

CESARIENNES PROGRAMMEES

feuille N°1

1 - EVITER la RACHI-ANESTHESIE et la Rachi-Péri si :

- Risque important de syndrome cave :
- ❖ Grossesse gémellaire ou importante macrosomie fœtale et/ou hydramnios
- ❖ Malaises fréquents par **syndrome cave en cours de grossesse**
- Risque majoré d'hypotension artérielle
 - ❖ Taille de la parturiente < 1,55m
 - ❖ HTA gravidique > 150/85 et/ou traitement hypotenseur en cours
- Prématurité < 36 SA ou hypotrophie fœtale importante
- Oligoamnios, spontané ou par rupture prématurée des membranes > 3 jours

➡ **PREFERER alors UNE ANESTHESIE PERIDURALE** avec 1/3 de la dose en position assise, dans l'aiguille de Tuohy, et les 2/3 en doses fractionnées dans le cathéter, en position allongée avec surélévation de la hanche droite - ➡ Si placenta praevia recouvrant le col, a fortiori antérieur, ➡ indication à une AG (+ artère + sang prêt) - ➡ Si placenta praevia seulement marginal, et postérieur ➡ péridurale possible (discuter avec le chirurgien sur le risque hémorragique)

2-PRATIQUE DE LA RACHIANESTHESIE

- Un membre de l'équipe obstétricale doit être en salle pour mettre en place le **monitorage du RCF** dès l'installation de la patiente en salle
- L'obstétricien doit être en salle dès l'injection rachidienne, avant le sondage urinaire et se préparer aussitôt (BIP 2631, téléphone espéré prochainement)

Préparation des vasopresseurs : voir feuille n°2

Après comparaison de nos techniques sur des dossiers récents (protocoles ou non), et revue de la littérature récente, il semble que le retentissement fœtal d'une hypotension artérielle soit beaucoup moins fréquent et moins grave lorsque les vasopresseurs sont injectés en bolus IVD à doses plus concentrées par rapport à la perfusion en Y pratiquée jusqu'à présent. Ceci justifie le nouveau protocole que nous vous proposons ci-dessous et en annexe sur la feuille n°2

REPLISSAGE : 1000 ml de RL rapide (15 minutes maximum) juste avant rachi

NOTER la PAS après remplissage (PAS dite « de base ») et repérer sur le tableau affiché les valeurs 90%, 80% et 70% de cette PAS

Ponction rachidienne :

1. Mise en position assise dans l'axe de la table, jambes en tailleur - O2 nasal 4l/mn
2. Ponction par aiguille **27G** - ne pas dépasser 10mg de bupivacaïne 0,5%-
[± KT péridural selon durée prévisible de l'intervention (↑ si utérus cicatriciel, obésité.....)]
 - **TA** (de préférence au bras droit) toutes les minutes,
 - Si la TA baisse **commencer aussitôt l'injection IVD de vasopresseurs** avec la seringue préparée, selon le protocole feuille n°2
 - Les vasopresseurs IVD sont renouvelés au besoin toutes les minutes pendant 10mn puis toutes les 2mn
3. La parturiente est rallongée et sondée tandis que le chirurgien prépare la table
+++ Table inclinée à gauche de 5 à 10° (la patiente doit avoir l'impression de « glisser à gauche »)
Ne redresser la table en position horizontale que lors de l'hystérotomie

NB . Le reste du protocole (antibiotiques, utérotoniques) reste inchangé

Préparation systématique :

- 1) Une seringue de 2ml d'atropine (0,5mg/ml)
- 2) Une solution de vasopresseurs contenant de l'éphédrine et de la phényléphrine (Néosynéphrine*) selon le mode de préparation suivant :

Néosynéphrine* ampoule de 1ml = 5mg

Diluer le ml de Néosynéphrine* pure + 9ml de sérum \Rightarrow On a 10ml = 5mg c. à d. 1ml = 500 μ g

Prendre 1ml de cette solution et le re-diluer avec 9ml de sérum \Rightarrow On obtient 10ml = 500 μ g

Jeter 2ml de cette 2^e solution \Rightarrow On obtient **8ml = 400 μ g** de Néosynéphrine*

→ Dans une seringue de 10ml, associer :

- 1ml d'éphédrine pure (= 30mg)
- + 8ml de la solution de Néosynéphrine* (= 400 μ g)
- + 1ml de sérum φ°

On obtient ainsi une solution de vasopresseurs de 10ml dosée à :

1ml = 3mg d'éphédrine + 40 μ g de Néosynéphrine*

→ Préparer une 2^e seringue de vasopresseurs identique à la 1^{ère}

L'administration IVD est effectuée en fonction de la PAS , prise - dès

l'injection rachidienne - toutes les mn pendant 10mn puis toutes les 2mn

- **PAS \geq 90%** de la valeur de base \Rightarrow pas de vasopresseur
- **80% \leq PAS < 90%** de la valeur de base \Rightarrow **1ml** de la solution préparée
- **70% \leq PAS < 80%** de la valeur de base \Rightarrow **2ml** de la solution préparée
- **PAS < 70%** de la valeur de base \Rightarrow **3ml** de la solution préparée

NB. → Si hypotension grave malgré le traitement ci-dessus et/ou si troubles de la conscience dus à l'hypotension (\forall valeur de la PAS)

\Rightarrow injection d'adrénaline par bolus IVD de 50 μ g à renouveler au besoin [diluer 1mg d'adrénaline + 20ml sérum φ° \rightarrow 1ml = 50 μ g]

→ Si bradycardie \leq 45/mn, notamment avec une PAS peu diminuée, voire augmentée (bradycardie « réflexe » parfois décrite avec la Néosynéphrine*)

\Rightarrow injection IVD d'atropine 0,5 à 1mg

Voir en annexe le tableau des PAS et des valeurs 90% , 80% et 70% déjà calculées pour faciliter l'administration rapide des vasopresseurs dès l'obtention de la valeur de PAS