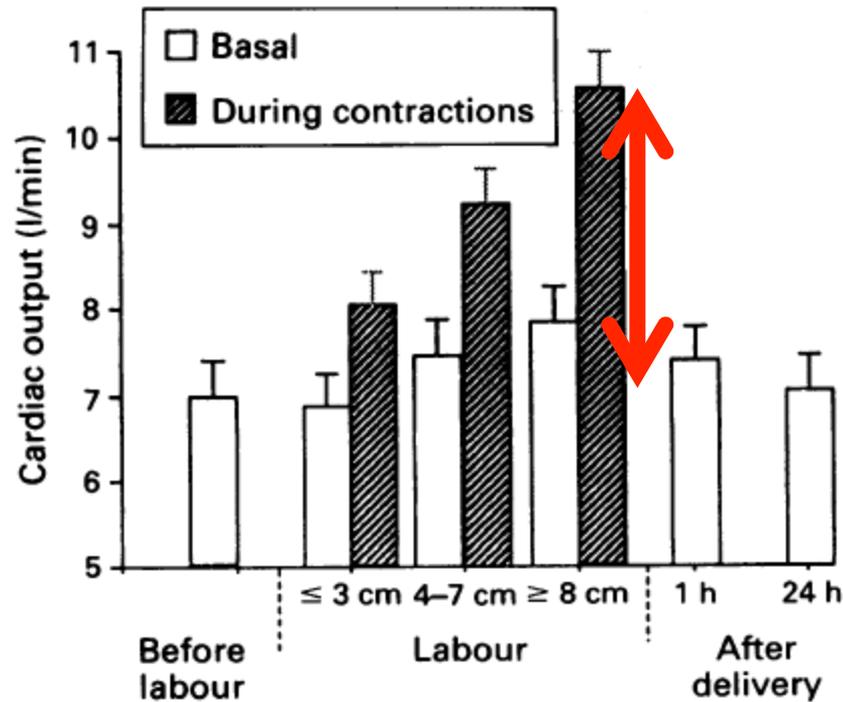
Entretiens radiophoniques

Point de vue volontairement réducteur !!

Deux exemples ...

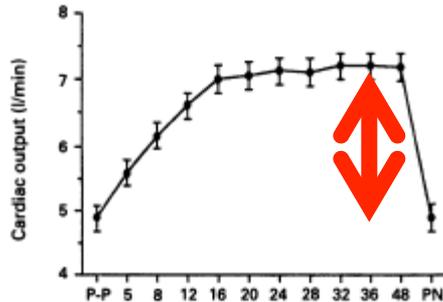
Pourquoi se limiter à l'accouchement ?

Débit cardiaque et travail

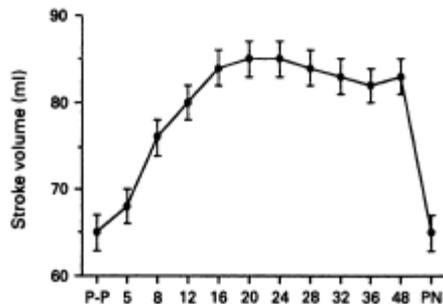


**Autotransfusion
Douleur**

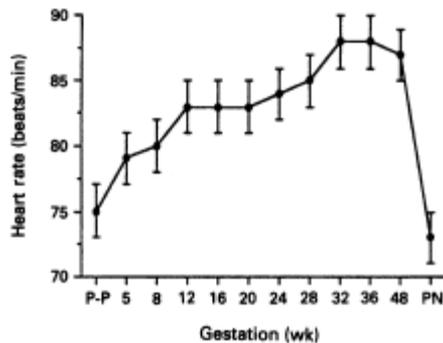
Débit cardiaque et grossesse



Débit cardiaque



Volume d'éjection systolique

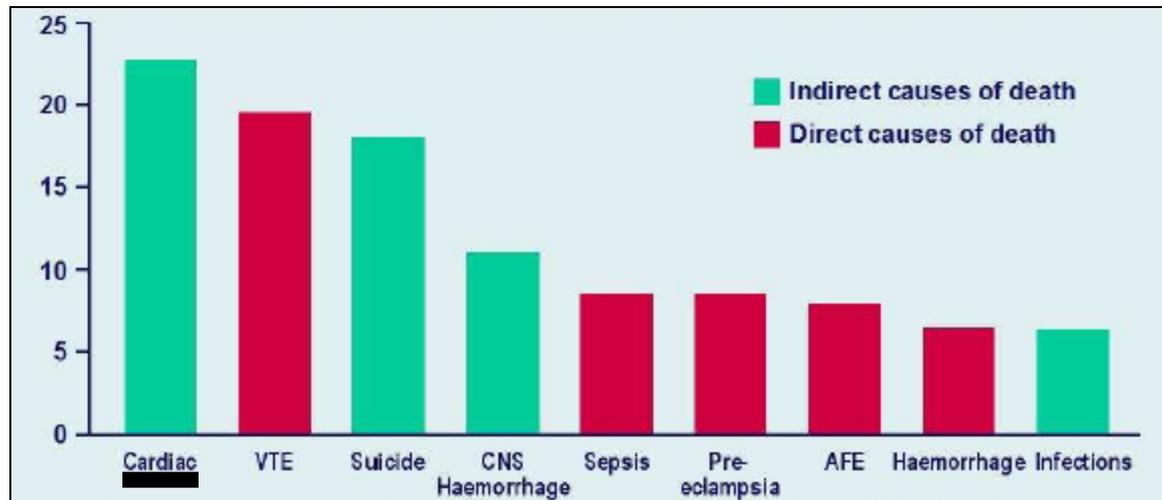


Fréquence cardiaque

Conséquences graves ?

