

# **Les pièges et leur résolution en anesthésie pour urgences obstétricales**

*Pierre Claver HOUNKPE*

*Service Polyvalent d'Anesthésie-réanimation (SPAR)*

*CNHU-HKM Cotonou*

**Congrès annuel de la SARAF,  
21-23 nov 2018 Yamoussoukro**

# Introduction

- **Urgences obstétricales** = situations très fréquentes
- Des Complications peuvent brutalement survenir surtout au **troisième trimestre**, en **fin de grossesse** ou **durant le travail** et même en **postpartum** et affecter la mère et/ou le fœtus
- L'anesthésie est souvent requise dans ce contexte marqué par le stress pour plusieurs indications dont notamment la césarienne
- Risques d'erreur dans la PEC sont élevés: **pièges**
- Résolution des pièges constitue un véritable défi pour l'anesthésiste

# Généralités 1

- **Définition**

Les urgences obstétricales sont des pathologies qui surviennent brutalement chez la femme enceinte et qui sont en rapport avec la grossesse et/ou l'accouchement.

# Généralités 2

## Intérêt

- Fréquence
- Gravité

# Généralités 3

**Tableau:** Les urgences obstétricales

1 <sup>er</sup> trimestre	2 <sup>e</sup> trimestre	3 <sup>e</sup> trimestre	Post partum
Urg hémorragiques	Urg hémorragiques	Urg hémorragiques	Urg hémorragiques
- GEU	Urg infectieuses	Urg hypertensives	- HPPI: déchirures,
- Avortement spontané/ Provoqué		Dystocies	Troubles de la coag, ...
		Urg infectieuses	

# Généralités 4

## **Circonstances de requisiion d'une anesthésie:**

- Avortement: aspiration
- GEU rompue
- Rupture utérine
- HRP: Césarienne si foetus vivant et accouchement non imminent ou si foetus mort et état maternel grave
- PP hémorragique: césarienne
- Eclampsie: césarienne
- En postpartum: HPPI (ligature artérielle, hystérectomie)

# Anesthésie pour césarienne en urgence

## Choix de la technique

**Choix de la technique anesthésique:** tenir compte du degré d'urgence  
- Grade I: urgence absolue avec menace vitale immédiate:

AG séquence rapide( **Propofol de plus en plus utilisé**)

- Grade II: urgence non différable, danger sans menace vitale:

ALR possible

- Grade III: urgence différable sans danger pour la mère ou le fœtus:

Choisir tant que possible une ALR

- Si péridurale préexistante, extension du bloc(Lidocaïne plus efficace)
- Eviter de faire rachi trop précocément après injections péridurales

# Anesthésie pour césarienne en urgence

## Choix de la technique

- En cas de rachianesthésie après échec de péridurale,
  - injection intrathécale en position assise afin de diminuer le risque du bloc de monter trop haut,
  - réduire aussi de 20% la dose de Bupivacaïne et
  - laisser la parturiente en position assise 60 à 90 secondes après l'injection.

# Anesthésie pour césarienne en urgence

## Choix de la technique

- En cas d'AG,  
pas d'induction tant que l'obstétricien n'est pas prêt
- Si induction au Thiopental,  
ne pas dépasser 7mg/kg afin d'éviter la dépression foétale
- En cas de prééclampsie et éclampsie,  
éviter la kétamine en raison de ses effets sympathomimétiques

# Anesthésie pour césarienne en urgence

## Modifications physiologiques pendant la grossesse

- Les modifications physiologiques de la femme enceinte sont à l'origine de certains pièges :
- Difficulté de contrôle des voies aériennes en raison de **l'œdème des voies aériennes supérieures** avec
- risque de saignement et
- désaturation rapide en cas de ventilation/intubation difficile :

Il convient de faire

- **large pré oxygénation** au masque facial avant l'induction et
- utiliser des sondes d'intubation de **calibre réduit** (6-6,5 mm).

