

Rachi-anesthésie pour césarienne programmée

Commissions des 18 septembre et 11 décembre 2012. Validation le 18 février 2013.

Rédaction : C. RONCHI, B. BRANGER

Indications

Toutes les césariennes réglées, en dehors des contre-indications à l'anesthésie périmédullaire.

Vérification

- ✓ Dossier : indication de la césarienne, risques opératoires ou médicaux particuliers,
- ✓ Bilans et modifications éventuelles depuis la dernière consultation d'anesthésie : intérêt du dossier obstétrical (cf. la fiche du Réseau « Sécurité-Naissance »),
- ✓ Carte de groupe sanguin valide, et des RAI de moins de 3 jours.

Prémédication

- ✓ Cimétidine 200 mg (Tagamet®) ou ranitidine 150 mg (Azantac®) : 2 comprimés effervescents

Installation

- ✓ En léger décubitus latéral gauche (10° à 15°)

Conditionnement

- ✓ Pose de la voie veineuse périphérique (16G si possible),
- ✓ Deux voies veineuses en cas de risque hémorragique (placenta praevia, utérus poly-cicatriciel...),
- ✓ Monitoring habituel : tensiomètre, scope, SpO₂

Prévention de l'hypotension due à la rachi-anesthésie : remplissage et vasopresseurs

Le remplissage vasculaire, choix parmi deux méthodes :

- 1) Préférentiellement : pré-remplissage vasculaire par 500 mL de hydroxyéthylamidon (HEA) suivi de 500 mL de Ringer Lactate (RL), dans les 15 à 30 minutes précédant la RA. Méthode la plus efficace, et à privilégier lors d'antécédent de malaise sur une RA pour césarienne antérieure,
- 2) Alternative : co-remplissage vasculaire par RL : 1000 mL perfusés intégralement durant les 7 premières minutes, à débiter dès le reflux de LCR, à l'aide d'une poche à pression (en Y sur robinet à 3 voies).

Situations particulières pour le remplissage :

- ✓ La pré-éclampsie : pas besoin de remplissage (et peu ou pas de vasopresseurs).
- ✓ La grossesse gémellaire : ne pas trop remplir car existence d'une hypervolémie de base.

Les vasopresseurs : administration pour "prévenir " et "traiter" l'hypotension artérielle.

A administrer dès l'injection de la rachianesthésie avec surveillance de la pression artérielle (PA) toutes les minutes pendant les 10 premières minutes (temps d'installation de la RA). L'objectif est de maintenir la PA proche de 100 % de sa valeur de base, le nadir de la PA étant à 6 minutes.

- Les différents vasopresseurs
 - 1) Néosynéphrine® (phényléphrine) : 1 ampoule de 1 mL (5 mg/mL) à diluer dans 100 mL de sérum physiologique, soit 50 µg/mL. Bolus de 50 à 100 µg, à répéter. La stabilité du produit est de 6 heures. Contre-indiquée lors d'HTA maternelle, de pré-éclampsie. Effet indésirable: bradycardie maternelle, à traiter par injection intraveineuse d'éphédrine 6 mg (x 2 si besoin) ou atropine 0,5 à 1 mg. Si utilisée seule, il n'y a pas de dose maximale.
 - 2) Ephédrine : 1 ampoule de 30 mg à diluer dans 10 mL de sérum physiologique, soit 3 mg/mL. Si utilisée seule, bolus de 3 à 6 mg à répéter, avec une dose maximale de 20 mg, car risque d'acidose du fœtus au-delà. Basculer alors sur la Néosynéphrine®.
- Remarques : pas de mélange éphédrine/Néosynéphrine® dans la même seringue. Préférer la Néosynéphrine® lorsque la fréquence cardiaque (FC) maternelle de base est plutôt élevée (>80-90 b/min). Préférer l'éphédrine en cas de FC basse.
- En pratique, combiner les bolus en Néosynéphrine®/éphédrine en fonction de la FC maternelle. Exemple: 50 à 100 µg de Néosynéphrine® + 3 mg d'éphédrine pour la prévention au moment de la ponction rachidienne pour éviter bradycardie et hypotension.

Réalisation de la RA

- Parturiente en position assise « en tailleur »,
 - Mesures usuelles d'asepsie chirurgicale. Voir le protocole local « Asepsie lors des blocs péri-médullaires »,
 - Ponction avec une aiguille de 25 à 27G à pointe crayon,
 - Injection lente de la solution anesthésique
 - ▶ morphine sans conservateur : 100 µg maximum
 - ▶ + sufentanil : 2,5 µg
 - ▶ + bupivacaïne hyperbare 0,5 % : 8 à 11 mg (ou ropivacaïne isobare : 12 à 16 mg).
- NB : éviter les morphiniques intrathécaux en cas d'obésité morbide, d'insuffisance respiratoire ou de syndrome d'apnées obstructives du sommeil, sauf si surveillance possible en USC,*
- Réinstallation rapide en léger décubitus dorsal latéral gauche, 10° à 15° (prévention de la compression cave). Oxygénothérapie : 3 à 6 L/min.
 - Surveillance de l'installation de l'anesthésie (T4 à T6 au toucher léger).