Mortalité maternelle

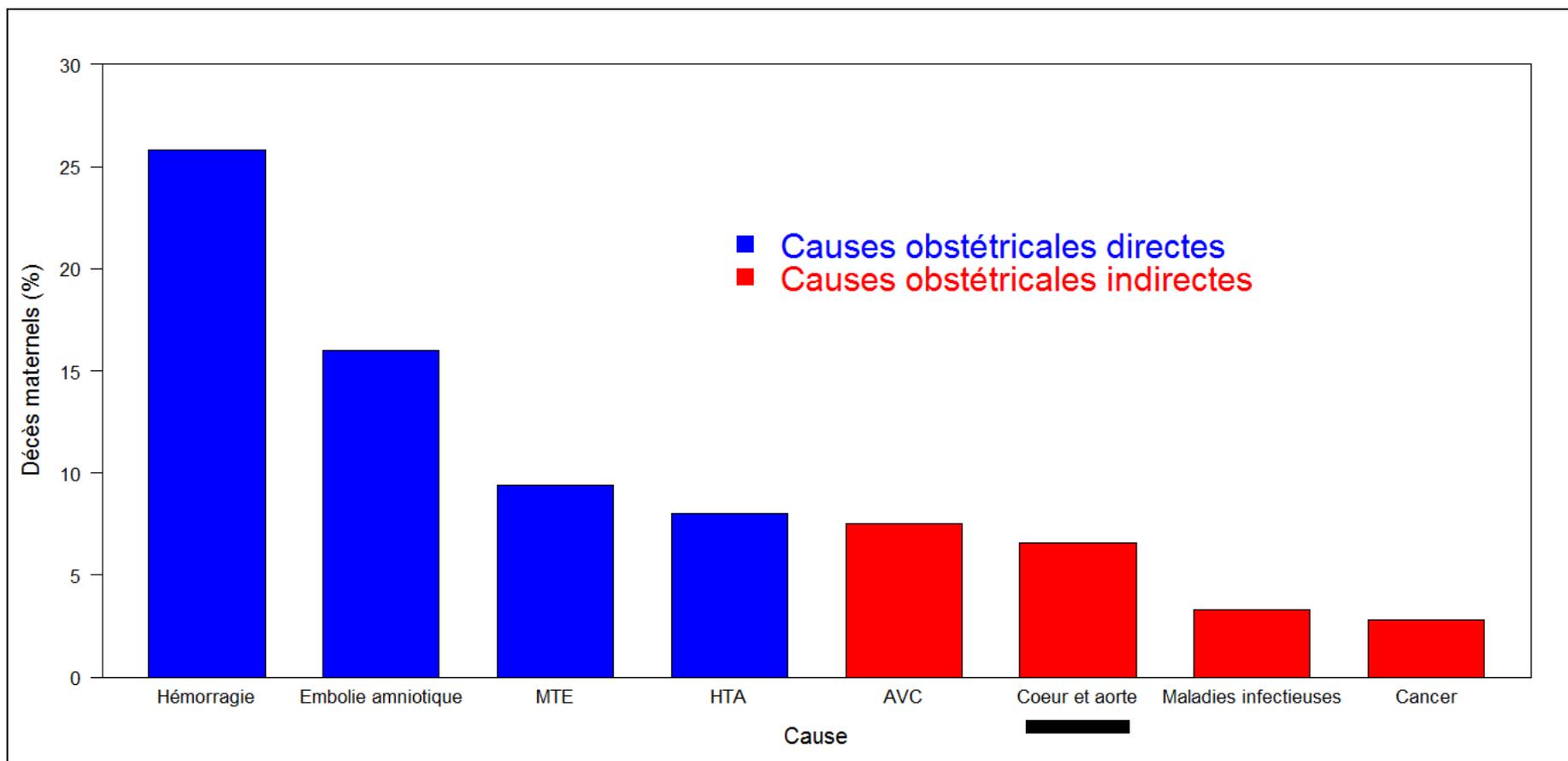
Confidential enquiries into maternal deaths in the united kingdom 2003-2005



