

PRÉCONISATIONS

Insuffisance d'analgésie au cours de la césarienne
sous anesthésie péri-médullaire : prévention - prise
en charge immédiate et différée

Hawa KEITA-MEYER

Hôpital Necker-Enfants Malades
APHP, Université de Paris, France

Martine BONNIN

Pôle Femme Et Enfant, Hôpital Estaing
CHU Clermont-Ferrand, France

Keita H et al. ACCPM 2021 Aug 13;40(5): 100934.
Site CARO / Site SFAR



CONTEXTE

« Insuffisance d'analgésie et césarienne sous anesthésie péri-médullaire »

- Fréquence estimée à 5% – 10%
- Pointée dans débat « violences obstétricales »



GROUPE DE TRAVAIL



Professionnels/acteurs périnatalité

OBJECTIFS



Sensibiliser les professionnels

Prévention /
PEC per-césarienne/
PEC conséquences court,
moyen et long terme



STRUCTURE ORGANISATRICE

Club d'Anesthésie Réanimation Obstétricale (CARO)

PARTENAIRES

Sociétés savantes: CNGOF, SFAR, SFMP, CNSF, SFN, SoFraSimS

Autres : Psychologues, experts médico-légal, associations d'usagers (CIANE, Césarine), IADE, IBODE

COMITÉ DE PILOTAGE

Dan BENHAMOU, Philippe DERUELLE, Anne EVRARD, Hawa KEITA-MEYER



THÈMES RETENUS

- 1** - Évaluation du bloc avant incision et comment obtenir un bloc correct.
- 2** - Délai décision-extraction : définition du délai maximum acceptable, organisation et communication au sein de l'équipe.
- 3** - Reconnaître, prendre en compte et gérer la douleur avant et après incision.
- 4** - Prévention, identification et gestion de l'ESPT (état de stress post-traumatique)
- 5** - Aspects médico-légaux



POINTS FORTS DES PRÉCONISATIONS

RECONNAÎTRE L'INSUFFISANCE OU L'ÉCHEC D'ANESTHÉSIE

1 - L'insuffisance et l'échec d'analgésie sont définis comme toute anesthésie périmédullaire conduisant à un complément souhaité par la patiente.

PRENDRE EN COMPTE LE NIVEAU D'INCONFORT DE LA PATIENTE

2 - Le confort exprimé par la patiente est tout aussi important que l'évaluation du niveau d'anesthésie. L'existence d'un inconfort majeur doit être pris en compte.

Mme M. 27 ans: ATCDS

ATCDS chirurgicaux:

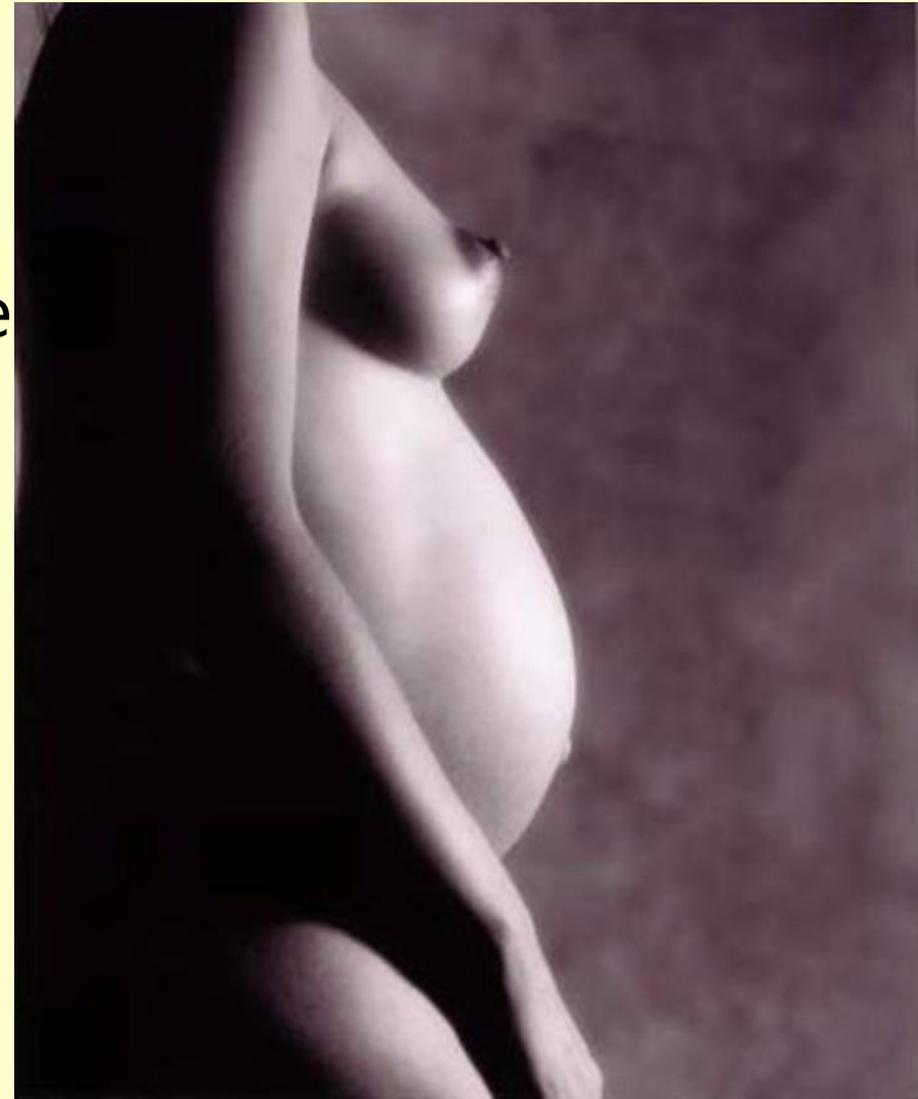
- Avulsion dents de sagesse sous AG
- Fracture du 5^{ème} orteil droit sous ALR; abse

