

Charte des médecins anesthésistes en maternité

Hôpital Foch – Avril 2015

Un médecin anesthésiste réanimateur (MAR) dédié à la maternité est présent dans l'hôpital 24h/24. Il est joignable au bip 2241. Il travaille avec un infirmier anesthésiste le jour (2235).

Le prépartum

Les consultations pré anesthésiques

Toutes les femmes enceintes doivent être examinées lors d'une consultation pré-anesthésique.

- ▶ en dehors de l'urgence, la consultation est réalisée 4 à 6 semaines avant la date présumée de l'accouchement par les MAR du service.
- ▶ en urgence, elle est assurée par le MAR de garde (bip 2241), soit en salle de naissance (SDN) soit à l'étage d'hospitalisation.

Le MAR évalue les pathologies médicales et obstétricales des patientes et en déduit les risques, contre-indications ou indications d'une anesthésie générale ou d'une anesthésie locorégionale pour le travail, l'accouchement ou une césarienne.

Il informe les patientes sur les risques et indications des techniques anesthésiques (ALR/AG), sur les risques hémorragiques et de transfusion sanguine et sur d'éventuels protocoles d'étude en cours dans le service.

Il vérifie la présence dans le dossier :

- ▶ des examens biologiques nécessaires à la décision du type d'anesthésie à pratiquer et à la prise en charge médicale de la patiente en per-partum, et prescrit éventuellement des examens à réaliser en fin de grossesse ou le jour même de l'accouchement ;
- ▶ de la troisième échographie (vérification de la présentation, de l'insertion placentaire...);
- ▶ du dossier transfusionnel et de la bonne identité de la patiente sur ce dossier.

Il inscrit de façon claire ses conclusions et recommandations sur le dossier d'anesthésie. Celui-ci doit être impérativement consulté par tous les intervenants de la salle de naissance ou du service d'hospitalisation (sages-femmes, infirmières, obstétriciens) lors de l'admission en salle de naissance ou en service d'hospitalisation.

La prise en charge des grossesses compliquées en pré-partum

L'obstétricien est le décideur principal en cas de grossesse compliquée (HTA, diabète, pathologies médicales diverses, ...). Il décide des modalités d'accouchement et assure la prévention et le traitement des complications pré, per et post-partum.

Les dossiers difficiles sont discutés lors d'un staff multidisciplinaire mensuel : « maladie maternelle et grossesse », où participent obstétriciens, sages-femmes, pédiatres, anesthésistes, médecins consultants (cardiologue, neurologue, interniste...) et cadres. Le

MAR, ayant participé à la discussion, décide de la conduite anesthésique. Un compte rendu de ces réunions multidisciplinaires est envoyé à l'ensemble des intervenants.

La prise en charge lors des césariennes programmées

Les césariennes programmées sont prises en charge par l'équipe de la salle de naissance (SDN). Elles sont réalisées dans une des deux salles de césariennes après accord de l'ensemble de l'équipe en fonction de l'activité de la salle de naissance.

La prise en charge lors du travail obstétrical

Le MAR en charge de la salle de naissance participe, s'il est disponible, au staff quotidien qui analyse des cas cliniques de la veille. Il assure les analgésies péridurales aidé par l'infirmier anesthésiste sur appel de l'équipe obstétricale. Les sages-femmes doivent le renseigner sur la parité, l'état d'avancement du travail, les pathologies associées et les actes pratiqués. Les infirmiers anesthésistes sont chargés d'assurer la surveillance et les réinjections péridurales sous la responsabilité directe du MAR.

L'équipe d'anesthésie en charge de la SDN assure également les anesthésies générales en urgence pour forceps ou révisions utérines. A tout moment l'anesthésiste peut demander de l'aide au MAR du bloc central (bip 2236).

Le MAR en charge de la salle de naissance doit être prévenu :

- ▶ au moment de la naissance de jumeaux ou de bébé se présentant par le siège,
- ▶ si des traitements particuliers sont (ou doivent être) administrés pendant le travail sous analgésie péridurale (Ephédrine® ou Nitronal® par exemple),
- ▶ en cas d'hémorragie de la délivrance.

Cas particulier des pathologies graves de la période post-partum immédiate

(hémorragie de la délivrance, hémorragie par troubles de la coagulation, diabète insulino-dépendant, hypertension artérielle gravidique menaçante, transfert...)

- ▶ Les hémorragies de la délivrance sont prises en charge conjointement par l'équipe obstétricale (révision utérine, ligatures artérielles, voire hystérectomie), les médecins anesthésistes-réanimateurs (réanimation, transfusion, troubles de la coagulation, bilans sanguins...) et éventuellement les radiologues (embolisation) selon le protocole du service.
- ▶ Un cas particulier est représenté par les transferts de patientes d'un établissement extérieur pour embolisation. Dans ces cas, le transfert est réalisé après accord de l'obstétricien (bip 2631), de l'anesthésiste (bip 2241) et du radiologue (le jour : 4008 ; la nuit : surveillant de garde). La patiente arrive directement au radio bloc ou elle est prise en charge par l'anesthésiste et l'obstétricien selon le protocole du service.

Salle de surveillance post interventionnelle (SSPI)

Après césarienne, les parturientes sont prises en SSPI avec l'accord et la collaboration de l'obstétricien, surveillées par une IDE. Le séjour en SSPI ne dépasse pas 24 heures sauf exception et est suivi d'un transfert en réanimation si besoin. La sortie de la SSPI doit être validée par le MAR. Les prescriptions faites en SSPI couvrent les 24 premières heures qui suivent le retour à l'étage.

La SSPI ne doit pas être considérée comme une salle de surveillance du post-partum dans les cas de faible gravité. A l'inverse, il peut être décidé d'un transfert d'emblée en réanimation dans les cas les plus graves.

Les césariennes en urgence (en cours de travail ou en dehors du travail)

L'appel doit préciser le degré d'urgence de l'intervention souhaitée. Il doit être fait par l'obstétricien en cas de césarienne très urgente ou de pathologie médicale grave

L'anesthésie est prise en charge par le MAR de la salle de naissance, sauf exception. La patiente quitte la salle de surveillance post-interventionnelle avec des prescriptions pour les premières 24 h post-opératoires, la suite étant sous la responsabilité de l'équipe obstétricale.

Suivi post-partum

Le suivi post-partum est assuré par l'équipe obstétricale. Les MAR ne sont pas responsables de la prise en charge médicale des patientes hospitalisées en maternité, sauf cas particulier. Si leur avis est sollicité, ils précisent, datent et signent leur avis et/ou prescription sur le dossier de soin de la patiente et/ou sur le dossier d'anesthésie.

Les MAR assurent une visite post-anesthésique (J1 ou J2) des patientes ayant bénéficié d'une analgésie péridurale de manière à dépister une complication et à évaluer leur satisfaction. La prise en charge d'une complication anesthésique, diagnostic puis avis thérapeutique, est sous la responsabilité du MAR qui en a fait le dépistage.

Amélioration des pratiques

Les MAR participent à l'information des femmes enceintes lors des réunions d'information mensuelles en amphithéâtre avec les obstétriciens et les pédiatres.

Les MAR participent à l'enseignement de l'anesthésie obstétricale aux élèves sages-femmes, et à l'enseignement post-universitaire des sages-femmes.

Les MAR réalisent une analyse annuelle de leur activité de manière à dégager les points à améliorer.

Ils élaborent ou modifient des protocoles de prise en charge des douleurs post-partum (épisiotomie, césarienne...), de l'antibiothérapie, des traitements anticoagulants, en collaboration avec les obstétriciens.

Ils participent aux congrès des médecins anesthésistes-réanimateurs (SFAR, MAPAR, CARO...)