



## Recommandations pour l'anesthésie et l'analgésie en obstétrique








Recommandations disponibles en lecture libre :

**Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia**  
Anesthesiology: Volume 106(4) April 2007 pp 843-863

Présentés par le résident Mahdi TOUMI

# PLAN



-  Evaluation pré-anesthésique
-  Aspiration préventive
-  Anesthésie, travail obstétrical et extraction vaginale
-  Révision utérine
-  Stratégie anesthésique pour césarienne
-  Ligature des trompes en post-partum
-  Gestion des urgences obstétricales



# Evaluation pré-anesthésique

- Interrogatoire + examen physique :
  - α Santé maternelle et antécédents anesthésiques
  - α Antécédents obstétricaux
  - α Examen des VAS, cardiaque et pulmonaire
  - α Pression artérielle de base
  - α Examen cutané si une ALR est envisagée

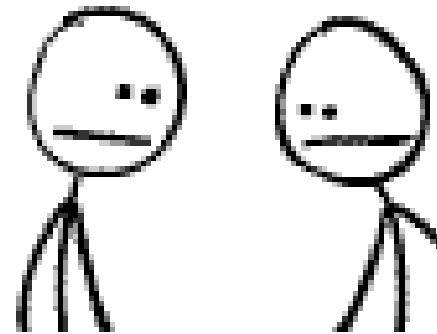


# Evaluation pré-anesthésique

Communication précocement instauré entre anesthésistes, obstétriciens et autres membres de l'équipe multidisciplinaire de prise en charge



life is pain



# Evaluation pré-anesthésique

- Demander ou exiger une numération des plaquettes en fonction de l'histoire clinique, l'interrogatoire ou l'examen physique.

La numération des plaquettes ne doit pas être systématique



# Evaluation pré-anesthésique

Demander ou exiger une formule sanguine + cross match en fonction de :

- ⌘ L'histoire clinique
- ⌘ Les facteurs prédictifs d'hémorragie : placenta accreta ou antécédent de chirurgie utérine
- ⌘ Les habitudes du service

**Le cross match ne doit pas être systématique**



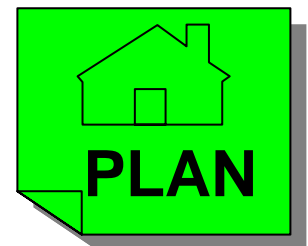
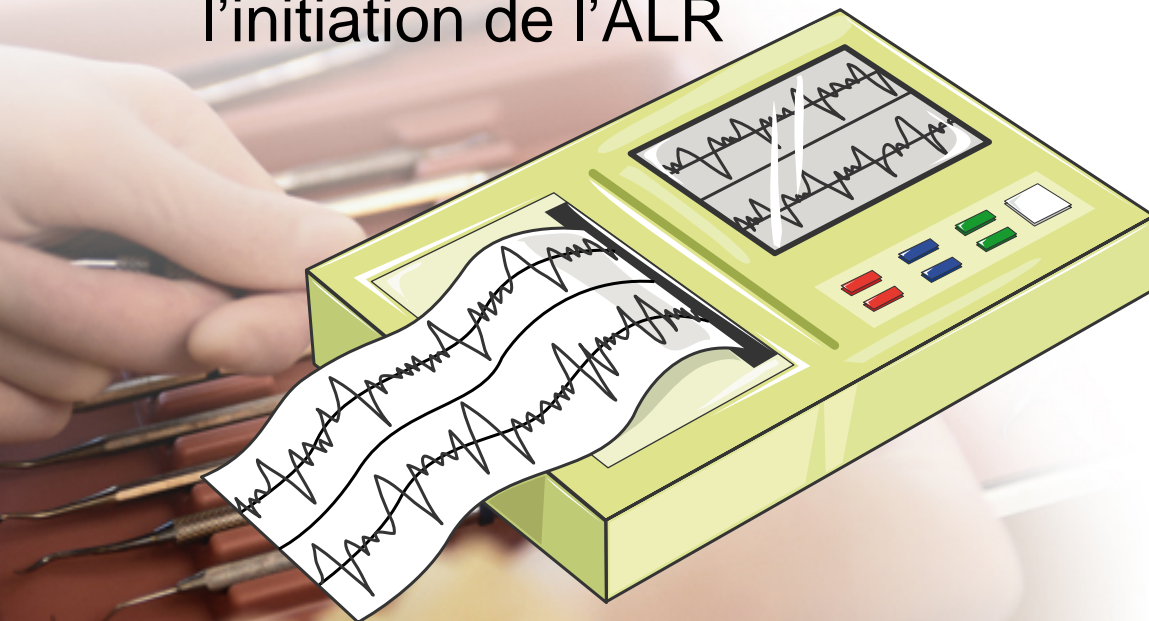


