

Conversion d'une analgésie péridurale incomplète pour une césarienne: que faire en pratique?

Anne-Sophie Ducloy-Bouthors, Laurence Reumaux, Pierre Richart,
Maternité Jeanne de Flandre CHRU Lille
Et Jean-Claude Ducloy, Hôpital Privé Villeneuve d'Ascq



Disclosures

As manager of the national congress of French obstetric anaesthesia and as investigator of health research programmes, we have previously received support from:

- TEM International
- LFB
- CSL Behring
- Fresenius
- Haemonetics
- Leo Pharma
- Novo Nordisk
- Roche Diagnostics
- Stago

Conversion ALR-AG pour césarienne On peut s'améliorer!

Conversion of regional to general anaesthesia at caesarean section: increasing the use of regional anaesthesia through continuous prospective audit

Rafi et al IJOA 2010;19:179-183

- Audit rétrospectif 1997-2002 : 9.4%
- Evaluation continue pratiques professionnelles
2004-2007 :2273 CS
- Raisons invoquées : Urgence et risque HPP
- Amélioration sur la période
de 0.8% à 0% pour les CS programmées
de 7 à 5.4% pour les CS en cours de travail.

Causes échec de conversion?

Risk factors for failure to extend labor epidural analgesia to epidural anesthesia for Cesarean section*

Orbach-Zinger et al Acta Anesth Scand 2006;50:793-797

- Conversion Analgésie- Anesthésie 16mL Xylo2%
101 CS → 20 conversion AG
- Facteurs de risque d'échec de conversion:
âge maternel, obésité avant et en cours de grossesse
nombre de réinjections et EVA élevée marqueurs de AP
imparfaite dans les deux heures qui précèdent la CS
- Analyse multivariée =
AP imparfaite OR 4.39 p0.005

Une analgésie incomplète ?

Pourquoi?

	Lecoq 1998 (Can J Anaesth)	Watts 1992 (Anaesth Intensive Care)	CognonYildiz 2002 Thèse Lille
Etude Période N patientes Satisfaction	Prospective 6 mois 456	Rétrospective 5 ans 324 77 %	Prospective 2 mois 511 90 %
Imperfections (incidence)	5 % pendant W 20 % expulsion	2 % pose 10 % pendant W	4 % pose 33 % pendant W ou expulsion
Facteurs associés : Insatisfaction ou Analgésie imparfaite	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur radriculaire - Induction inefficace - Variété postérieure - Durée W > 6 h - Durée W < 1 h 	<ul style="list-style-type: none"> - Problèmes techniques (pose) - Segments non bloqués - APD dilatation > 5 cm 	<ul style="list-style-type: none"> - Multipare (atcdt APd) - Ponction douloureuse - Induction inefficace - Défaut d'extension métamérique sacrée

Mieux vaut prévenir que guérir!

Compléter les analgésies incomplètes?

Surveillance régulière ou sur demande de la sage-femme

- Le bloc est-il assez étendu?
 - *Quel niveau analgésique haut-bas et droit-gauche?*
 - *Quel bromage droit et gauche?*
- Le bloc est-il assez puissant?
 - *Comment évolue l'EVA?*
 - *Quel AL?*
- Les conditions obstétricales en cause ?
 - *Où se situe la douleur?*
 - *Quelle variété de position de la tête foetale?*
 - *Quelle vitesse de dilatation?*

Mieux vaut prévenir que guérir!