**Cardiopathies congénitales
versus
Cardiopathies rhumatismales (RAA)**

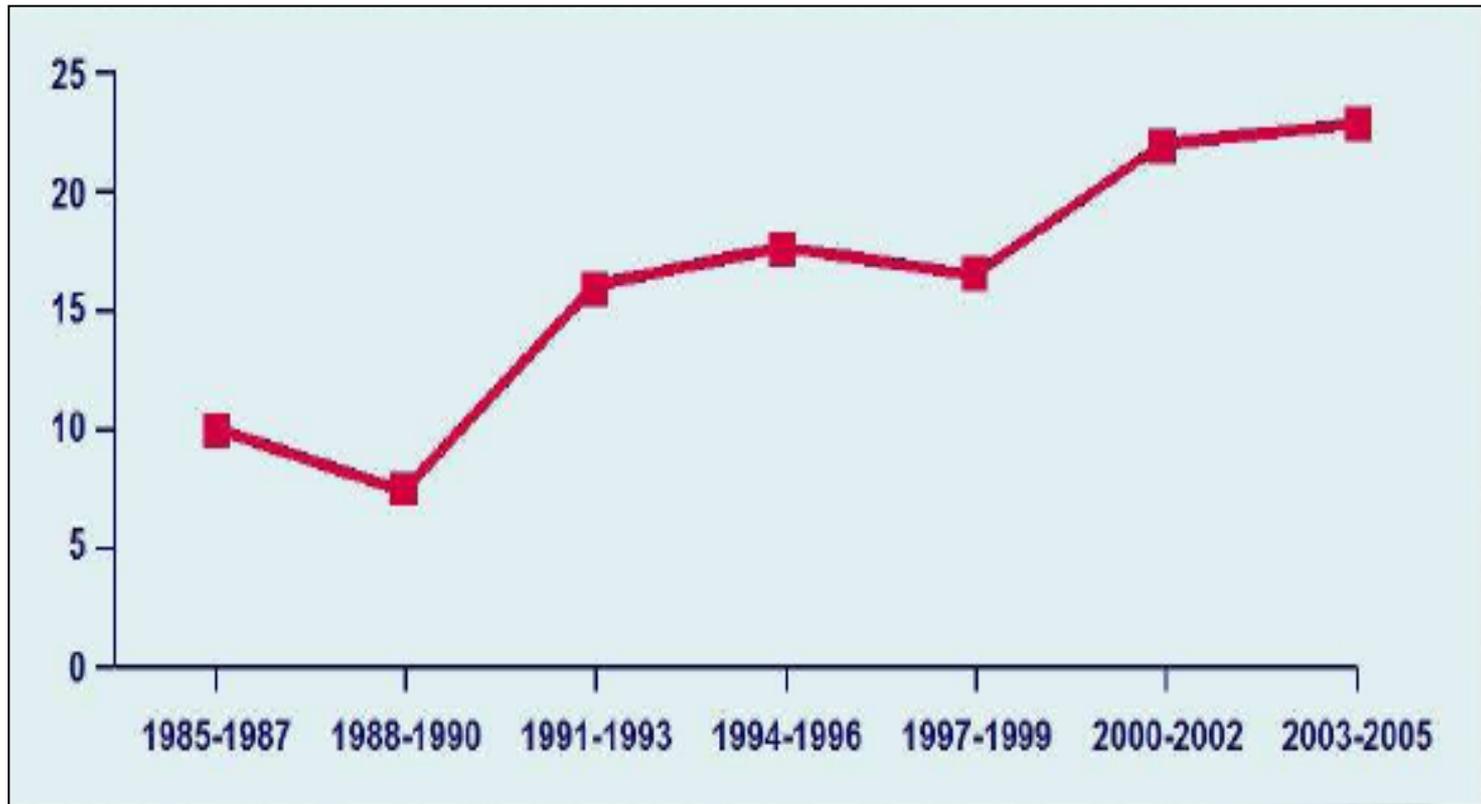
Mortalité maternelle

INSERM 2004-2006



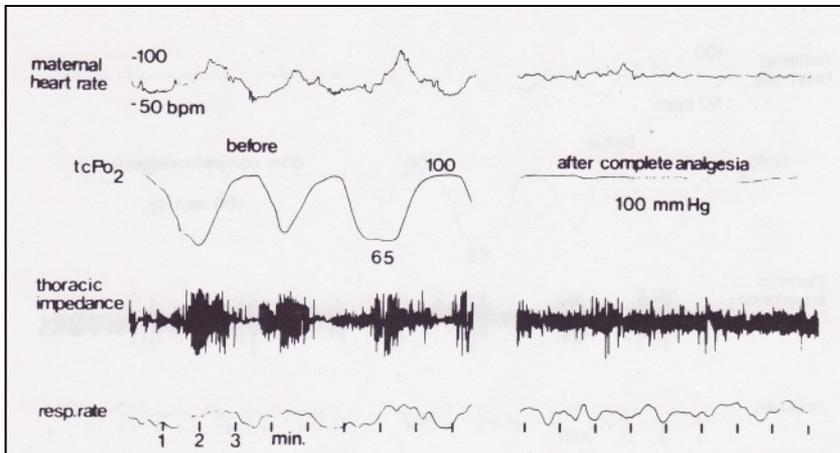
Mortalité maternelle: causes cardiaques

Confidential enquiries into maternal deaths in the united kingdom 2003-2005

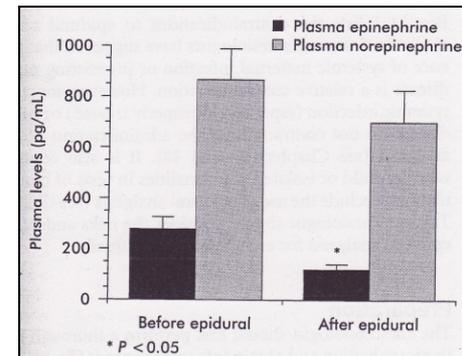


Place de la péridurale

Réponse « hémodynamique » à la douleur



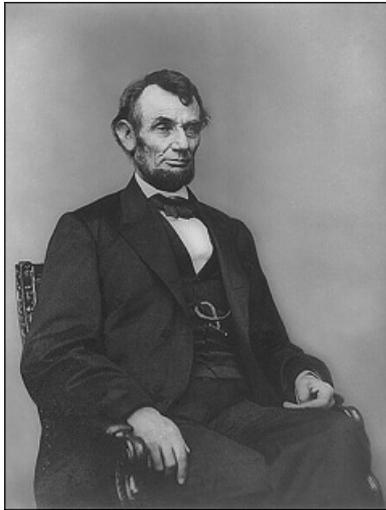
Peabody JL Clin Perinatol 1979; 6: 109-121.



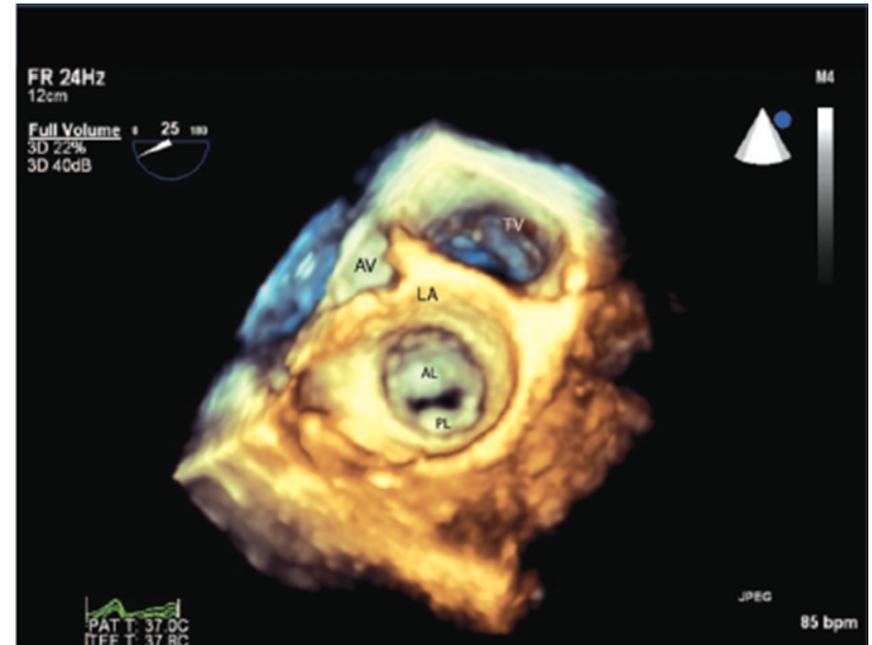
Shnider SM Am J Obstet Gynecol 1983; 147: 13-15.

Deux exemples

Congénital



Valvulaire



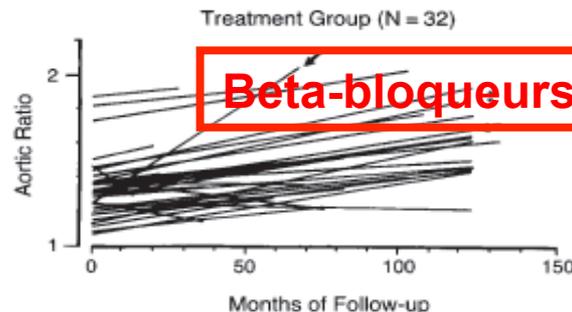
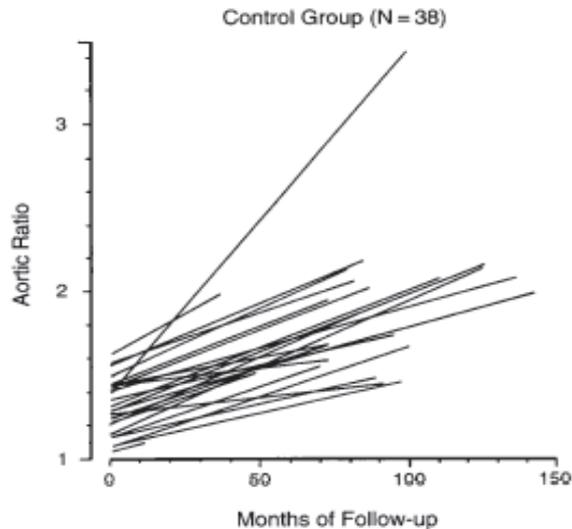
Maternité de l'Hôpital Bichat

2006-2011

	2006-2007	2008-2009	2010-2011
Naissances	4252	4301	4415
Césariennes	944 (22,2%)	1021 (23,7%)	1002 (22,7%)
« Cardiopathies »	54 (1,3%)	90 (2,1%)	74 (1,7%)
RM	17 (31,0%)	23 (25,5%)	17 (23,0%)
RA	3 (5,5%)	5 (5,5%)	3 (4,0%)
HTAP	10 (18,5%)	4 (4,4%)	5 (6,7%)
Marfan	4 (7%)	9 (10,0%)	9 (12,1%)