ATCDS médicaux: aucun

ATCDS obstétricaux:

- 1 IVG médicamenteuse en 2010

Traitement: aucun



Mme M. 27 ans: Grossesse

- G2P0
- Suivi par SF de ville + échographies
- Terme théorique: 28/09/2021

- Dépistage T21 négatif
- Foetus évalué au 25^{ème} percentile
- Placenta latéral gauche NBI

- Gaviscon®
- Vit D



Mme M. 27 ans: Consultation d'anesthésie

19/08/2021

- 170 cm pour 76 kgs (+ 15kgs); IMC=26,3
- PA=115/70
- Auscultation cardiopulmonaire normale
- Arrêt du tabac en début de grossesse
- Non vaccinée COVID

- Rachis RAS
- Demandeuse d'une analgésie



Admission

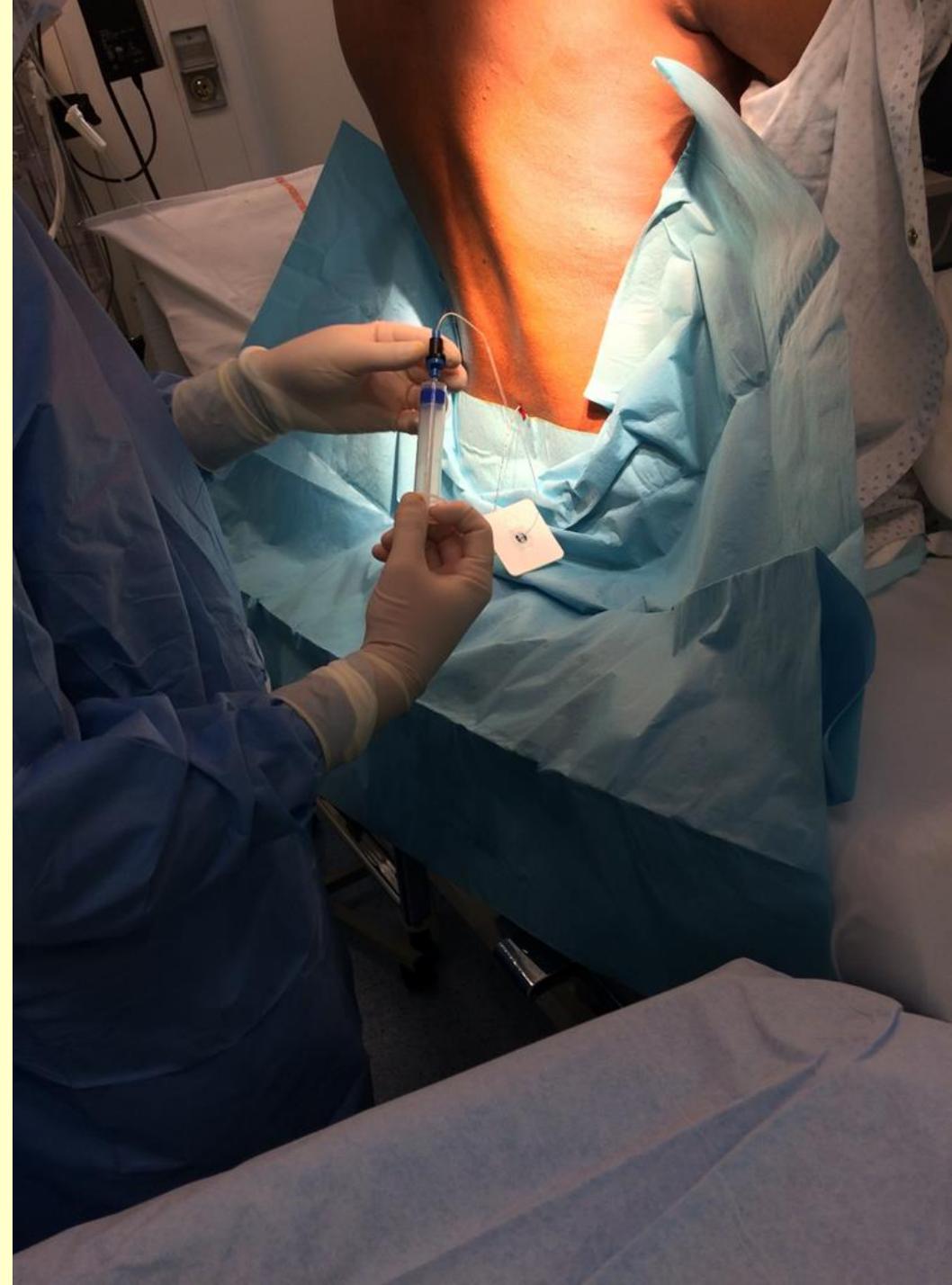
- Patiente admise le à 41 SA et 4 jours **le 4/10/2021**
- Déclenchement artificiel du travail pour terme dépassé + oligoamnios
- Propess® 10 mg à **15H40**