Place de l'IADE dans la surveillance régulière

Titre : Impact de la mise en place d'une permanence de soins IADE en secteur de naissance.
Auteurs : E Ranvier-Davelu , Marie Wallart, Anne-Sophie Maes, Marie-lyse Leclert, et al
CARO Montpellier 2015

En comparant 2013 (n=245) versus 2014 (n=149), Amélioration de:

1/ Qualité de l'analgésie : Préparation AL et adaptation de la concentration à la patiente et à l'intensité du travail : ***Le nombre de modifications de protocole et réinjections a presque doublé de 63(26%) à 63(42%).***

2/ Traçabilité de l'analgésie : ***Le pourcentage de dossiers traçés a été multiplié par 10 de 4(2%) à 43(29%).***

3/ Réduction du nombre d'anesthésies générales (AG) en SDN ***de 6 à 0.***

4/ Réduction de moitié du délai entre l'induction au moment de la décision de césarienne et l'extraction ***de 9 à 5 min pour l'AG et de 21 à 11min pour l'anesthésie péridurale (AP)***

5/ Traçabilité des gestes de réanimation maternelle ***de 71% à 100%.***

Convertir l'analgésie incomplète en anesthésie pour césarienne

- *Quel est le niveau d'urgence et de combien de temps l'anesthésiste dispose-t-il pour effectuer cette conversion?*
- *L'analgésie est-elle incomplète ou totalement inefficace?*
- *Quel est le niveau d'alliance de l'équipe (sage-femme, obstétricien, anesthésiste +/- IADE, pédiatre) avec la patiente et le couple?*
- *Y a-t-il une indication/contre-indication médicale à une technique d'anesthésie.*

Convertir une analgésie en anesthésie péridurale

Méthode de référence

- Changer d'AL : LBupi ou Ropi → Xylo
- Augmenter la puissance du bloc : 2%
- Augmenter l'extension: 16 à 20mL
- Injecter vite. Délai action court.
- Utiliser des adjuvants : adrénaline, sufenta/fenta, +/- Clonidine néostigmine

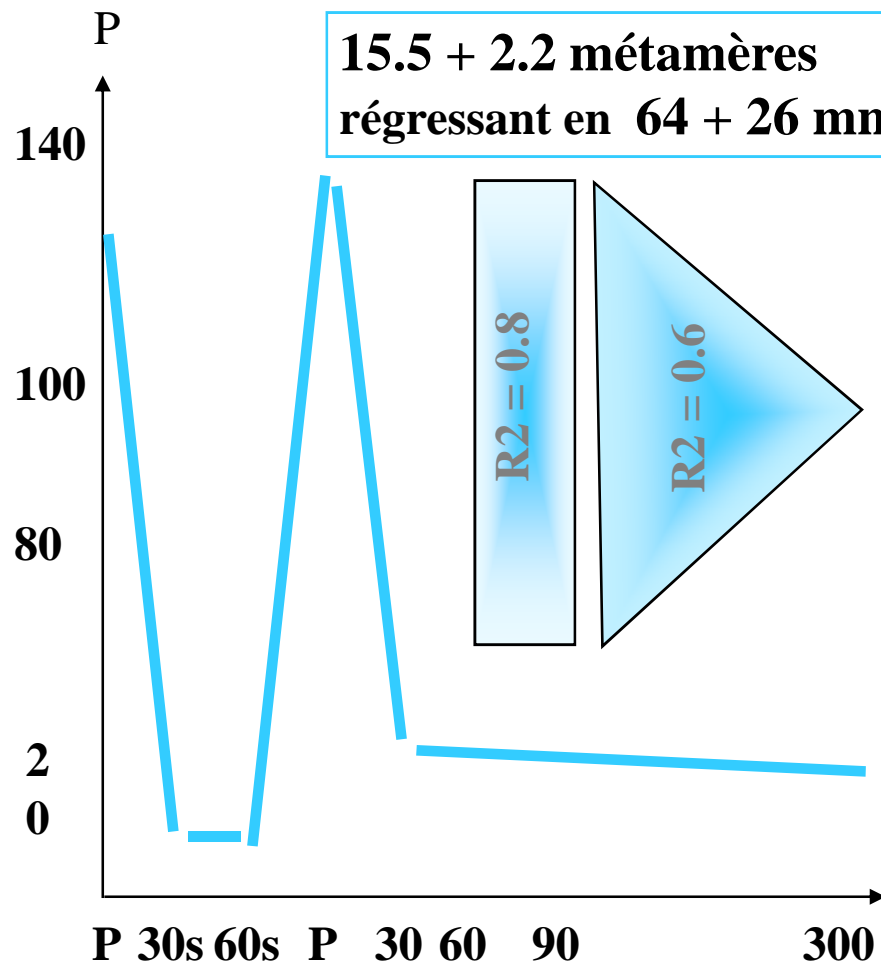
Puis

- Tester niveau T4? En 2minutes?
- Anesthésie cutanée zone d'incision?

