

GESTION D'UNE ALR INEFFICACE LORS D'UNE CÉSARIENNE

Hawa Keita-Meyer



Service d'anesthésie – CHU Louis Mourier – Colombes

INEFFICACITÉ DE L'ALR

- Echec total: aucun bloc sensitif / moteur
- Echec partiel: niveau sensitif inadéquat / bloc moteur +
- Douleur perop
- Inconfort perop
- Conversion AG
- Supplémentation analgésique
-

FRÉQUENCE D'ÉCHEC

	Rachi	APD	PRC
Kinsella SM, 2008 (UK-1999/2004-n = 5080)	3,5%	13,4%	13,7%
Pan PH, 2004 (USA-2000/2002-n = 19259)	2,7%	7,1%	-
Bauer ME, 2012 (métaA-13 études- n = 8628)	-	10,7% (95CI 4,2 – 17,3%)	-

FACTEURS D'ÉCHEC (ALR)

	Odds ratio	95% CI	P
Type d'anesthésie			
-APD « top up »	3,15	(2,4 - 4,1)	<0,001
-Rachi	1,00	-	
-PRC	1,6	(0,90 - 2,8)	

Kinsella SM. Anaesthesia 2008

FACTEURS D'ÉCHEC (RACHI)

	Odds ratio	95% CI	p
Morphinique			
-NON	5,51	(1,9-15,3)	0,005
-OUI	1,00	-	
Indication césar-ARCF			
-NON	1,00	-	0,020
-OUI	1,78	(1,12-2,84)	
Durée chirurgie (min)			
-0-60	1,00	-	0,001
-61-90	2,41	(0,81-7,16)	
-> 90	9,10	(3,12-26,5)	
Adéquation bloc en préop			
-NON	11,7	(5,36-25,6)	0,001
-OUI	1,00	-	

FACTEURS D'ÉCHEC (RACHI)