Marfan et grossesse

Histoire naturelle

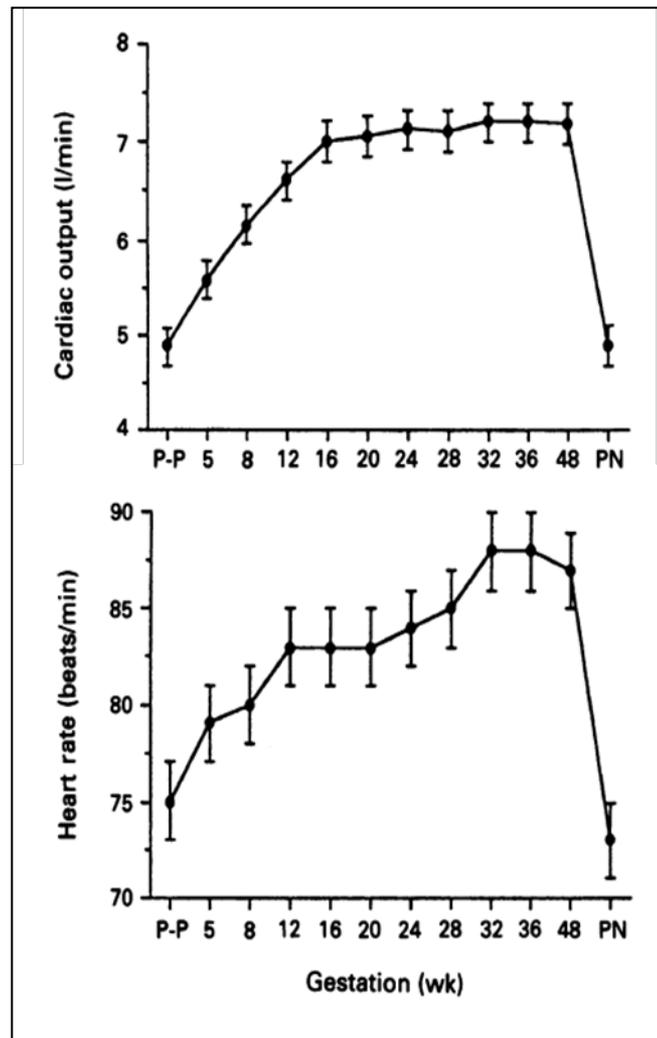
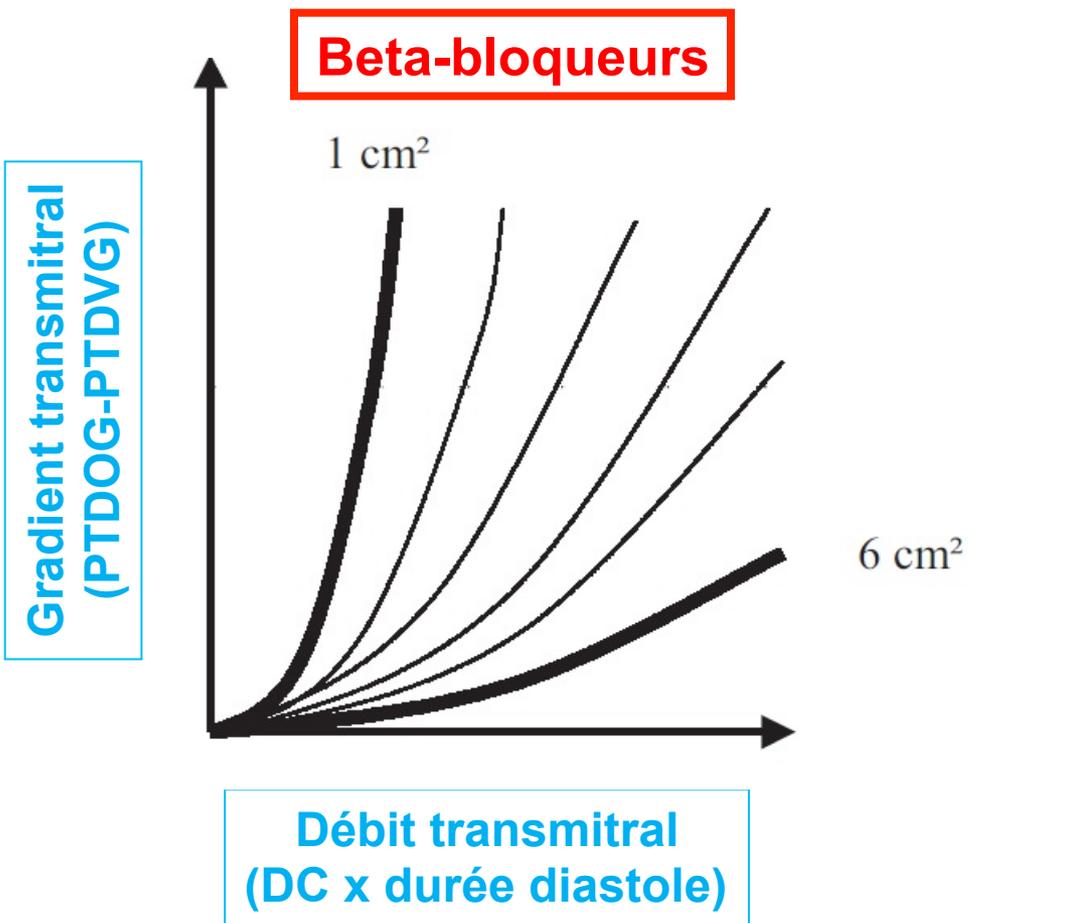


Histoire naturelle accéléré par la grossesse

- Accélération liée à:
 - ↑ Progestérone
 - ↑ Débit cardiaque
 - Travail !!!!!!!!!!!!!
- Risque de rupture
 - < 40 mm \approx 1%
 - \geq 40 mm \approx 10%
 - \geq 45 mm !!!!!!!!!!!!!

RM et grossesse

Travail !!!!!!!!



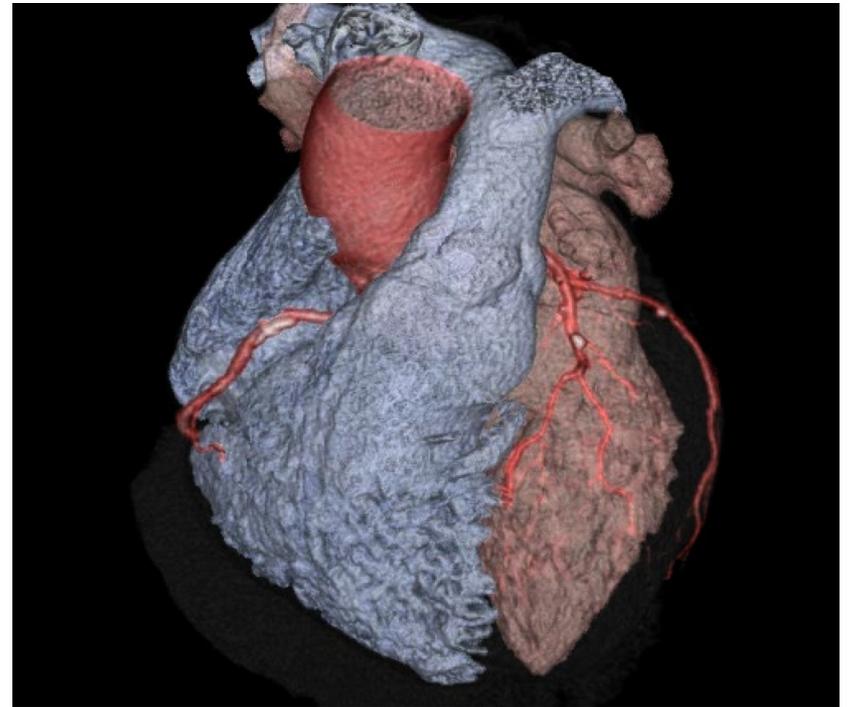
	Mild	Moderate	Severe
Valve area (cm ²)	>1.5	1.0–1.5	<1.0
Mean gradient (mmHg)	<5	5–10	>10

Points clé

- **Versant cardiologique**
 - Adéquation augmentation du débit et tolérance de la cardiopathie
 - Introduction et optimisation des traitements pharmacologiques (beta-bloqueurs)
- **Versant anesthésique: ALR périmédullaire**
 - Tolérance hémodynamique
 - Contre-indication (anticoagulants)
 - Prédicibilité du succès
 - technique
 - et analgésique