# Evaluation pré-anesthésique

Le rythme cardiaque foetal doit être monitoré par une personne qualifiée avant et après une ALR pour le travail



L'enregistrement électronique continue du RCF ne doit pas être systématique. Il n'est d'ailleurs pas possible durant l'initiation de l'ALR

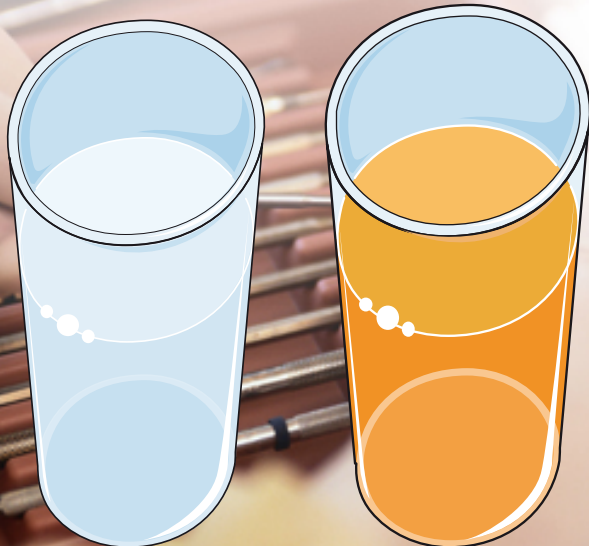


# Aspiration préventive



L'ingestion orale d'une quantité modérée de liquides clairs peut être permise :

- α Lors d'un travail non compliqué
- α 2h avant une césarienne en l'absence de complications majeures





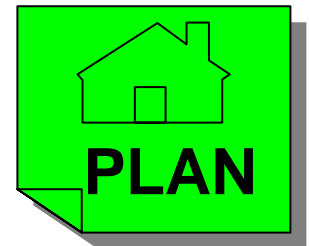
# Aspiration préventive

- Restriction en présence de facteurs de risque supplémentaires d'inhalation ( Obésité morbide, diabète, Critères d'intubation difficile) ou de recours à une césarienne en urgence (RCF non rassurant)
- Les aliments solides sont proscrits pendant le travail



# Aspiration préventive

- Avant toute intervention, il faut programmer l'administration d'anti-H<sub>2</sub>, d'anti-acides liquides et/ou de metoclopramide pour prophylaxie de l'inhalation



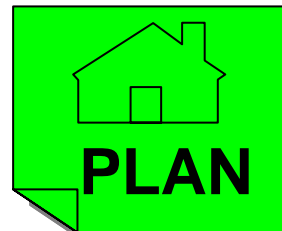
# Anesthésie, travail obstétrical et extraction vaginale (1)

- 1** ALR : Disponibilité des ressources
- 2** Timing de l'ALR et issue du travail
- 3** Analgésie stratégie sur utérus cicatriciel
- 4** Insertion précoce du cathéter de péridurale pour les parturientes compliquées