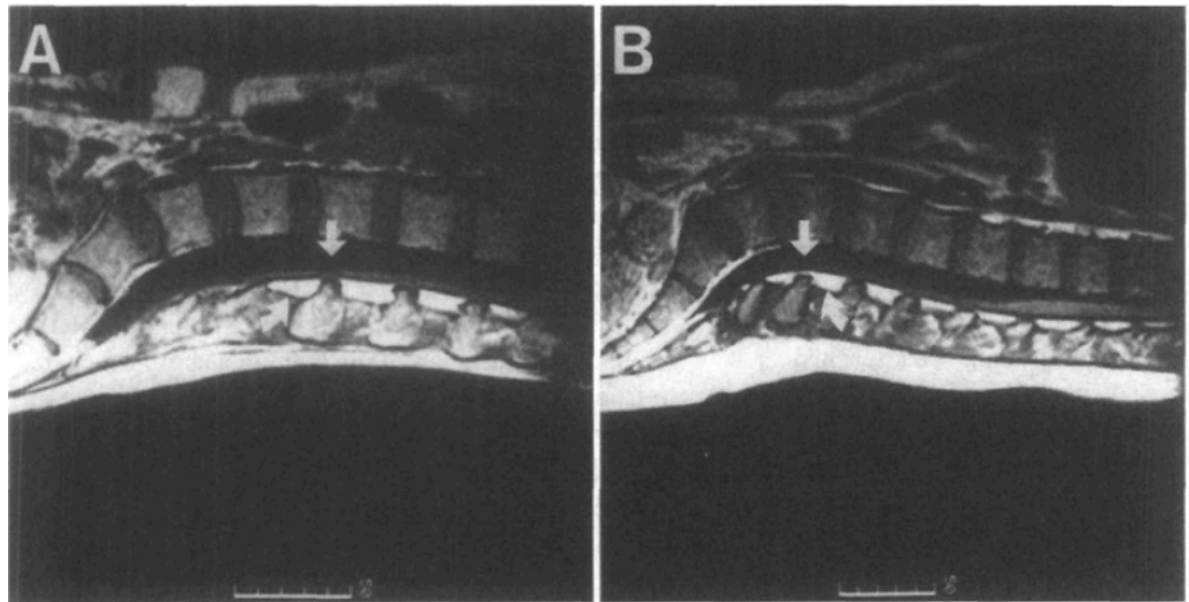
ANOMALIES ANATOMIQUES

Kyste de Tarlov



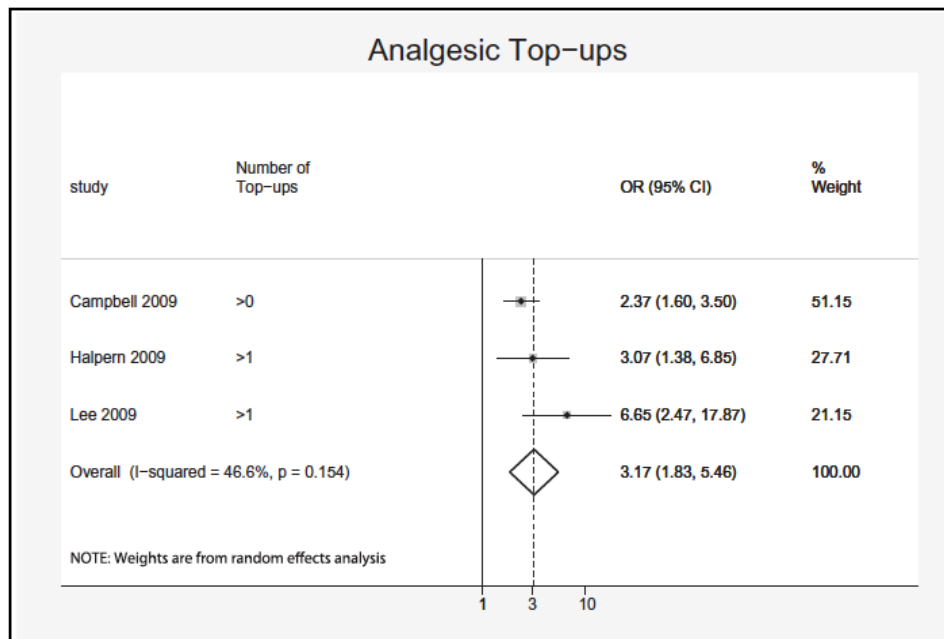
4,5%-9% de la population

Elargissement canal lombaire rachidien

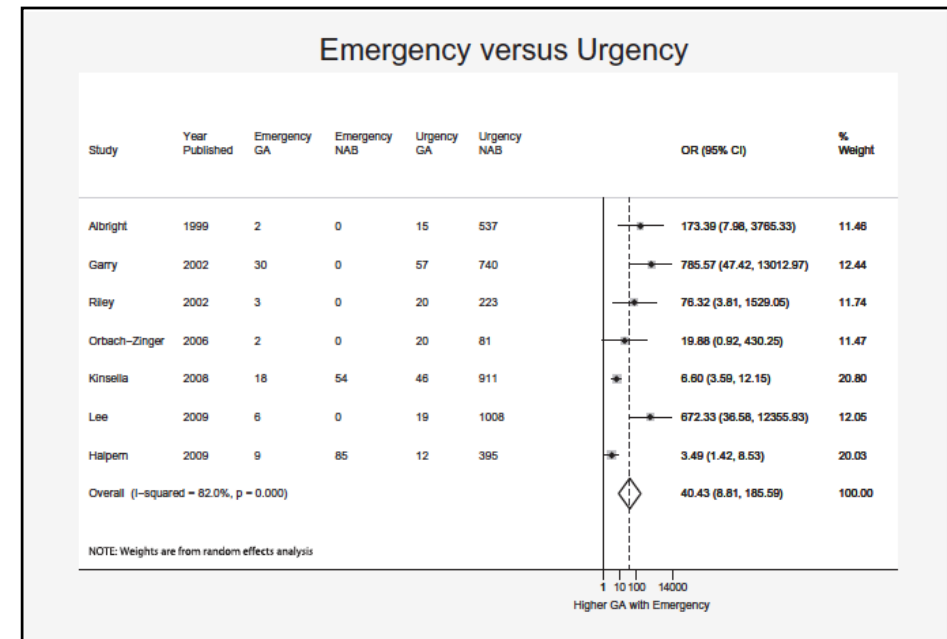


Hirabayashi Y. CJA 1996

FACTEURS D'ÉCHEC (APD)