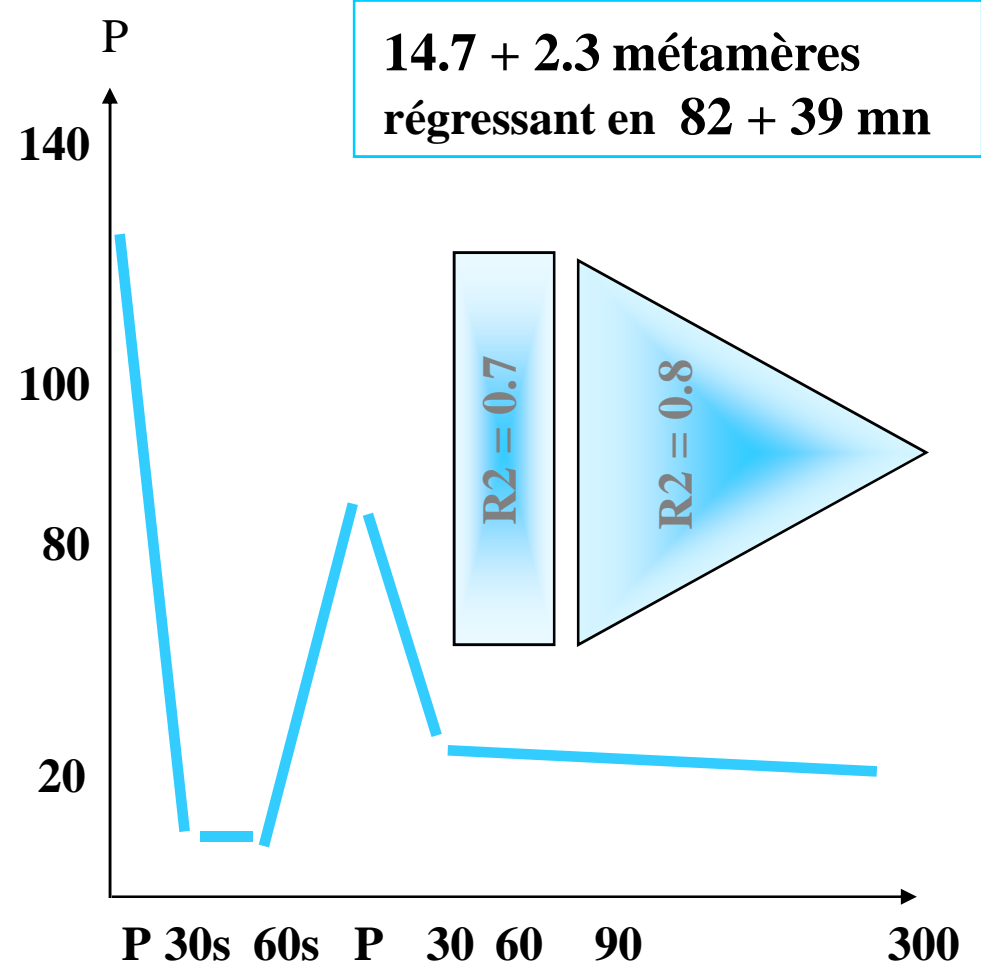
PRESSION PERIDURALE ET EXTENSION METAMERIQUE : influence de la vitesse d'injection

M.S.C.CARDOSO Reg.Anesth. 1998;23:14-19.