# Anesthésie, travail obstétrical et extraction vaginale (2)

- 4 Administration continue de l'analgésie péridurale
- 5 Administration intra-thécale unique de morphinique +/- un anesthésique local
- 6 Les aiguilles pointe-crayon
- 7 Péri-rachi combinées
- 8 PCEA



# ALR : Disponibilité des ressources

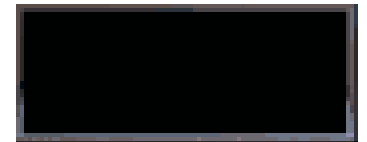


- Si A/ALR : Disponibilité obligatoire de l'arsenal thérapeutique complet d'une éventuelle complication (Hypotension – Toxicité systémique – Rachi totale)
- Si adjonction d'un morphinique : Accès obligatoire à l'antagoniste + thérapeutiques des effets indésirables ( Nausées – Vomissements – Dépression respiratoire)



# ALR : Disponibilité des ressources

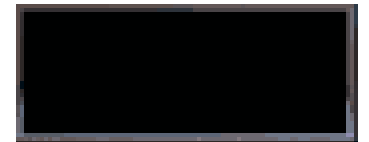
- Une perfusion intraveineuse est instaurée avant l'instauration de l'A/ALR et poursuivie tout au long.
- L'administration d'un volume déterminé et pré-établi de fluides n'est pas obligatoire avant une APM





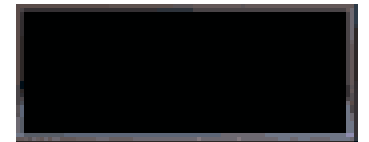
# Timing de l'ALR et issue du travail

- Le timing de l'instauration d'une APM ne doit pas dépendre d'un stade de dilatation choisi arbitrairement. Le timing dépend de la disponibilité des ressources humaines
- Rassurer obligatoirement la parturiente : Une APM n'augmente pas la fréquence des césariennes



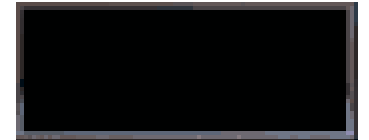
# Analgésie stratégie sur utérus cicatriciel

- Une APM doit être accordée aux parturientes souhaitant accoucher par voie basse et ayant déjà accouché par césarienne
- Considérer la nécessité de mise en place précoce du cathéter pour l'analgésie pour le travail ou l'anesthésie pour éventuelle césarienne.



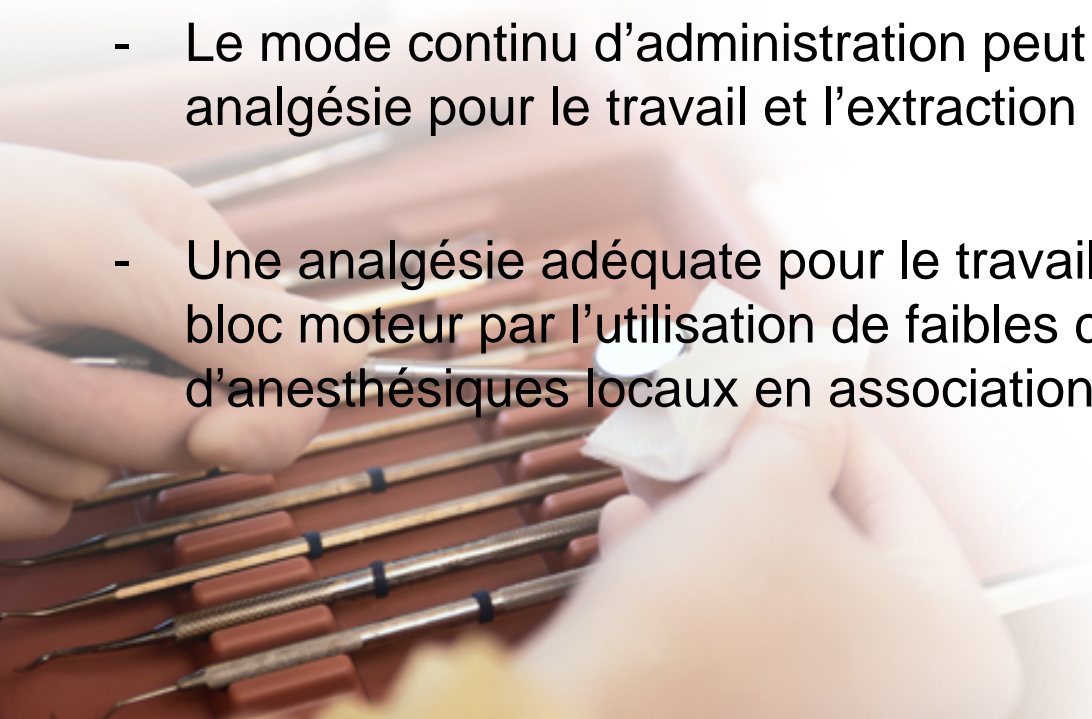
# Insertion précoce du cathéter de péridurale pour les parturientes compliquées