# Anesthésie pour césarienne en urgence

## Choix de la technique

- Estomac plein avec risque d'inhalation en cours de travail ou en cas d'administration de morphiniques même par voie médullaire :
  - limiter l'usage des morphiniques et privilégier une ALR ;
  - bonne préparation avec antiacide, vidange gastrique.

# Anesthésie pour césarienne en urgence

## Choix de la technique

- En cas de brûlures rétrosternales:
  - risque d'inhalation du contenu gastrique,
  - mêmes résolutions que l'estomac plein

# Anesthésie pour césarienne en urgence

## Choix de la technique

- En cas d'obésité:

ALR tant que possible

# Anesthésie pour césarienne en urgence

## Position

- Compression aorto-cave avec collapsus vasculaire :
  - décubitus latéral gauche à 20°
  - déplacement manuel de l'utérus à gauche et surélévation avec un appui atraumatique de la hanche droite

# Anesthésie pour césarienne en urgence

## Voie veineuse

- En cas de saignement ou de risque élevé de saignement (placenta accreta) : prévoir deux voies de bon calibre
- En cas de saignement actif, voie artérielle

# Anesthésie pour césarienne en urgence

## En peropératoire

- Hyperventiler pour éviter une normoventilation qui conduirait à une acidose car à terme la parturiente est hypocapnique
- Débuter la perfusion d'ocytocine: 10 à 20 unités dans 500cc Ringer lactate pour prévenir une atonie utérine.
- Si atonie, Méthylergométrine mais contre indiquée si éclampsie.
- Si hémorragie massive, transfuser

# Anesthésie pour césarienne en urgence

## En postopératoire

surveillance stricte car c'est pendant cette période que la mort survient souvent:

- hypotension fréquente en cas d'ALR
- HPPI +++++

# Hémorragie du postpartum immédiat

- **HPP**: Perte sanguine du tractus génital, anormale par son abondance(> **500 ml**) et son retentissement sur l'état général dans les **24 premières heures** qui suivent l'expulsion foétale par les voies naturelles ou par césarienne
- Saignement est souvent brutal et abondant
- **HPPI**: survient souvent dans les **2heures** suivant l'accouchement mais une hémorragie entre **500-1000 ml est** souvent supportable
- *L'HPPI est grave* lorsque la perte sanguine est >**1000ml** dans un accouchement par voie basse ou >**1500ml** en cas de césarienne

# Hémorragie du postpartum immédiat

- **1<sup>ère</sup> cause de mortalité maternelle** (France et monde)
- **Alors que 90% des morts maternelles par hémorragies sont évitables**

Eviter donc le retard au diagnostic et à l'intervention

# Hémorragie du postpartum immédiat

## Physiopathologie

- *Débit chaque artère utérine* en fin grossesse= **300 ml**
- *Délivrance*: Cause principale de l'HPPI; *3 phases*:
  - contraction utérine et décollement placentaire 10-15 min après expulsion fœtale
  - migration du placenta
  - hémostase/rétraction utérine (*ligature vivante de Pinard*) et activation physiologique coagulation(CIVD localisée au lit placentaire et compensée)

# Hémorragie du postpartum immédiat

## Diagnostic positif

- Facile si hémorragie extériorisée (sac gradué)
- Difficile car reconnaissance souvent tardive:
  - modifications TA et Pouls (retentissement tardif ou brutal de l'hémorragie)
  - Modifications du temps de recoloration
  - modification de la diurèse
  - modification de la fréquence ventilatoire
  - modification de l'état neurologique (score de Glasgow et de Liège)

# Hémorragie du postpartum immédiat

## Diagnostic étiologique

- 3 catégories de causes:
  - *Atonie utérine* et pathologies de la délivrance: **80%**
  - *Lésions traumatiques* de la filière génitale: **20%**
  - *Troubles de l'hémostase*: **< 1%**

# Hémorragie du postpartum immédiat

## Traitement

### Moyens

- Gestes obstétricaux
- *Médicaments: Utérotoniques +++ Solutés + + + produits sanguins ++++*
- *Réanimation +++++*
- **Anesthésie pour:**
  - