

	Gestion des vasopresseurs pour césarienne programmée sous rachianesthésie	Réf : Soins/Protocole/ 266 Version : 1 Date de création : 13/03/2018 Date d'application : 01/09/2018 Page 1 sur 2
Anesthésie Vasopresseurs cesarienne		

	Nom	Fonction	Date et Signature
Rédaction	Dr Bobet Mathieu	Médecin anesthésiste	13/03/2018
Validation de l'expert	Dr Aime Isabelle Dr Belze Olivier Dr Sievert Kerstin	Médecin anesthésiste Médecin anesthésiste Médecin anesthésiste	
Approbation	Dr le Guen Morgan	Responsable d'unité	

1. OBJET

Standardisation des pratiques professionnelles et prise en compte des recommandations européennes de janvier 2018 concernant la gestion des vasopresseurs lors d'une césarienne programmée sous rachianesthésie.

2. DOMAINE D'APPLICATION

Equipe d'anesthésie obstétricale (MAR, IADE, interne d'anesthésie).

3. DOCUMENTS DE REFERENCE

1. Kinsella SM, Carvalho B, Dyer RA, Fernando R, McDonnell N, Mercier FJ, et al. International consensus statement on the management of hypotension with vasopressors during caesarean section under spinal anaesthesia. *Anaesthesia*. 2018 Jan;73(1):71–92.
2. Bobet M, Dereu D, Essafi N, Mercier FJ, Le Guen M. Modalités d'administration des vasopresseurs pour césarienne programmée sous rachianesthésie : état des connaissances et perspectives *Anesth réanim*. 2017. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S235258001730059X>
3. Siddik-Sayyid SM, Taha SK, Kanazi GE, Aouad MT. A randomized controlled trial of variable rate phenylephrine infusion with rescue phenylephrine boluses versus rescue boluses alone on physician interventions during spinal anesthesia for elective cesarean delivery. *Anesth Analg*. 2014 Mar;118(3):611–8.

4. DEFINITION(S) OU ABREVIATION(S)

4.1 Définitions

Explication de certains mots permettant une meilleure compréhension du document qualité

4.2 Abréviations

PAS : Pression Artérielle Systolique
IVSE : Intra-Veineux en Seringue Electrique

5. DESCRIPTION

Sont exclues les pathologies maternelles telles que pré-éclampsie ou cardiopathie maternelle.

5.1 Préparer une seringue de 50 ml de phényléphrine à la concentration **50 µg/ml**, à mettre au pousse-seringue.

Avoir dans le plateau les seringues usuelles d'atropine, de phényléphrine et d'éphédrine.

5.2 Mesure de PAS de référence et calcul de 80% et 120% de cette valeur.

5.3 Commencer la perfusion à **60 ml/h** (= 50 µg /min) AVANT ou AU MOMENT de la ponction rachidienne, concomitamment au co-remplissage.

5.4 Mesure de la PAS une fois par minute de la ponction rachidienne à la naissance de l'enfant :

- l'équipe d'anesthésie gère le débit IVSE et les éventuels bolus selon l'évolution de l'hémodynamique maternelle ;
- l'objectif est de maintenir une **PAS au-dessus de 80%** de la valeur de référence.

5.5 Commencer le sevrage progressivement à partir de la naissance. Attention au risque d'hypotension entraînant nausée et vomissement, pouvant survenir en cas de sevrage trop brutal couplé aux effets hémodynamique de l'administration de l'utéro-tonique.