Adéquation augmentation du débit et tolérance de la cardiopathie

- **Statut fonctionnel !!**
 - **Classe NYHA**



Règles générales

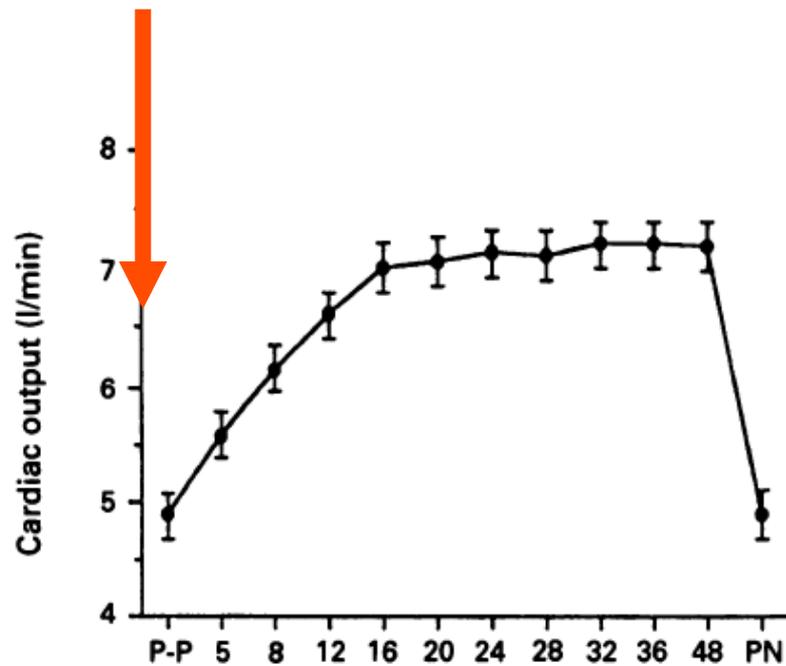
- **Pas d'attitude unique mais seulement quelques règles générales**
 - Hétérogénéité au sein d'une même cardiopathie
- **Centres spécialisés**
 - Pathologies rares
 - Réunion des compétences et des plateaux techniques
- **Collaboration et communication entre cardiologue, obstétricien, pédiatre, anesthésiste, assistante sociale (précarité) et psychologue avant, pendant et après la grossesse**
- **Place centrale de l'anesthésiste**

Place de l'anesthésiste ?

- **Participation au choix**
 - De la poursuite de la grossesse et de la voie d'accouchement
 - De la technique d'analgésie/ d'anesthésie pour le travail ou la césarienne
- **Participation à la gestion des problèmes parallèles:**
 - Effets hémodynamiques des ocytociques
 - Gestion des anticoagulants (valves mécaniques)
 - Prophylaxie de l'endocardite infectieuse
 - Gestion du risque thromboembolique en postpartum