- Privilégier l'insertion précoce du cathéter de péridurale pour des indications obstétricales (pré-éclampsie – grossesse gémellaire ) ou des indications anesthésiques ( Difficulté de gestion des VAS – Obésité ) pour diminuer le recours à l'AG lors d'une césarienne
- Dans ces cas l'insertion du cathéter doit précéder le déclenchement du travail ou la demande de la parturiente



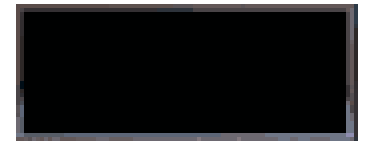
# Administration continue de l'analgésie péridurale

- Le choix d'une technique d'analgésie doit prendre en considération :
  - α Les besoins de la parturientes et ses préférences
  - α Les préférences du praticien et ses qualifications
  - α Les ressources disponibles
- Le mode continu d'administration peut être choisi pour une analgésie pour le travail et l'extraction
- Une analgésie adéquate pour le travail doit éviter l'apparition d'un bloc moteur par l'utilisation de faibles concentrations d'anesthésiques locaux en association aux morphiniques



# Administration continue de l'analgésie péridurale

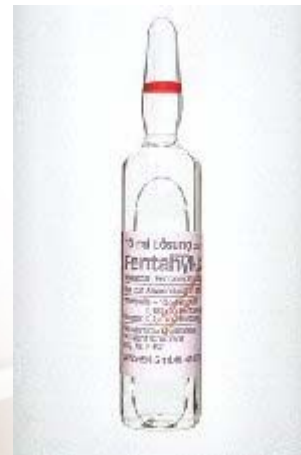
- En cas d'administration en mode continu d'AL, un morphinique doit être associé afin d'améliorer la qualité d'analgésie, réduire les besoins en AL et diminuer l'incidence de bloc moteur.
- La dose minimale d'AL qui procure une analgésie adéquate doit être administrée en mode continu





# Administration intra-thécale unique de morphinique +/- un anesthésique local

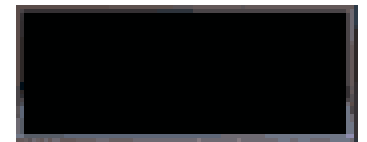
- αα L'injection intra-thécale unique de morphinique +/- anesthésique local peut être effectuée en fin de travail :
  - α Quand le déroulement de ce dernier est favorable à l'extraction par voie basse
  - α Malgré la durée limitée dans le temps de l'analgésie





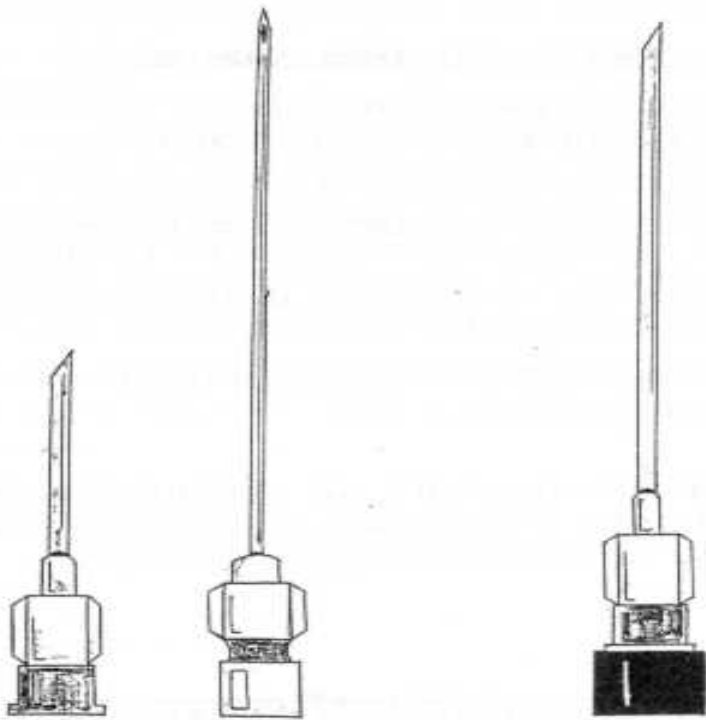
# Administration intra-thécale unique de morphinique +/- un anesthésique local

- ⌘⌘ Quand la durée du travail s'annonce plus longue que le délai d'action des analgésiques ou en cas de haut risque de césarienne une mise en place d'un cathéter intrathécal doit être préférée
- ⌘⌘ Un anesthésique local doit être ajouté au morphinique par voie IT afin d'améliorer la durée et la qualité de l'analgésie



# Les aiguilles pointe-crayon

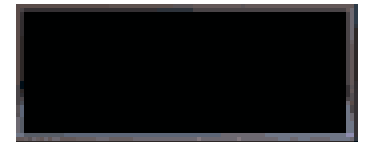
- Les aiguilles pointes crayons doivent être utilisées pour diminuer l'incidence des céphalées post-ponction



AIGUILLE FINE 25 GAUGE  
POINTE DE CRAYON  
(sujet jeune)

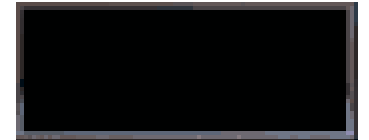
AIGUILLE BISAUTÉE 22 GAUGE  
(sujet âgé)

**Figure n° 2. Différentes aiguilles de ponction pour la rachianesthésie.**



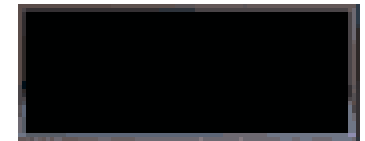
# Péri-rachi combinées (PRC)

La PRC peut être utilisée afin d'obtenir une analgésie efficace et d'installation rapide pour le travail



# PCEA

- La PCEA peut être utilisée pour une analgésie efficace et contrôlée pendant le travail
- La PCEA peut être préférée à l'administration continue :
  - α Pour diminuer la quantité d'AL consommée
  - α Pour diminuer les interventions de l'anesthésiste
  - α Pour diminuer l'incidence de bloc moteur
- La PCEA peut être utilisée avec/sans perfusion de fond



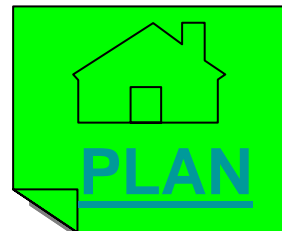
# Révision utérine

- En général, il n'y a pas de préférences anesthésiques pour le retrait du placenta – Si un cathéter péridural est mis en place et que l'état hémodynamique est stable l'anesthésie péridurale est préférée.
- L'état hémodynamique doit être stable avant la réalisation d'une APM