GROUPE I : 15 ml en 30 s



GROUPE II : 15 ml en 3 mn



Clonidine et Neostigmine

- 128 Ipares PCEA Levobupi + Sufenta +/- clonidine 2µg/mL

Gpe Clonidine :

analgésie meilleure et d'installation plus rapide

Bolus supplémentaires (18 vs. 46%; P = 0.004).

PA plus basse et sedation similaire.

Wallet et al [Eur J Anaesthesiol.](#) 2010;27:441-7

- Clonidine (1.36 µg/ml) adjuvant à une basse concentration de levobupivacaine augmente la qualité de l'analgésie.

[Bazin et al Anaesthesia.](#) 2011 ;66:769-79

- 100 parturients. Rachi ropivacaine sufentanil.

Puis 10ml neostigmine 500µg and clonidine 75µg (NC) group ou placebo Puis PCEA ropivacaine sufentanil.

Consommation ropivacaine NC ↓↓↓ 32.6%.

[Boogmans et al Eur J Anaesthesiol.](#) 2014 ;31:190-6

Mme C.A. 17 ans Ipare, BMI:34,ASA:1,Wilson:5

- *Induction du travail pour terme dépassé et macrosomie. Variété de position droite postérieure. Durée du travail depuis entrée en salle naissance: 9heures.*
- *Sous PCEA. Mosaïque et douleur supra inguinale gauche. Bromage 2 à droite. KT testé OK par 6mL X2% à 6cm.*
- *Décision de césarienne code vert pour dystocie cervicale à 8cm.*

Que faire en pratique ?

- La patiente vous connaît-elle?
Établir l'alliance avec la mère, le père et l'enfant. Métaphore pilote de course automobile.
- Expliquer l'imperfection de l'analgésie: *variété de position postérieure*
Expliquer césarienne : *permettre naissance enfant en douceur.*
- Tout en induisant 16mL X2%Ad. Vérifier VV. Prévenir hypoTA.
- Tester niveau et efficacité.
- Si OK: accompagner l'accouchement.
- Si pas OK: demander à la patiente si elle souhaite être endormie et suivre ses souhaits.

- *Mme R.S. 32 ans Ilpare BMI:22 ASA1*
- *Travail spontané rapide.*
- *Analgésie inefficace. Pas de niveau. Pas de soulagement des la douleur des contractions. Engourdissement creux inguinal à droite. Le KT est-il para vertébral?*
- *Décision de césarienne code orange à 6 cm pour dip II profonds (cordon?)*

Que faire en pratique ?

Etablir alliance. Réifier inefficacité analgésie.
Proposer choix techniques anesthésie.
Fort souhait d'ALR de la part des parents:
Ablation du KT péridural et rachianesthésie

- *Mme P.L. 25ans BMI:28 ASA2 IIIpare Db gestationnel utérus cicatriciel*
- *Déclenchement perfusion ocytocine dose croissante . Vidange vésicale faite.*
- *Analgésie efficace T10 S5 mais douleur suspubienne persistante EVA 70mm.*
- *Décision de césarienne code rouge à 6 cm pour bradycardie foétale permanente.*

Que faire en pratique ?

Etablir alliance. Réifier douleur.

Evoquer désunion cicatrice utérine et caractère urgent

Induire anesthésie 16mL X2%A + Sufenta?

Rachianesthésie ou non? AG?

Compléter après naissance par AINS (irritation péritoine)

Conclusion

- Analgésie péridurale incomplète : démarche diagnostique et clinique. Tester le KT. Vérifier les conditions obstétricales.
- Conversion en anesthésie: méthode référence = 16 à 20mL Lidocaine 2%Ad + 10 mcg Sufenta.
- Tester le niveau et la profondeur du bloc
- Rachianesthésie seulement si analgésie non installée.
- AG si nécessaire : ne pas laisser les patientes vivre une césarienne à cru!