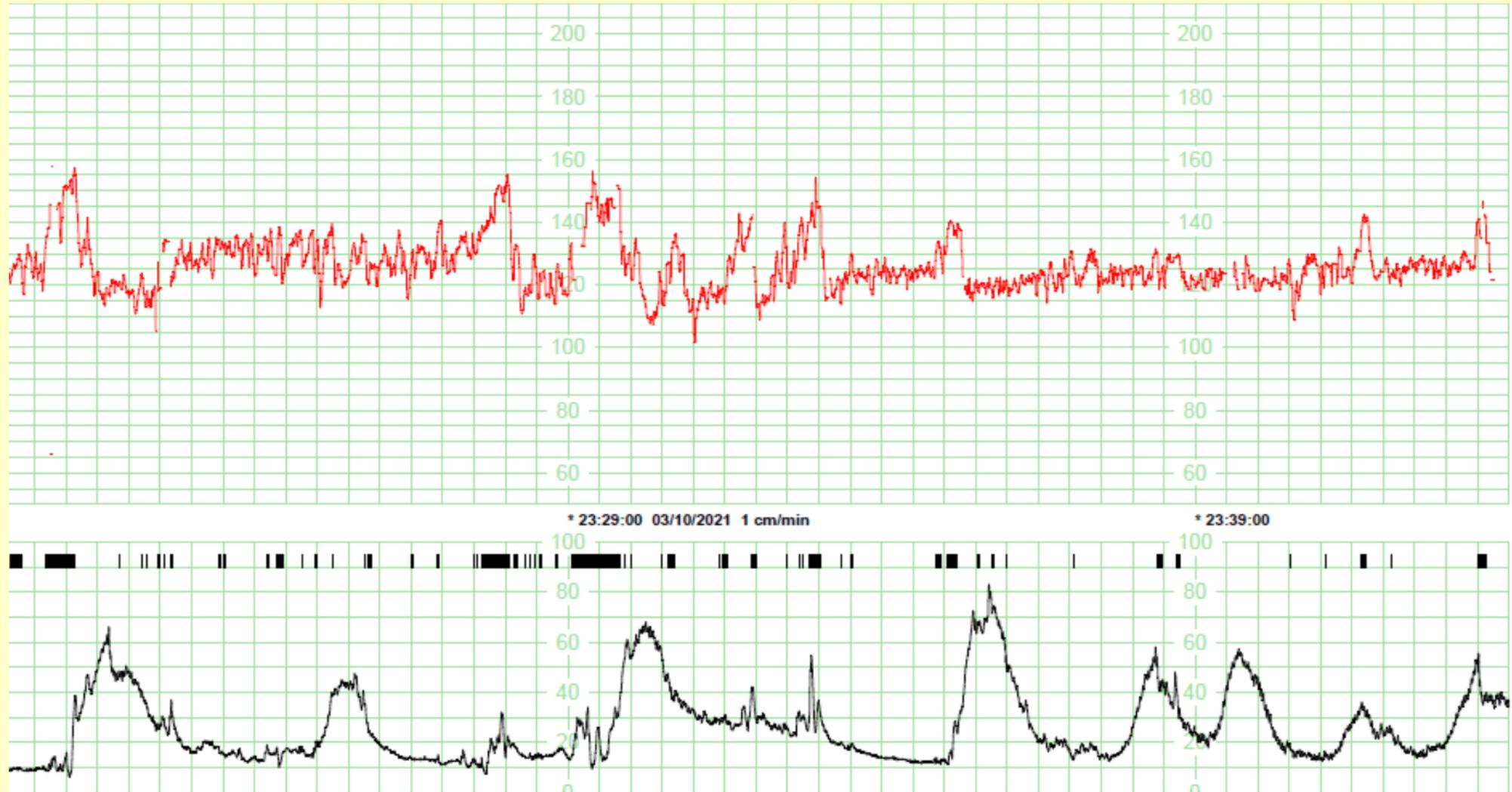


Analgésie Péridurale Obstétricale

- Mise en place du KT de péridurale à 2H45 le 5/10/2021
- Ponction péridurale en L3L4, espace à 5 cm, KT à 9 cm à la peau
- Dose de charge 5 mL + 10 mL de mélange lévobupivacaine 1,136 mg/mL + sufenta 0,45 mcg/mL
- Relais PIEB 5 mL