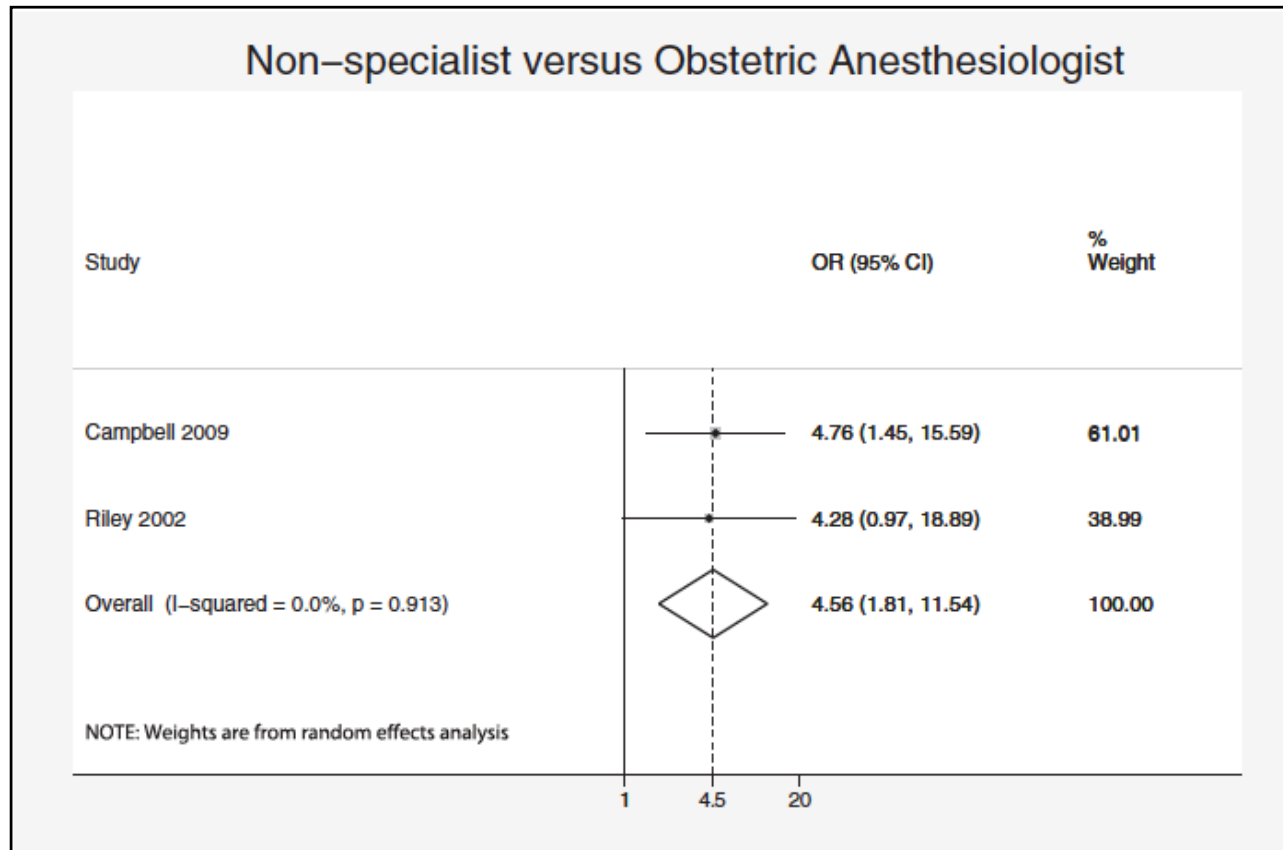


**Nbre bolus per partum
(OR=3,2 (95CI 1,8-5,5))**



**Niveau d'urgence
(OR=40,4 (95CI 8,8-185,6))**

FACTEURS D'ÉCHEC (APD)



➤ **Pas d'impact:**

- BMI ou poids maternel
- Durée APD
- PRC vs APD

Bauer ME. IJOA 2012

Non spécialiste en AR obstet (OR=4,5 (95CI 1,8-11,5))