Après clampage du cordon

- Syntocinon® en IV lente, sans dépasser une unité par minute +++, 5 UI renouvelable une fois. Puis débiter la perfusion de Syntocinon® 20 UI en Y sur 4 à 6 heures. NB : injection lente car risque de tachycardie ou de collapsus et de bradycardie avec arrêt cardiaque en cas d'administration brutale. Débiter le Nalador® si l'hypotonie utérine persiste après 30 UI maximum de Syntocinon®.
Alternative : Pabal® IVL 100 µg sans ré-injection
- Antibio prophylaxie : céfazoline 2g IV. En cas d'allergie : clindamycine 600 mg en perfusion.
- Avant fermeture de la paroi, possibilité d'infiltration pariétale de ropivacaïne 7.5 mg/mL effectuée par le chirurgien : 20 mL maximal

En SSPI

- **Antalgiques**
Paracétamol, kétoprofène (50 mg x 4 /j pendant 48 heures). Si analgésie insuffisante, néfopam ± TAP bloc (transverse abdominal plane bloc) bilatéral.
Noter sur la feuille de transmission la présence de morphine en intrathécal = ne pas administrer de morphinique systémique pendant 24 heures.
- **Surveillance rapprochée +++ pendant au minimum deux heures :**
 - ✓ Des paramètres hémodynamiques et respiratoires, conscience, diurèse,
 - ✓ De la régression du bloc moteur et sensitif,
 - ✓ Des pertes sanguines, et du globe utérin par la sage-femme,
 - ✓ Des nausées, vomissements, et prurit à traiter selon protocoles locaux.

En post-opératoire pour la césarienne non compliquée

- Prévention de la maladie veineuse thromboembolique : bas anti-thrombose (BAT), ± HBPM (selon les recommandations nationales) à débiter 8 à 10 heures après une RA atraumatique, ou au-delà de 12 heures pour une RA traumatique avec reflux de sang. Lever précoce.
- Antalgiques à poursuivre,
- Hydratation orale rapide, réalimentation H6-H8, déperfusion dès la réalimentation solide, déambulation précoce.

Références

1. SFAR. Contre-indications à l'anesthésie rachidienne chez l'adulte. SFAR Conférences d'actualisation 1998 : 217-34
2. Mercier FJ, Bonnet MP, de la Dorie A, oufouki M, et al. Rachianesthésie pour césarienne : remplissage, vasopresseurs et hypotension. *Ann Fr Anesth* 2007 ;26 : 688-93
3. Mercier FJ, Diemunsh P, Ducloy-Bouthors AS, Mignon A, Fischler M, et le groupe de travail CAESAR. Préremplissage vasculaire par hydroxyéthylamidon 6% (130/0,4) pour la prévention de l'hypotension lors de la césarienne programmée sous rachianesthésie. Voir http://spiral.univ-lyon1.fr/files_m/M11263/Files/883354_1562.pdf
4. Diemunsh P, Pottecher J, Noll E. Rachianesthésie pour césarienne. In Diemunsh P, Samain E. Anesthésie-réanimation Obstétricale. Paris MASSON 2009 : 98-111
5. Mangesi L, Hofmeyr GJ. Early compared with delayed oral fluids and food after caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(3):CD003516. Review.
6. Benhamou D, Técsy M, Parry N, Mercier FJ, Burg C. Audit of an early feeding program after Cesarean delivery: patient wellbeing is increased. *Can J Anaesth*. 2002 Oct;49(8):814-9.
7. Tsen LC, Balki M. Oxytocin protocols during cesarean delivery: time to acknowledge the risk/benefit ratio? *Int J Obstet Anesth*. 2010 Jul;19(3):243-5. doi: 10.1016/j.ijoa.2010.05.001. Epub 2010 Jun 8.
8. Dyer RA, van Dyk D, Dresner A. The use of uterotonic drugs during caesarean section. *Int J Obstet Anesth*. 2010 Jul;19(3):313-9. doi: 10.1016/j.ijoa.2010.04.011.
9. McLeod G, Munishankar B, MacGregor H, Murphy DJ. Maternal haemodynamics at elective caesarean section: a randomised comparison of oxytocin 5-unit bolus and placebo infusion with oxytocin 5-unit bolus and 30-unit infusion. *Int J Obstet Anesth*. 2010 Apr;19(2):155-60. doi: 10.1016/j.ijoa.2009.08.005. Epub 2010 Mar 2.

Participants le 18 septembre et le 11 décembre 2012 : C. RONCHI (CH St Nazaire), P. LE COZ (CL Anjou), J. MOUTET (CHU Nantes), E. MILLET (CL Mutualiste de l'Estuaire , St Nazaire), H. MARTINET-LAGADEC (CH La Roche-sur-Yon), P. VILLERS (CL Jules Verne, MdN, Nantes), C. FIDON (CH Cholet).

=====