Autorisation et poursuite de la grossesse

Avant la grossesse



- **Contre-indications**

- **Marfan**

- Diamètre > 45 mm
- ATCD de dissection aortique
- Valves mécaniques

- **RM**

- Sévère < 1 cm²
- Modéré 1-1,5 cm²

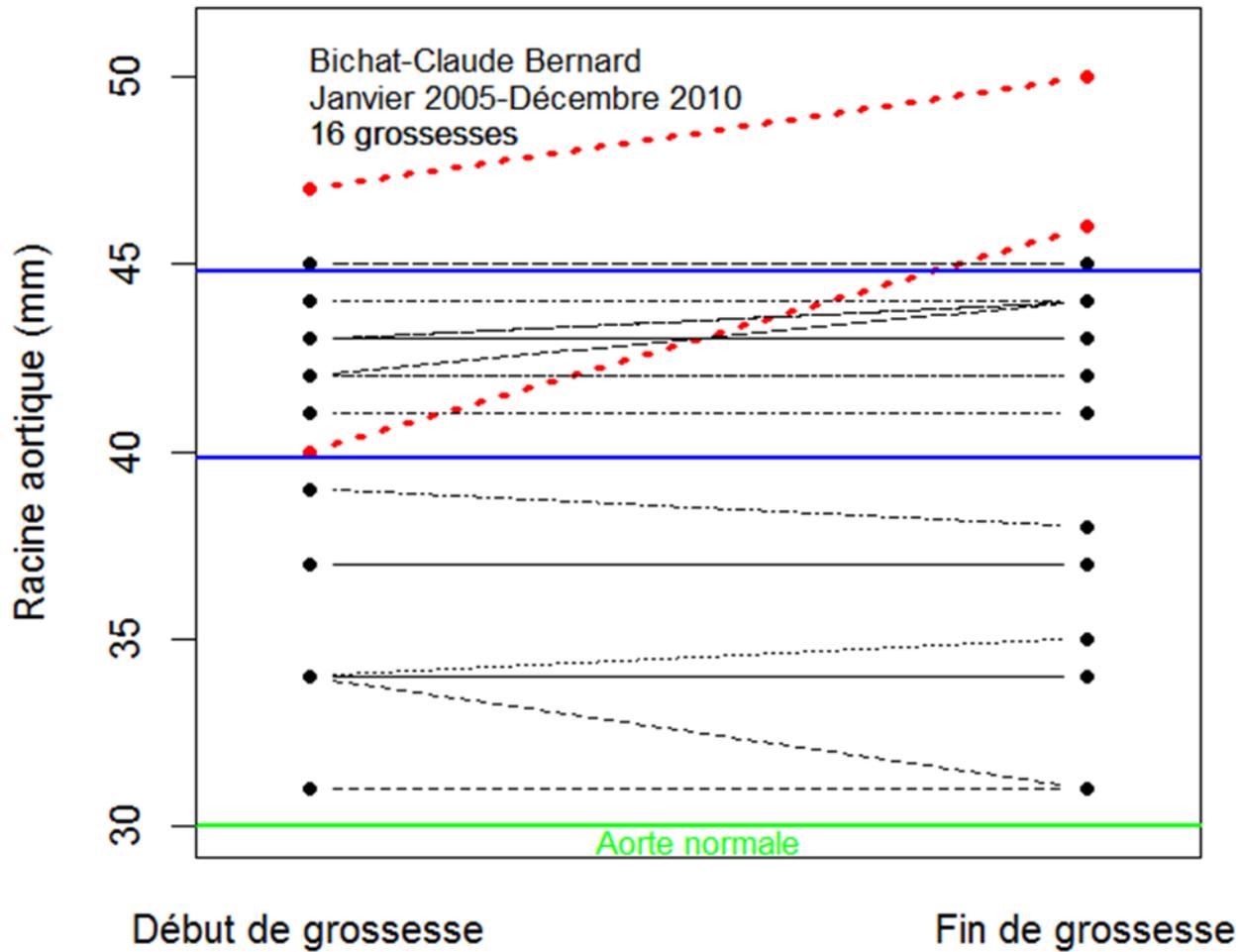
- **Traitement avant grossesse**

- **Marfan**

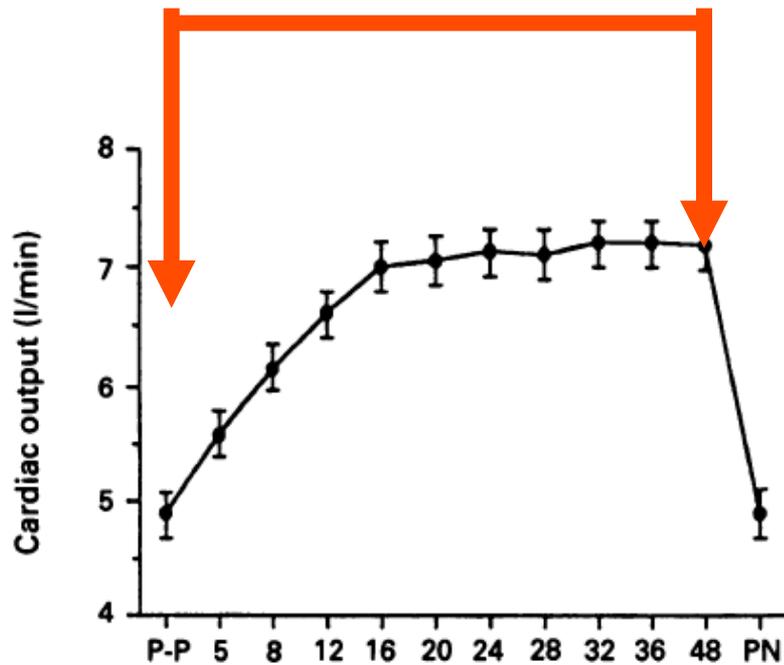
- Diamètre > 45 mm voire 50 mm

- **Dilatation percutanée du RM**

- RM sévère < 1 cm²
- RM modéré 1-1,5 cm² selon symptômes et tolérance à l'effort



Découverte en cours de grossesse

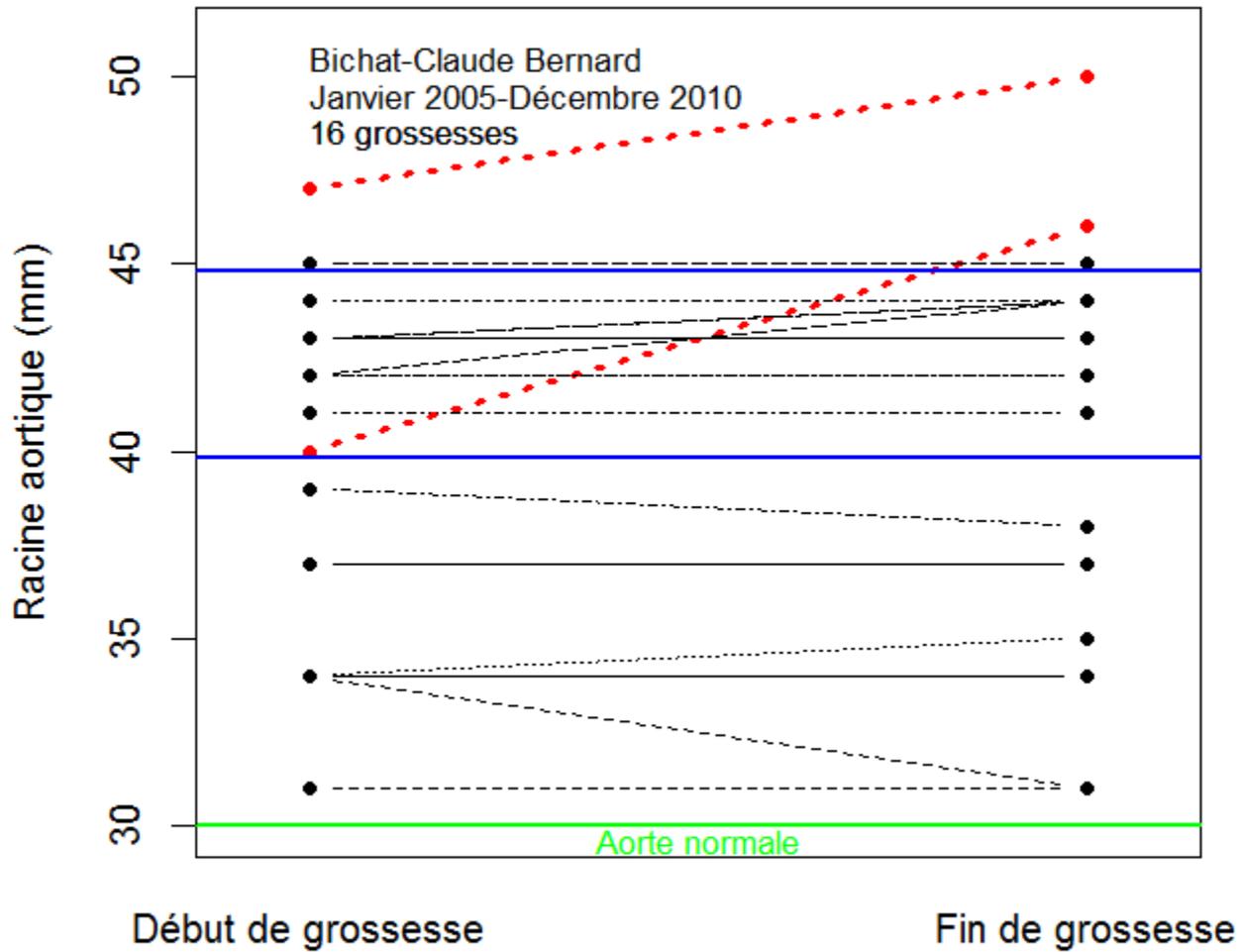


- **Marfan**

- Diamètre > 50 mm : IMG
- Diamètre 45-50 mm: discussion au cas par cas
- Diamètre < 45 mm: poursuite de la grossesse

- **RM**

- selon la sévérité et les possibilités de dilatation percutanée



Choix de la voie d'accouchement

Choix de la voie d'accouchement

- **Au troisième trimestre après nouvelle évaluation cardiologique**
- **Mise en balance**
 - Tolérance et évolutivité de la cardiopathie
 - Prédicibilité et risques de l'AVB et de la CS
 - Prédicibilité du succès, contre-indications et tolérance hémodynamique de l'ALR

Prédictibilité et risques de l'AVB et de la CS

	Voie basse	Césarienne
Moment et organisation	Peu prévisible	Très prévisible
Ressource en personnel et compétences	Peu prévisible	Très prévisible
Durée (valves mécaniques)	Peu prévisible	Très prévisible
Perte sanguine	+	+++
Rapidité de la récupération postpartum	+++	+
Morbi-mortalité	+	+++

Tolérance et évolutivité de la cardiopathie Accord voie basse avec forceps-ventouse

Marfan

- Diamètre < 45mm
- Diamètre stable sur échographies de surveillance
- Absence d'autre pathologie cardio-vasculaire associée
- Prédicibilité de la périurale et ectasies ??

