

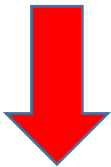
## ANESTHESIE POUR CESARIENNE DE LA PARTURIENTE COVID +

- Privilégier l'anesthésie péri médullaire en l'absence de contre-indication et après contrôle plaquettes + bilan de de coagulation
- Préférer la rachianesthésie avec péridurale combinée (RPC) pour sa stabilité hémodynamique et la possibilité de titrer pour l'obtention du niveau métamérique nécessaire

AG en urgence  
Code Rouge

AG en semi-urgence  
Code Orange

AG programmée  
Non urgente  
Code Vert



- Habillage COVID de l'équipe anesthésique & de l'équipe obstétricale selon les recommandations
- Filtre hydrophobe en place sur circuit expiratoire du respirateur
  - **Patiente en proclive 30° en plus du DLG**
  - Senior à la l'intubation

### Pré oxygénation pour $F_{ET}O_2 \geq 90\%$ :

- ✓ 3 min à FIO<sub>2</sub> 100%
- ✓ 5 à 8 CV à FIO<sub>2</sub> 100%
- ✓ VNI à FIO<sub>2</sub> 100% :  
AI=2 à 4 et PEEP = 4 à 6 selon tolérance
- ✓ Maintenir Optiflow si en cours
- ± VNI associée pour oxygénation apnéique

- Arrêt du respirateur / VS sur respirateur à la fin de la pré oxygénation & pendant les manœuvres d'intubation
  - Maintien Optiflow en cours ou O<sub>2</sub> lunettes en cours
  - Utilisation possible du video laryngoscope mais privilégier une IOT rapide par un praticien expérimenté

- ✓ Manœuvre de Sellick possible
- ✓ Kétamine 1.5 mg/kg ou propofol 3 mg/kg voir thiopental 5 mg/kg (poids avant grossesse)
  - ✓ Suxaméthonium 1 mg/kg (poids actuel)
  - ✓ Entretien sévoflurane MAC 0.8 puis 1
  - ✓ Curarisation si besoin (chirurgie, ventilation)
  - ✓ **Ventilation** adaptée à la patiente et selon tolérance
- ✓ **Manœuvre de recrutement** manuelle possible après extraction fœtale et si curarisation
  - ✓ Orientation post opératoire adaptée (SSPI, USC, réanimation)