COMMENT PRÉVENIR L'ÉCHEC

APPLIQUER LES BONNES PRATIQUES



1

- Utiliser les bons agents
- A la bonne dose
- Au bon endroit

2

- Tester le bloc avant incision

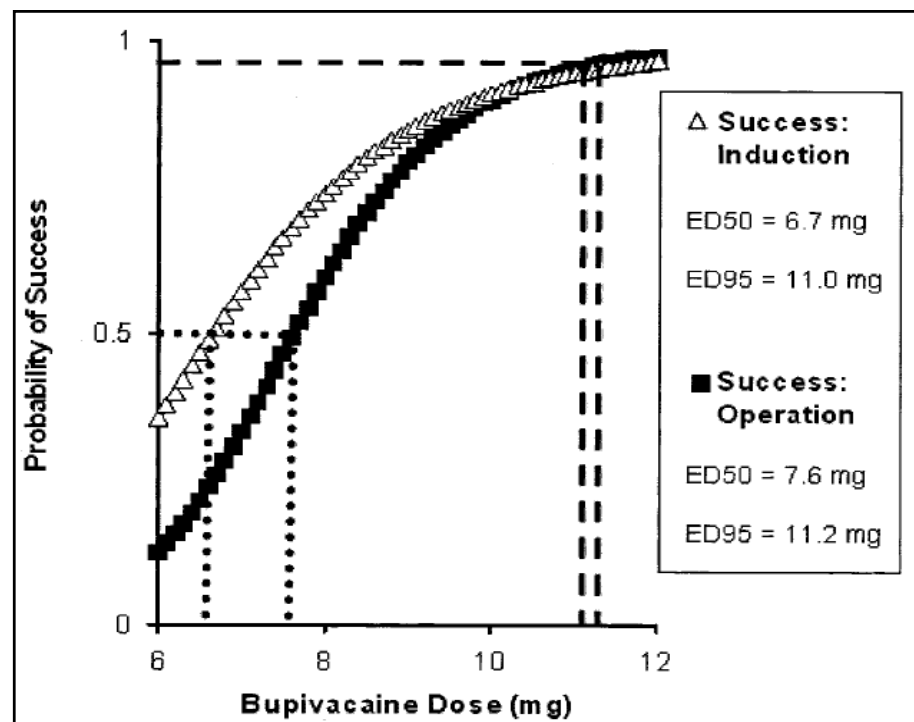
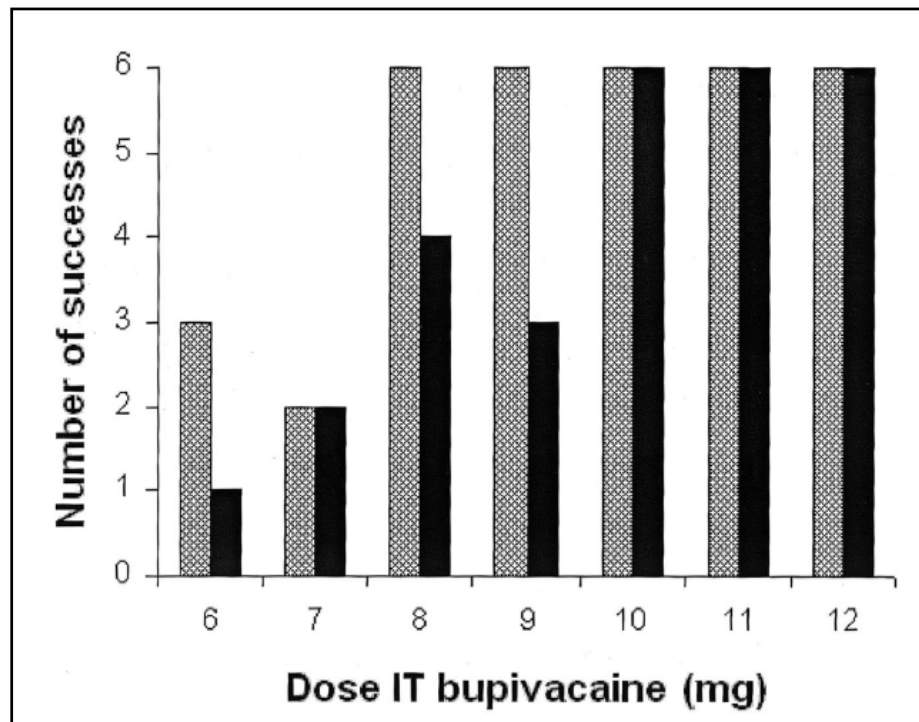
OPTIMISER LA RACHI !