RM

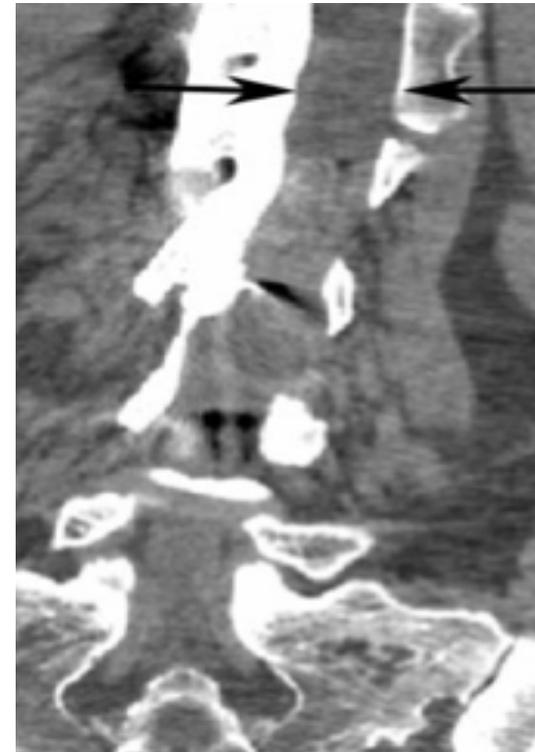
- Surface > 1,5 cm²
- Surface < 1,5 cm² si
 - NYHA 1 ou 2
 - Pas d'HTAP

Prédictibilité du succès technique et analgésique de l'ALR et Marfan

Scoliose- ostéosynthèse
Succès technique



Ectasie durale
Succès analgésique (rachi)



Accouchements programmés

- Voie basse sous péridurale: 2/16
- Césarienne sous AG: 10/16
 - Choix maternel : 2
 - ATCD de chirurgie aortique: 2
 - Racine aortique 45 mm: 1
 - **Péridurale jugée difficile en dépit accord voie basse: 5**

Possibilité pharmacologique de l'ALR et anticoagulants

	Délai d'arrêt avant de réaliser la péricurale ou de retirer le cathéter	Délai entre la péricurale et la reprise du traitement*
Héparine en IV	4 heures	6 à 8 heures
Héparine en SC	12 heures	6 à 8 heures
HBPM préventive	12 heures	4 à 12 heures
HBPM curative	24 heures	4 à 12 heures
Aspirine et AINS	possible sans arrêt**	-

* Ce délai doit être allongée si la ponction a été traumatique.

** Mais à analyser selon le rapport bénéfice / risque

Arrêt des anticoagulants avant l'ALR périmédullaire

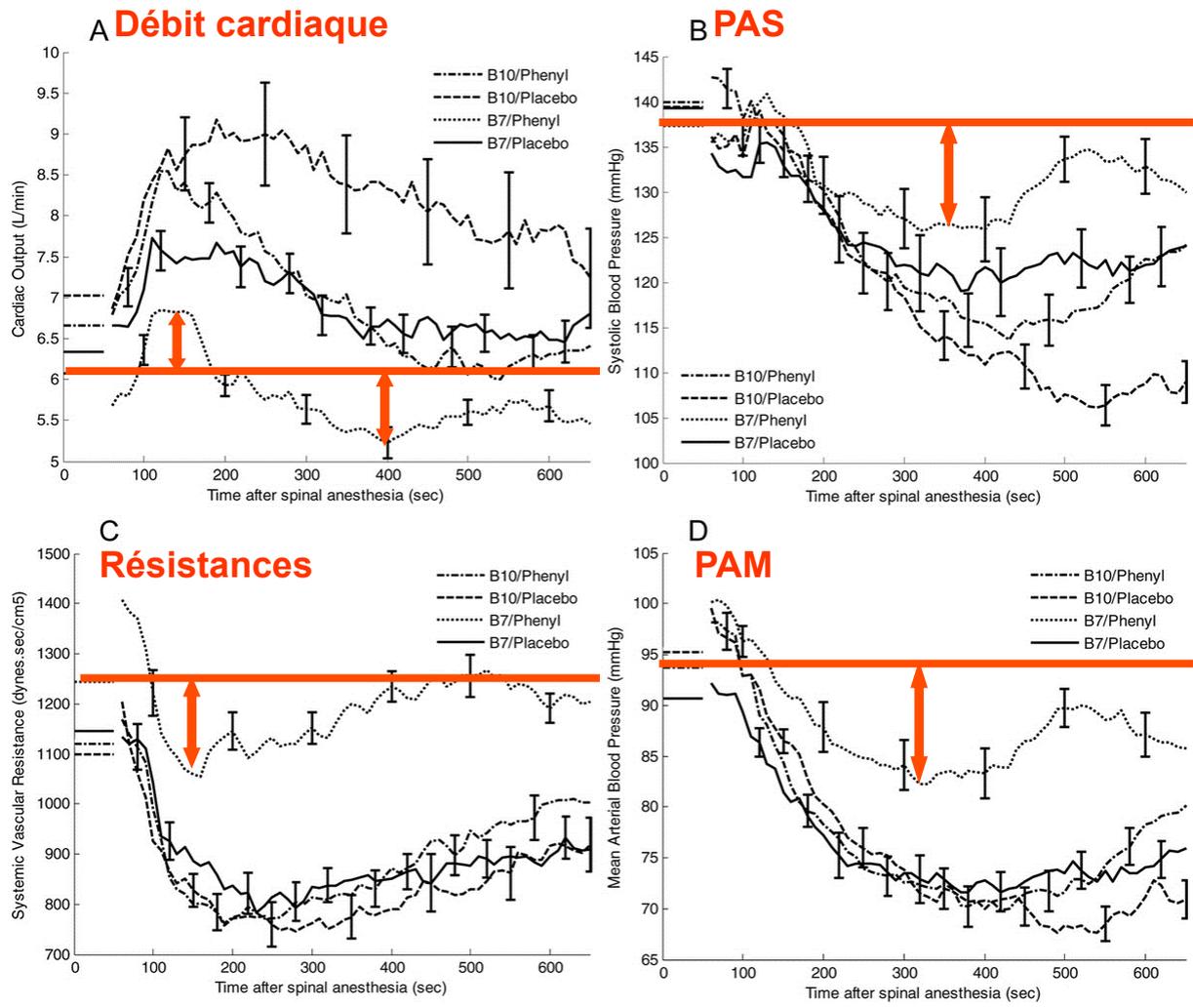
- **Prévision de la date d'accouchement et fenêtre thérapeutique**
 - Déclenchement AVB sous péridurale
 - Césarienne sous rachi
- **Valves mécaniques et durée de la fenêtre thérapeutique**
 - Durée sans anticoagulation efficace si valve mitrale mécanique (thrombose !!) ⇒ césarienne

- Tolérance hémodynamique**
- **péridurale analgésique et travail**
 - **rachianesthésie et césarienne !!!!**