# Révision utérine

- La prophylaxie de l'inhalation doit être effectuée
- La sédation doit être titrée vu le risque de dépression respiratoire et d'inhalation en post-partum immédiat
- En cas d'hémorragie maternelle grave l'anesthésie générale avec IOT est préférée à l'ALR





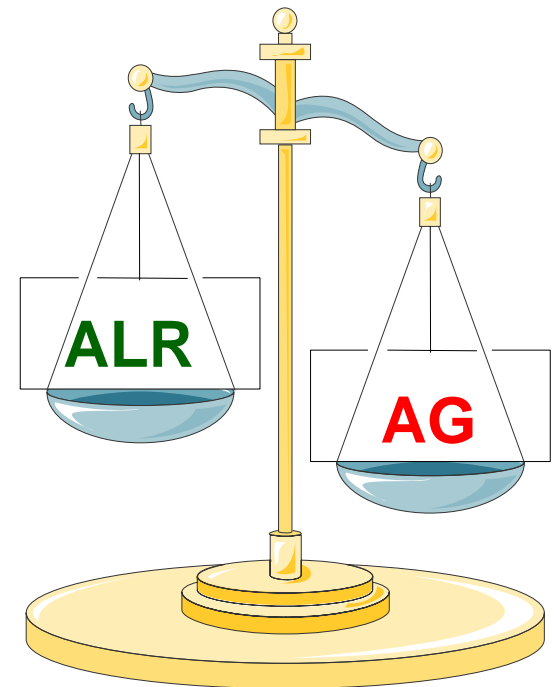
# Stratégie anesthésique pour césarienne

- Toutes les ressources matérielles et humaines disponibles dans la salle de travail et d'accouchement doivent être comparables à celles présentes dans le bloc opératoire :
- ⌘ Gestion des complications ( Intubation difficile – Analgésie inadéquate – Dépression respiratoire – prurit)
- ⌘ En salle de travail et d'accouchement
- ⌘ En post-partum immédiat après une ALR



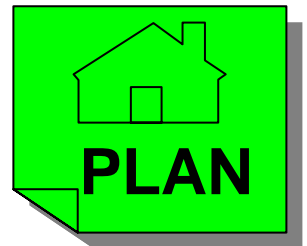
# Stratégie anesthésique pour césarienne

- Le choix d'une technique anesthésique dépend de :
  - ⌘ Risques anesthésiques, obstétrical et fœtal
  - ⌘ Préférences de la parturiente
  - ⌘ Expérience - Jugement de l'anesthésiste
- L'AG garde ses indications :
  - ⌘ Bradycardie fœtale profonde
  - ⌘ Rupture utérine
  - ⌘ Hémorragie sévère
  - ⌘ Atonie utérine sévère



# Stratégie anesthésique pour césarienne

- Le remplissage vasculaire avant une anesthésie spinale est préconisé afin de réduire la survenue d'hypotension
- La réalisation d'une anesthésie spinale ne doit pas être retardée pour cause de remplissage vasculaire
- Correction de l'hypotension : éphedrine – phényléphrine  
En l'absence de bradycardie maternelle : phényléphrine
- Pour l'analgésie post-opératoire, les morphiniques IT sont préférés aux morphiniques IV



# Ligature des trompes en post-partum

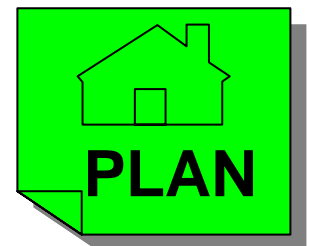
- Jeun de 6-8 heures pour les aliments solides
- Prophylaxie de l'inhalation
- Le timing et le choix du protocole anesthésique dépendent de :
  - α Risques anesthésiques
  - α Risque obstétrical
  - α Préférences de la patiente

**L'ALR doit être privilégiée**



# Ligature des trompes en post-partum

- Le transit gastrique est ralenti chez les parturientes ayant reçu des morphiniques pendant le travail
- Un cathéter de péridurale placé pour le travail pourrait ne pas permettre d'assurer l'anesthésie en raison d'un intervalle libre long après le travail



# Gestion des urgences obstétricales

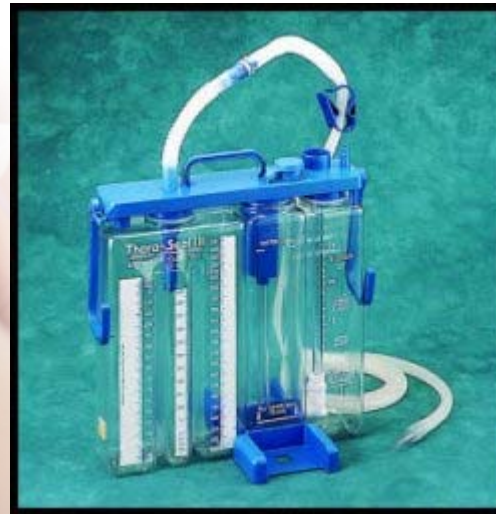
- Les structures de prise en charge obstétricale doivent posséder le plateau technique indispensable à la gestion des hémorragies graves
- En urgence le recours au sang O négatif est acceptable





# Gestion des urgences obstétricales

- En cas d'indisponibilité de PSL ou de refus de transfusion de la parturiente recours à l'autotransfusion peropératoire
- Le monitoring hémodynamique invasif est indiqué au cas par cas sur des critères cliniques, le terrain et les facteurs de risque cardiovasculaires



# Gestion des urgences obstétricales

- En salle de travail et d'accouchement, il faut bénéficier des ressources humaines et matérielles afin de gérer les voies aériennes en urgence

Capnométrie – Oxymétrie du pouls

- Le matériel d'intubation doit être disponible lors de la réalisation d'une ALR



# Gestion des urgences obstétricales

- Le matériel permettant la gestion d'une intubation difficile doit être disponible en salle de travail et d'accouchement
- Un algorithme de gestion des voies aériennes doit être pré-établi



**Spraakcanule**

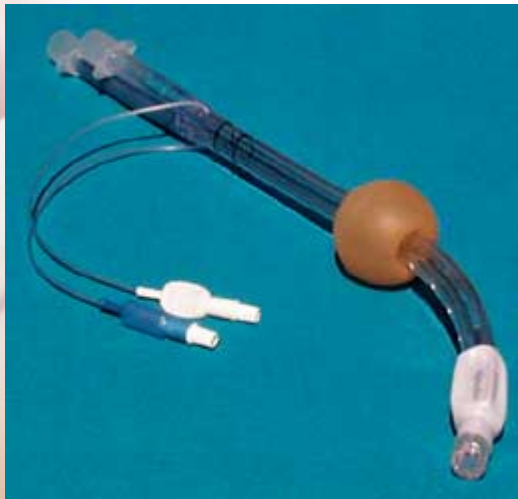


# Gestion des urgences obstétricales

En cas d'échec d'IOT :

- Ventilation au masque avec pression cricoïdienne
- Masque laryngé
- Combitube – fastrack
- Trachéotomie

But : Ventilation efficace des poumons

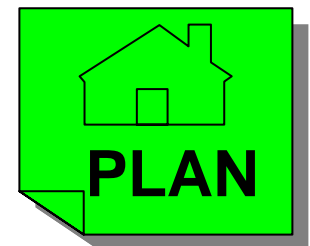


# Gestion des urgences obstétricales

- En cas d'ACR pendant le travail la RCP de base doit être initié
- Déplacer l'utérus à gauche +++



- En absence de récupération d'activité cardiaque au bout de 4 minutes : Césarienne





**Merci**