- Dilatation cervicale: 2 cm
- EVA avant analgésie: 9/10
- EVA à 30 min: 3/10





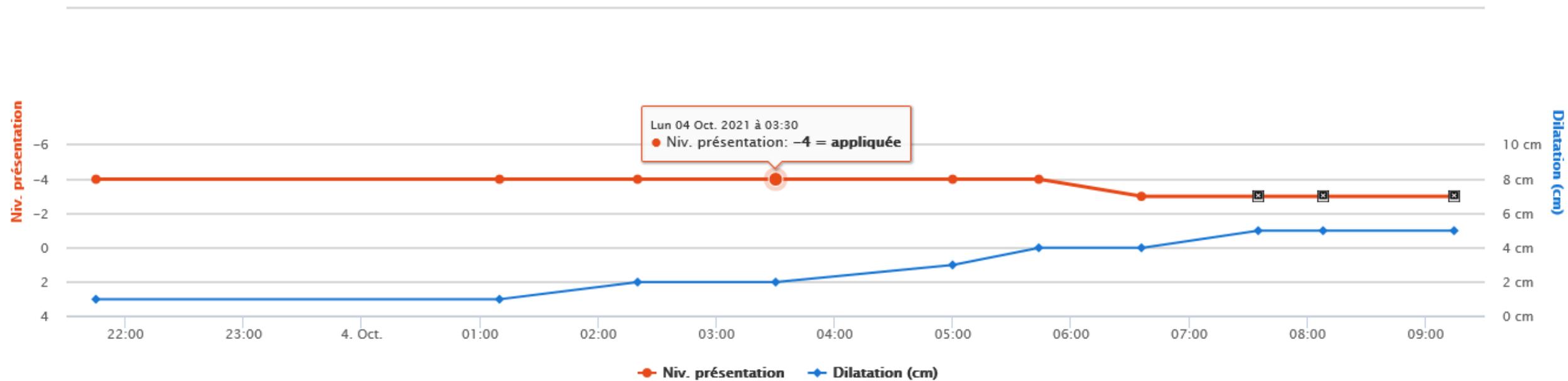
Défaut d'Analgésie pendant le Travail

- Patiente douloureuse du côté gauche pendant le travail
- Gestion par la SF sans appel IADE ni MAR
- Latéralisation + renouvellement des boli

Volume total: 50 mL
Boli demandés: 7
Boli administrés: 3

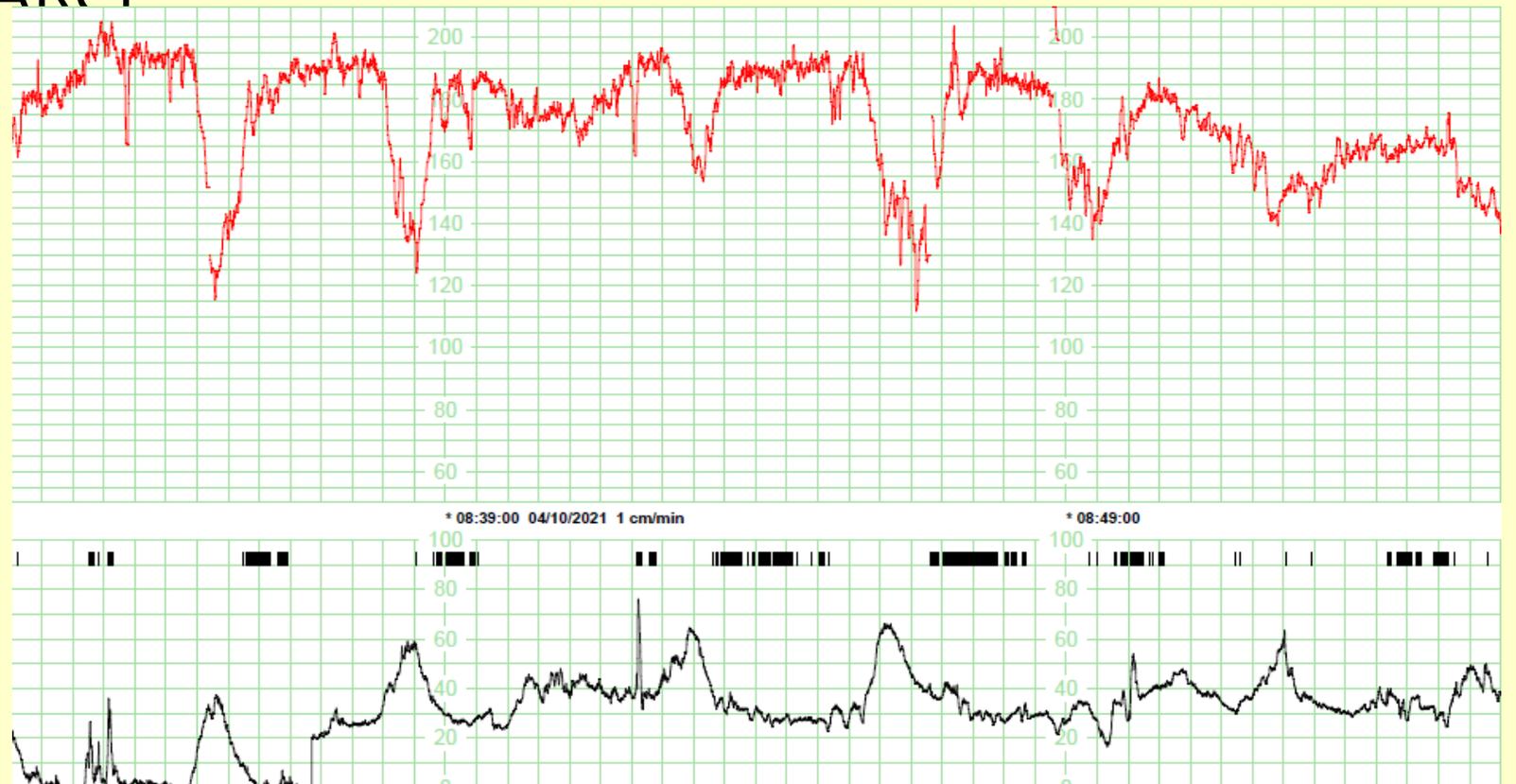


Travail Obstétrical



Décision de Césarienne

- Décision de césarienne à 9H50 le 5/10/2021: code orange
- Stagnation à 5 cm depuis 2H
- Oligoamnios et début d'ARCF





POINTS FORTS DES PRÉCONISATIONS

COMMUNIQUER SUR LE DEGRÉ D'URGENCE

3 - En cas de suspicion d'acidose foétale, l'obstétricien décide du degré d'urgence de la césarienne et communique de manière intelligible avec les autres acteurs, par exemple à l'aide d'un système de communication simplifié et validé en équipe, type code couleur.

PROCÉDURES LOCALES > OPTIMISER TEMPS DÉCISION – INCISION



POINTS FORTS DES PRÉCONISATIONS

RAPPEL

4 – La possibilité de réaliser un enregistrement du rythme cardiaque fœtal (RCF) à l'arrivée en salle de césarienne est une préconisation forte du CNGOF et du CNEMM (Comité National d'Experts sur les Morts Maternelles).

Conversion de l'Analgésie Péridurale en Anesthésie Obstétricale

- EVA=5/10 à l'annonce de la césarienne
- Consommation d'AL: 50 mL, 7 boli demandés, 3 administrés
- Niveau métamérique en T8 mais la patiente se plaint d'une asymétrie avec douleur à gauche
- Lidocaïne 2% adrénalinée 2 mL + 8 mL à 9H
- Tagamet® eff 2 cp
- Transfert en salle de césarienne





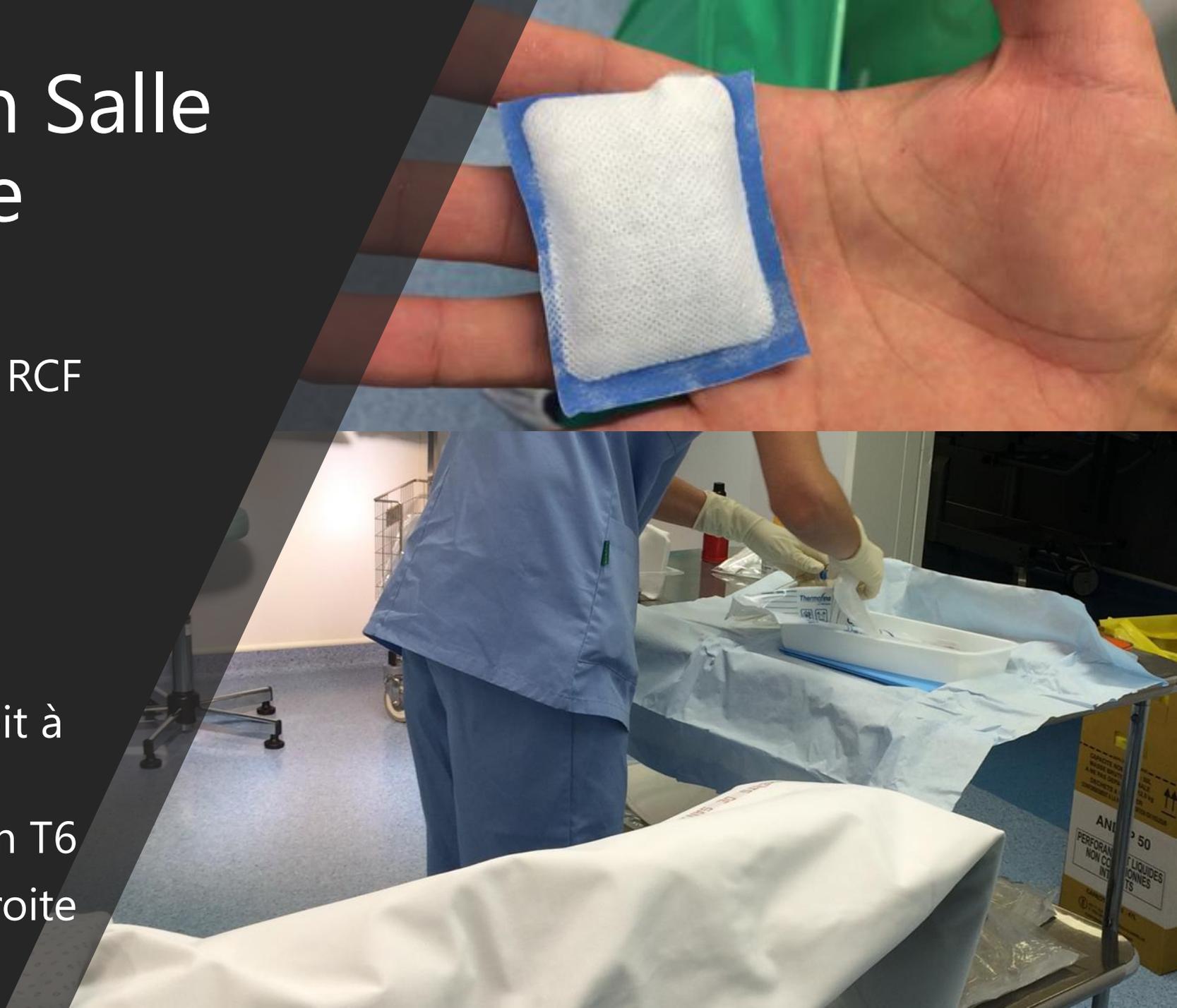
POINTS FORTS DES PRÉCONISATIONS

TESTER CORRECTEMENT LE BLOC CHIRURGICAL AVANT INCISION – PAR L'ANESTHÉSISTE

4 - L'évaluation de l'adéquation du niveau sensitif avant l'incision repose sur la sensation de toucher léger ou de froid. Un niveau sensitif supérieur bilatéral et symétrique en T6 au toucher \pm en T3 au froid est requis. Pour rappel : T6 = pointe xiphoïde, T4 = ligne mamelonnaire.

Installation en Salle de Césarienne

- Entrée en salle à 10H
- Poursuite enregistrement RCF sur ARCF code orange
- Installation + monitoring maternel + DLG
- Evaluation du niveau métamérique à 15 min soit à 10H05
- Niveau sensitif bilatéral en T6
- Niveau moteur en T8 à droite et T9 à gauche



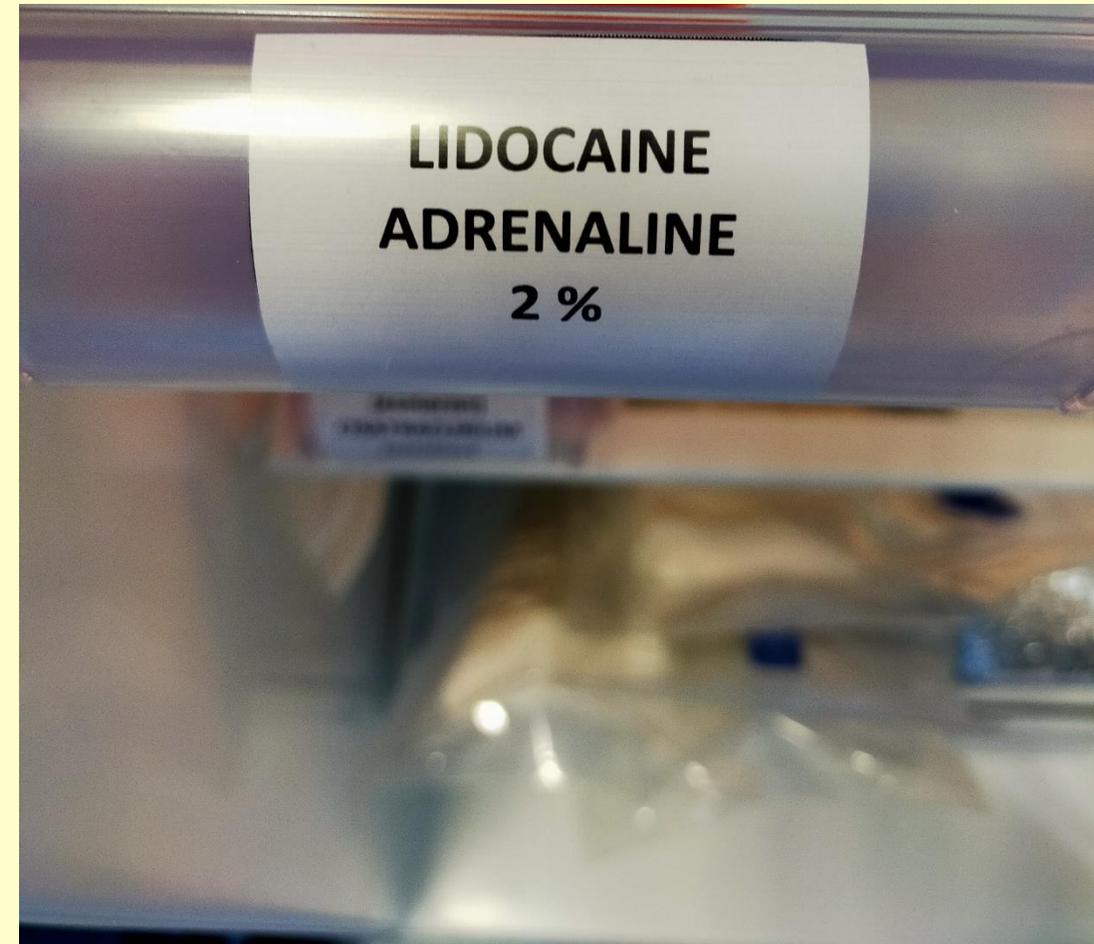
Que faire??

- A. De la lidocaïne par voie péridurale
- B. De la clonidine par voie péridurale
- C. Du sufentanil par voie péridurale
- D. Une gestion IV
- E. Une conversion en AG



Complément d'Anesthésie

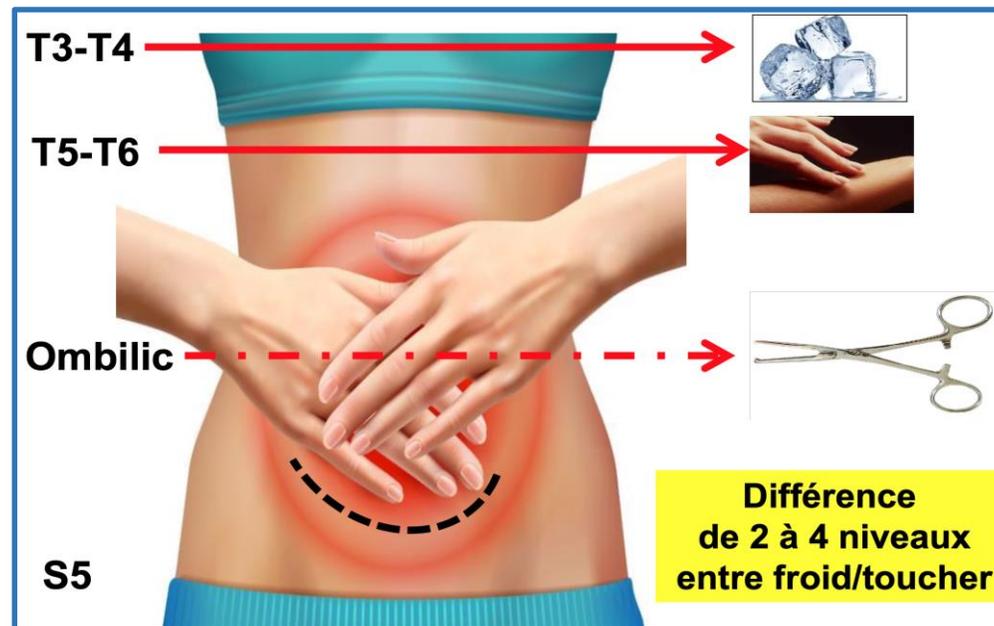
- Administration de lidocaïne 2% AD 5 mL supplémentaires à 10H00
- Poursuite enregistrement RCF
- Chirurgiens en salle et habillés





POINTS FORTS DES PRÉCONISATIONS

TESTER CORRECTEMENT LE BLOC CHIRURGICAL AVANT INCISION – PAR LE CHIRURGIEN



Diapo empruntée au Pr D. Chassard



Test Ultime par l'Opérateur: 10H10

Test à la pince zone d'incision: « ça pique un peu à gauche »



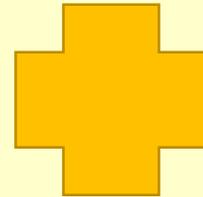
Test à la pince en limite de champ: OK

Que faire??

- A. De la lidocaïne par voie péridurale
- B. De la clonidine par voie péridurale
- C. Du sufentanil par voie péridurale
- D. Une gestion IV
- E. Une conversion en AG
- F. Rien: « c'est normal que vous sentiez
mais ça ne va pas faire mal! »



Action Effectuée



Clonidine 75 mcg dans 5 mL de sérum physiologique + lidocaïne
2% AD 5 mL

10H10



Test à la pince zone d'incision OK à 10H20



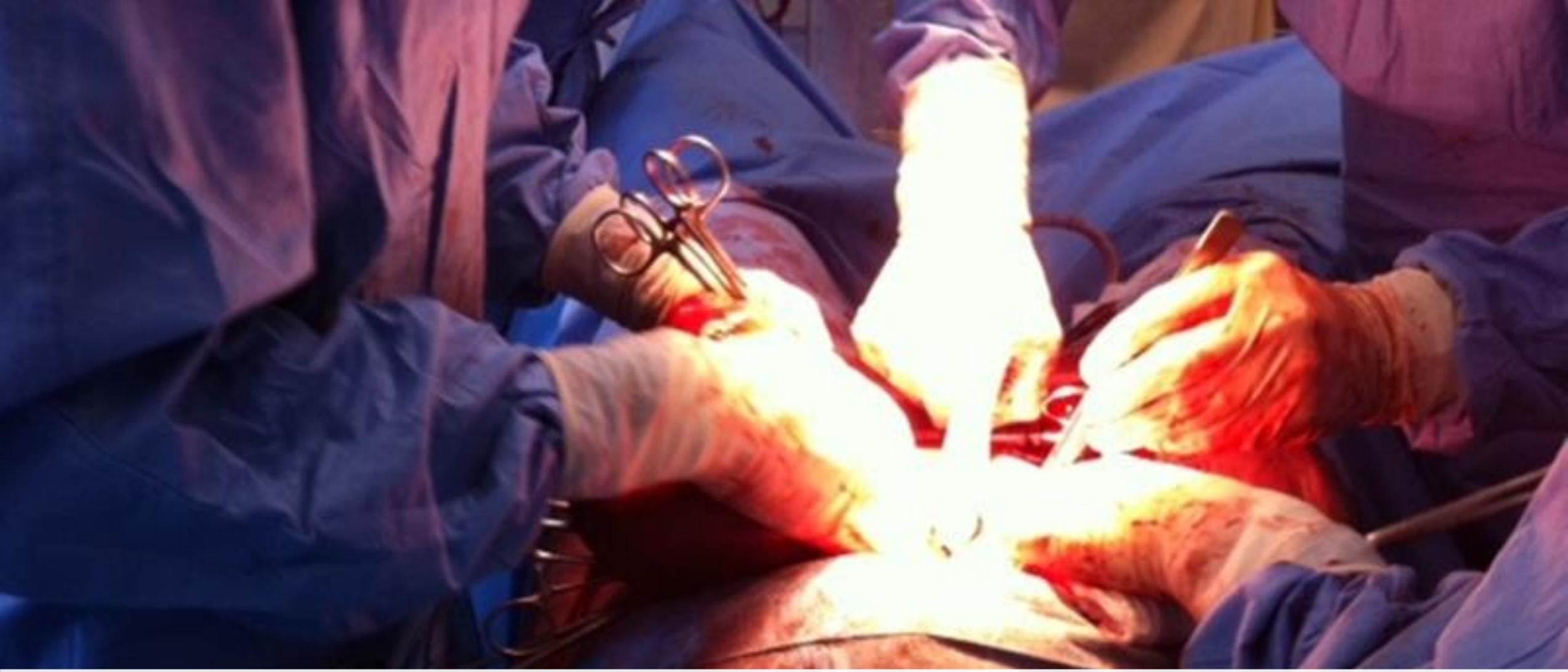
Incision **10H21min30s** / Extraction **10H22** + clampage