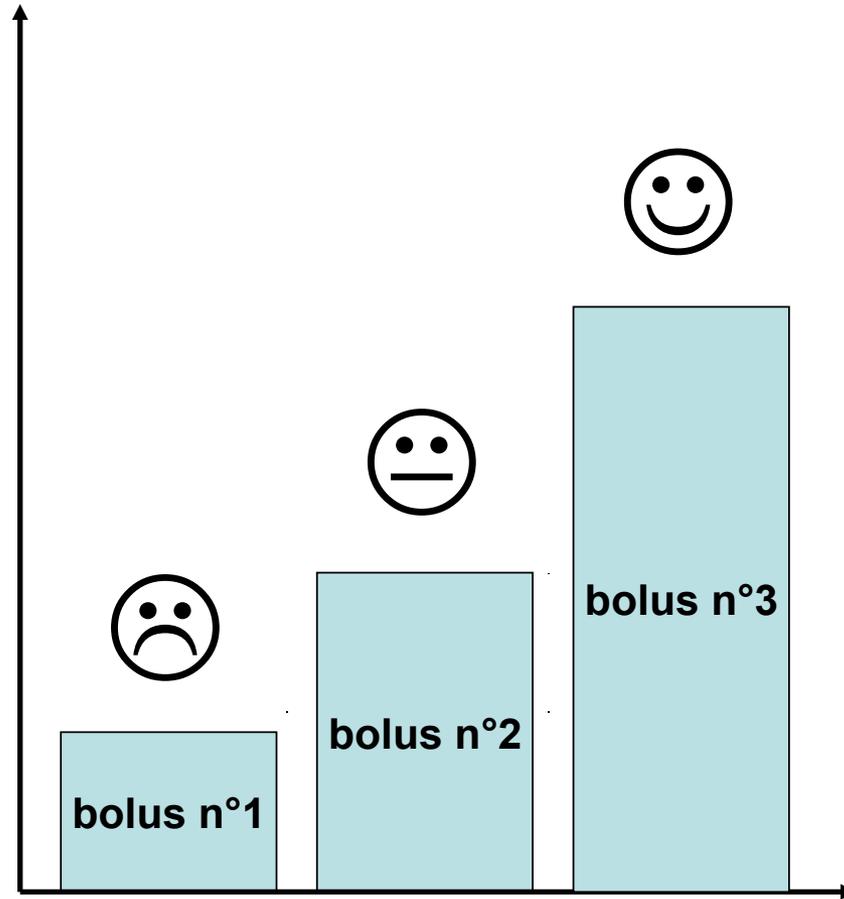
AG ou ALR pour césarienne chez la « cardiopathe »

- Pas de données spécifiques chez la femme enceinte porteuse d'une cardiopathie
 - seulement cas cliniques isolés
 - extrapolation à partir de populations de non cardiopathes
- **Problème de l'ALR**
 - **Prédictibilité des effets hémodynamiques**

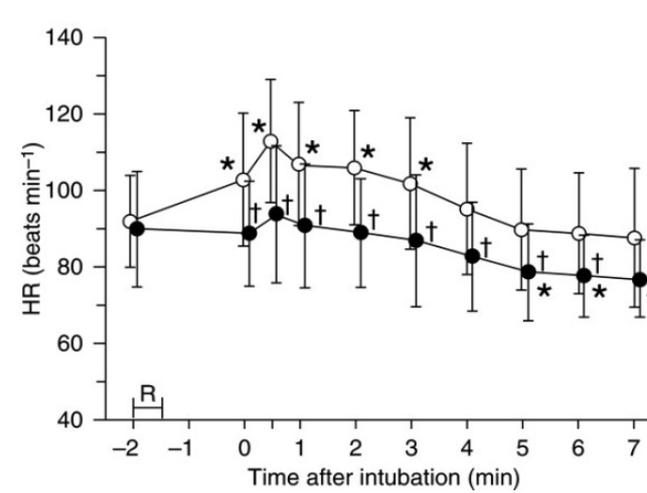
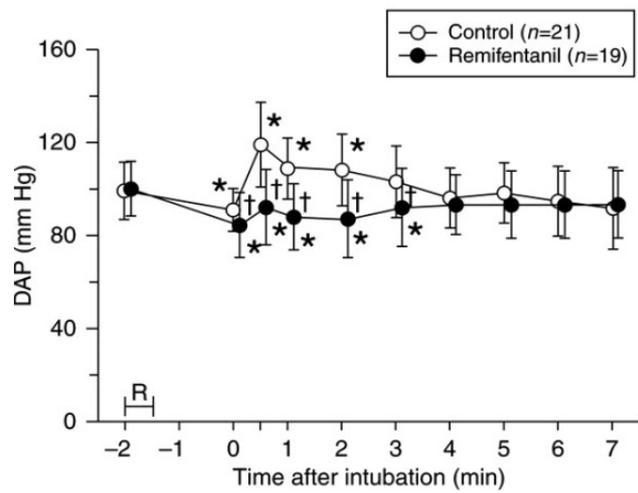
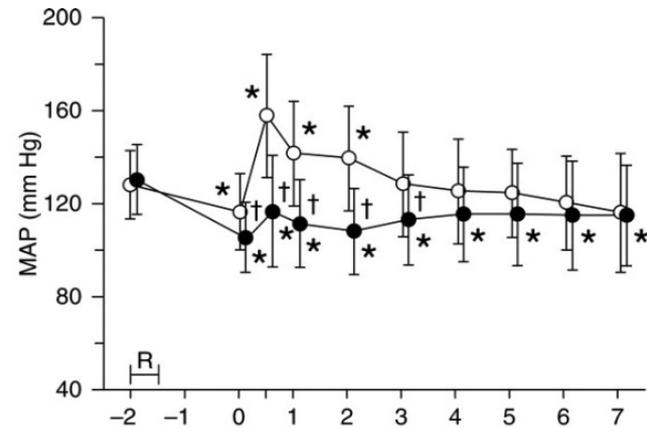
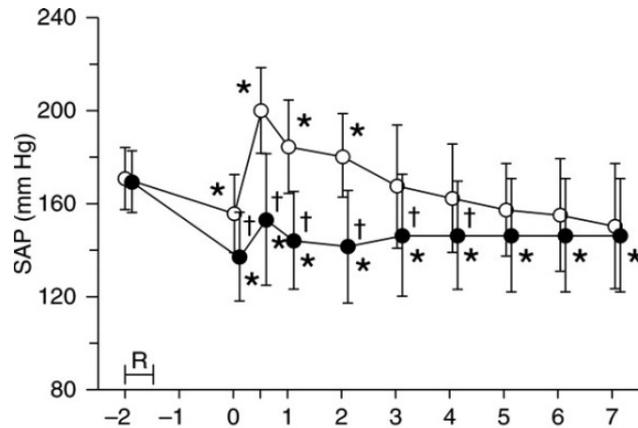
Césarienne
Bupi 7 mg + Sufenta 4 microg
Préremplissage serum physio 750 ml
Phényléphrine 0,25 microg/kg/min



Titration et péri-rachi combinée ??



Remifentanil à l'induction d'une césarienne



Yoo KY Br J Anaesth 2009;102:812-819.
Bolus de 1 µg / kg à l'induction de la césarienne; I-D time = 9 min

Voie d'accouchement et technique d'anesthésie-analgésie- Pratiques de Bichat

Césarienne sous AG Place de l'ALR ??

Bloc central

- CEC disponible
- NO disponible
- Transfert secondaire en réa

Bloc mater

- Dans les autres cas
- Transfert secondaire en réanimation

Voie basse accordée

Péridurale

Péri-rachi combinée

Prédictibilité du succès ?

Conclusion

- Hors sujet volontaire
- Pas d'attitude unique universelle mais prise en charge « individualisé »
- Centres spécialisées
- Collaboration et communication
- Nombreuses incertitudes

« Car non moins que savoir, douter me plaît »

Dante, Enfer, XI

- **Rareté ⇔ Méconnaissance ⇔ Appel à l'aide - Centres spécialisés**
- **Pas de « recette miracle » ⇔ Prise en charge adaptée à la pathologie de la patiente et à son degré d'évolutivité**
- **Concertation ⇔ Mise en commun des connaissances et des expériences**