



Anesthésie pour césarienne

Dominique Chassard, Lionel Bouvet

Disponible sur internet le :
3 février 2015

Hospices civils de Lyon, hôpital Femme-Mère-Enfant, service d'anesthésie et de réanimation, 59, boulevard Pinel, 69500 Bron, France

Correspondance :

Dominique Chassard, Hospices civils de Lyon, hôpital Femme-Mère-Enfant, service d'anesthésie et de réanimation, 59 boulevard Pinel, 69500 Bron, France.
dominique.chassard@chu-lyon.fr

Anaesthesia for caesarean section

Mots clés

Anesthésie
 Rachianesthésie
 Césarienne

■ Points essentiels

La grande majorité des césariennes programmées sont réalisables avec une rachianesthésie. Pour 30-40 % des cas de césariennes en « code rouge », il est possible d'utiliser la technique « extension de péridurale » si les temps de transfert au bloc/présence des équipes médicales sont optimisés pour permettre une extraction en moins de 15 minutes. Le succès de cette technique est conditionné par l'efficacité de l'analgésie péridurale pendant le travail.

La lidocaïne à 2 % adrénalinée reste la référence en cas de césarienne urgente.

La réalisation d'une rachianesthésie trop précocement après des injections péridurales expose les patientes à un bloc rachidien étendu.

Une péri-rachianesthésie combinée avec extension lente du bloc est une technique fiable chez les patientes fragiles sur le plan cardiovasculaire.

La phényléphrine est un vasopresseur de choix en cas d'hypotension au cours de la césarienne. L'anesthésie générale pour césarienne est une anesthésie en séquence rapide. Le propofol est de plus en plus utilisé comme hypnotique.

La séquence rocuronium/sugammadex est une alternative à la curarisation par la succinylcholine. L'antibiothérapie prophylactique des césariennes peut être réalisée avant le clampage du cordon. La morphine et la clonidine intrathécales sont des adjuvants fiables pour prolonger avantageusement l'analgésie périmédullaire.

Le TAP bloc a un intérêt pour assurer l'analgésie postopératoire des patientes qui ont eu une césarienne avec anesthésie générale.

Le concept de réhabilitation précoce s'applique aussi à la césarienne.

Keywords

Anaesthesia
 Spinal anaesthesia
 Caesarean section

Introduction

La dernière enquête périnatale en France disponible date de 2010. Celle-ci rapporte que le taux de césariennes reste proche de 21 %, ce pourcentage n'a pas augmenté de manière significative entre 2003 et 2010 [1]. Le nombre de naissances vivantes est estimé lui à environ 830 000/an, et on peut donc constater qu'avec 21 % de césariennes, cette opération est une des plus fréquentes réalisée dans notre pays. Environ 30 % des césariennes sont des césariennes programmées, 50 % sont des césariennes survenant au décours d'un accouchement et le reste est des césariennes en urgence. Le taux de péridurales étant maintenant supérieur à 70 %, cela explique une proportion importante de césariennes réalisées avec cette technique (40 %). Le taux de rachianesthésies est lui proche de 60 %, il ne reste donc que moins de 5 % des césariennes réalisées avec une anesthésie générale (AG). On peut aussi constater que 67 % de la mortalité maternelle survient pendant la césarienne versus 33 % pendant la voie basse, la plupart sous anesthésie générale [2]. La mortalité étant d'une manière générale beaucoup plus importante pendant une anesthésie générale que pendant une anesthésie locorégionale [3], la population maternelle étant en constant vieillissement avec des grossesses de plus en plus tardives, le défi des anesthésistes est donc de proposer en toute sécurité pour la mère comme pour l'enfant le maximum d'anesthésies locorégionales pour cette opération.

Degré d'urgence des césariennes

La classification des césariennes en « urgentes » ou « programmées » a été modifiée à partir des années 1999 par Lucas en 4 catégories [4]. Dans de nombreuses maternités françaises, les césariennes sont classées selon un code couleur « rouge-orange-vert » en fonction de leur degré d'urgence [5]. Les catégories, 1 anglaise (émergent) et rouge française reconnaissent un délai décision-extraction (DDE) de l'enfant le plus rapide possible fixé à moins de 15 minutes pour le code rouge [5,6]. Les autres catégories urgentes, sans atteinte du pronostic vital fœtal ou maternel, admettent des DDE de 30 jusqu'à 75 minutes et les césariennes vertes ou types 4 n'ont aucune urgence et peuvent être programmées avec des délais très prolongés. Depuis l'introduction dans les pays anglo-saxons de la classification de Lucas, des études contradictoires, toutes rétrospectives, discutent des délais proposés pour certaines urgences [7,8]. Un

excès de rapidité pour les codes « urgents » peut produire du fait du stress et de la désorganisation des erreurs en anesthésie et des erreurs chirurgicales. Une réduction à tout prix du DDE peut conduire aussi à la réalisation, par excès, d'anesthésies générales qui sont plus à risque pour les patientes que les ALR. Le critère de 30 minutes doit être vu comme un critère d'audit des pratiques permettant d'évaluer a posteriori la qualité de la gestion des urgences pour un service donné [6]. Pour toutes les césariennes urgentes, la borne de 75 minutes est en revanche impérative à respecter, car au-delà de cette limite, des complications néonatales sont possibles [6].

En cas de code d'extrême urgence (Lucas 1 ou rouge), le temps de 15 minutes est un temps maximal qui restreint le choix de la technique d'anesthésie. Ce sont des circonstances dans lesquelles le choix de l'anesthésie doit tenir compte du rythme cardiaque fœtal, mais aussi des critères cliniques (hémodynamique maternelle) pouvant menacer les pronostics vitaux fœtal ou maternel. Dans ces circonstances, la césarienne doit être réalisée au plus vite et ce sont sans doute les seuls cas où l'anesthésie générale peut s'imposer sur l'ALR.

Cependant le choix de la technique peut tenir compte aussi de l'organisation/géographie de la structure. Sur des temps de transfert très courts entre salle d'accouchement et bloc, une « extension de péridurale » faite dès l'urgence connue est compatible avec certains « codes rouges », car une anesthésie chirurgicale est installée en 10-12 minutes. Cette possibilité d'urgences réalisables avec la technique « d'extension péridurale » est une des recommandations du rapport NICE anglais, un standard dans la pratique selon différentes séries australiennes ou asiatiques [6,10-12]. Ainsi dans les maternités où les temps de transfert sont très courts, 40 % à 50 % des codes rouges sont réalisés avec une « extension de péridurale ». Les AG sont souvent imposées du fait de l'absence de péridurale en place avant le déclenchement du « code rouge » [9]. La rachianesthésie même si elle est souvent proposée par les auteurs anglo-saxons, probablement du fait d'un taux de péridurale 50 % inférieur au taux français [13], nous paraît plus hasardeuse en termes de temps de réalisation, car des difficultés d'abord de l'espace rachidien non anticipées peuvent repousser au-delà de 15 minutes le temps « appel-incision chirurgicale ».

Pour les codes orange et vert, la place de la rachi- ou péri-rachianesthésie est prépondérante, l'anesthésie générale doit devenir au contraire exceptionnelle.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2744060>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2744060>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)