Clampage 10H35

- **Enfant de sexe masculin**
- **Poids: 3260 g**

- **Apgar: 7/8/9**
- **pH artériel: non fait**
- **pH veineux: 7,39**
- **Lactates: 2,60**
- **Nouveau-né vu par les pédiatres pour hypotonie et saturation un peu moyenne**
- **Aspiration + recrutement**





**Douleur post extraction:
point douloureux à gauche**



POINTS FORTS DES PRÉCONISATIONS

IDENTIFIER LES ANALGÉSIES PÉRIDURALES OBSTÉTRICALES IMPARFAITES

5 - Une analgésie péridurale imparfaite pendant le travail obstétrical expose au risque d'échec de conversion de la péridurale analgésique en péridurale anesthésique pour la césarienne en cours de travail.

L'échec peut cependant également survenir lors d'une césarienne programmée avec une rachianesthésie et les mêmes critères de bonne pratique sont requis.



FACTEURS DE RISQUE ÉCHEC APM

RACHIANESTHÉSIE

- Ponction effectuée trop basse (L5S1)
- Dose insuffisante et/ou perte d'une partie de la solution
- Ponction « à cheval » : orifice aiguille rachi entre dure-mère et arachnoïde
- ATCD de chirurgie du rachis

Fettes PD. Br J Anaesth 2009

EXTENSION APD

- Nombre de bolus administré au cours du travail
- EVA ≥ 4 dans les 2 h précédant la césarienne
- Degré urgence césarienne
- Parturiente de grande taille

FDR controversés

- Dilatation cervicale
- IMC maternel
- APD vs PRC initiale pour le travail
- Perfusion continue vs PCEA ou PIEB
- Durée du travail obstétrical / dose totale reçue

Bauer ME.. Int J Obstet Anesth 2012 / Guasch E. Minerva Anesthesiol 2017 / Lee S. Anesth Analg 2009 / Mankowitz SK. Anesth Analg 2016

Que faire??

- A. De la lidocaïne par voie péridurale
- B. Une gestion IV
- C. Du protoxyde d'azote
- D. Une conversion en AG
- E. Rien: « C'est bientôt fini! Ça ne va pas durer lon





PRISE EN CHARGE IMMÉDIATE DE L'INSUFFISANCE D'ANALGÉSIE

Insuffisance analgésie pendant la césarienne

Pause opératoire
Evaluation intensité douleur
selon contexte et sévérité de la douleur

Anesthésie Générale
En induction
séquence rapide

Prévenir Pédiatre

Complément Intra Veineux

- Opioides
Alfentanil: 5- 10 $\mu\text{g}/\text{kg}$
Rémifentanil: bolus 0,3 $\mu\text{g}/\text{kg}$ en 1min puis 0,1 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$
- Hypnotiques à dose infra-anesthésique: **Kétamine, Propofol**



HPP

- Utérus atone
- Rapidement acide tranexamique 1g + sulprostone
- Patiente agitée ++ qui dit ressentir à gauche et par
- Obstétricien gêné pour la chirurgie hémostatique +



Que faire??

- A. Une gestion IV
- B. Du protoxyde d'azote
- C. Une conversion en AG
- D. Rien: « Mais calmez vous madame, ça va aller!! »



Il ne faut pas, sous prétexte de vouloir éviter à tout prix une AG, créer une situation clinique pouvant rapidement se dégrader et/ou prolonger une situation inconfortable pour la patiente.





POINTS FORTS DES PRÉCONISATIONS

RECONNAÎTRE QUAND L'ANALGÉSIE PÉRIMÉDULLAIRE EST INSUFFISANTE

5 – Réaliser une anesthésie générale en cas d'échec de la gestion médicamenteuse de la douleur, même avant le clampage du cordon.

54^{ÈME} Congrès National du

CARO

CLUB D'ANESTHÉSIE RÉANIMATION EN OBSTÉTRIQUE

NANCY

20 & 21 MAI 2022



> COMITÉ LOCAL D'ORGANISATION

*Pr Hervé Bouaziz Dr Delphine Herbain
Dr Florence Vial Dr Marius Lerintiu*

> ORGANISATION GÉNÉRALE

*MD Events
24 rue du Pérou | 63000 Clermont-Fd
04 73 36 94 64 | 06 43 05 35 90
Margaux@events-md.fr*

Caro

WWW.CARO-CONGRES.FR