Agents en IT

Bupivacaine hyperbare: ED95% + opioïde = 11 mg

Sufentanil: 2,5 – 5 µg



OPTIMISER L'APD



Extension d'une APD analgésique

Lidocaïne 2 % adré (15 à 20 mL) fractionné pour NSS à T4

⇒ Bloc chirurgical < 12,5 min

⇒ Bloc chirurgical ↓ 4,5 min vs ropi 0,75% ou lévobupi 0,5%

Lidocaïne 2% adré + morphinique liposoluble

⇒ Bloc chirurgical - 2 min suppl

Price ML et al. IJOA 1991

Hillyard SG et al. BJA 2011; 107: 668-78

OPTIMISER L'ALR



Test efficacité bloc: performances des différentes méthodes

Testing modality	Cold	Pin-prick	Touch
Sensitivity	0.12	0.55	0.98
Specificity	0.98	0.83	0.53
PVP (screening test positive)	0.35	0.42	0.32
PVN (screening test negative)	0.94	0.89	0.99
False negative rate	0.88	0.45	0.03
False positive rate	0.02	0.17	0.46

Toucher léger = meilleure sensibilité



COMMENT GÉRER L'ÉCHEC

RECOMMANDATIONS RACHI



Echec total du bloc \Rightarrow Conversion AG

Extension insuffisante et attente possible

- Patienter quelques minutes
- Solution hyperbare \Rightarrow Trendelenburg modérée ($\leq 10^\circ$)
- Supplément iv: morphinique lipos, MDZ, propofol
- N₂O
- Garder le contact verbal++

Si insuffisant \Rightarrow Conversion AG

LE N₂O !



Effet anxiolytique du N₂O

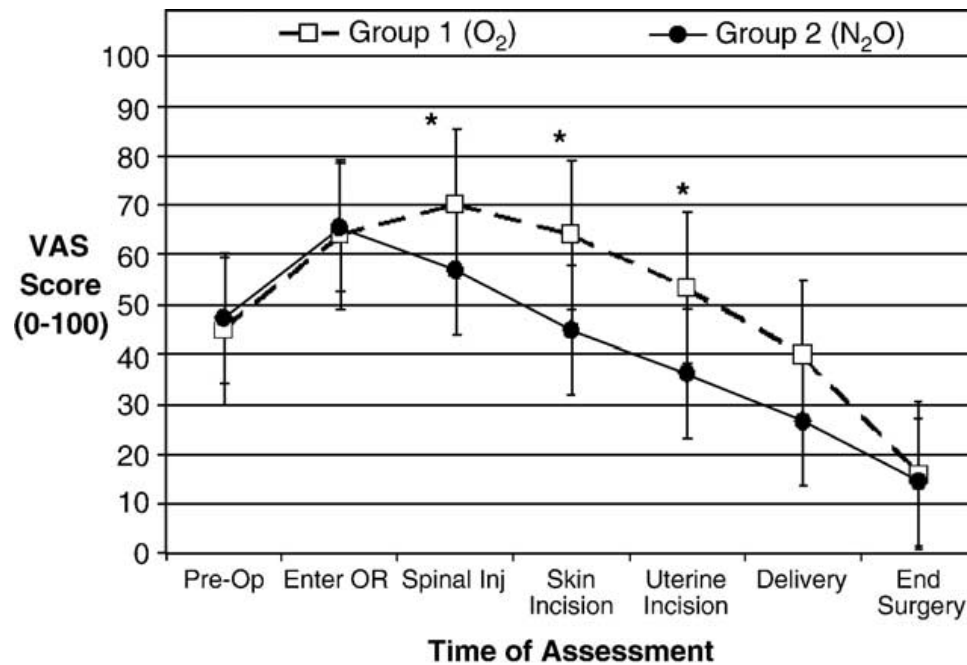
- Etude randomisée, double aveugle
- Césariennes programmées sous RACHI:
 - Groupe O₂ 100% (n=30)
 - Groupe N₂O 40% (n = 30)



LE N₂O !

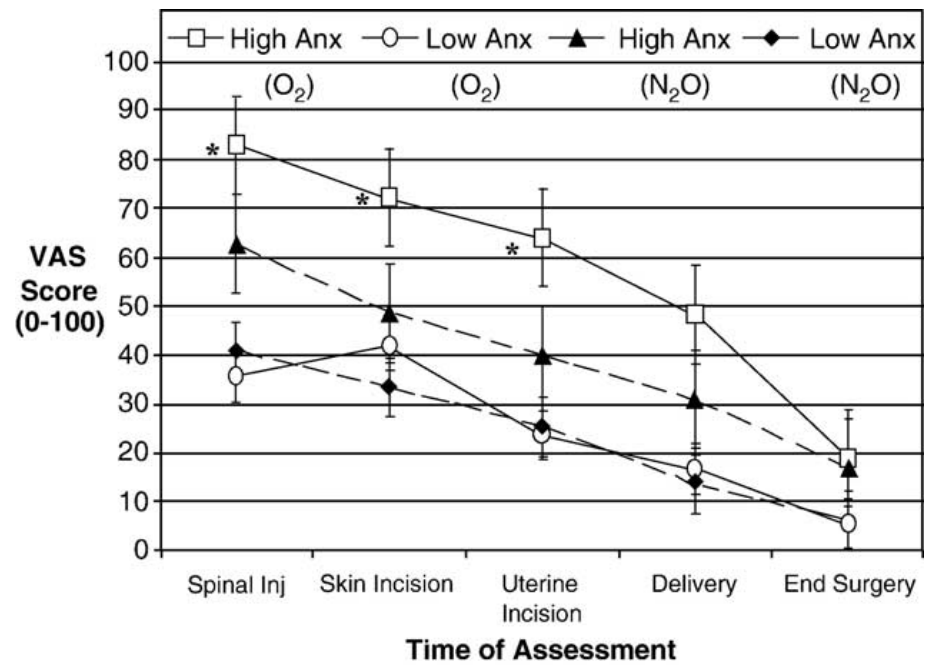


Scores d'anxiété à ≠ temps



N₂O efficace à l'injection IT, incision cutanée et utérine

Evolution du score selon niveau initial d'anxiété



Plus niveau initial d'anxiété élevé, plus N₂O efficace

RECOMMANDATIONS APD



Extension insuffisante et attente possible

- Réinjection AL (lido 2%A ou ropi 0,75%)
- ± Morphinique lipos (suf \leq 10 μ g)
- ± clonidine 50-75 μ g

Si insuffisant \Rightarrow Conversion AG

RACHI « SINGLE SHOT » APRÈS APD



Difficulté prédiction niveau bloc

↓ Dose d'AL??

⇒ Risque échec / conversion AG

Dose classique AL??

⇒ Risque bloc ht ou rachi totale

⇒ Fréq 0,8%-11%

PRÉVENTION:

- 30 min de délai après bolus APD
- Réduction dose bupi (12-10,5mg)
- Position assise 2 min après RACHI



PAS DE VALIDATION

PRC APRÈS APD



Intérêt - limite

↓ Dose d'AL en rachi
KT → extension possible du bloc

Bon fonctionnement KT??

Reflux LCR = critère efficacité KT

-Reflux + = 5,2% échec

-Reflux - = 28% échec

Grondin LS Anesthesiology 2009


INFILTRATION D'AL



- **Technique décrite** (*Ranney B. Obstet Gynecol 1975*)
- **Efficacité??**

CÉSARIENNE-ALR-INEFFICACE

CONCLUSION

- Fréquence après rachi $\approx 4\%$; après APD $\approx 10\%$
- FDR identifiés
- Prévention par de « bonnes pratiques »
- Gestion échec = conversion AG si attente impossible
- Supplémentation iv (morphiniques, hypnotiques) +/- N2O
-  Garder le contact verbal!
- Préférer PRC à rachi « single shot » après échec APD

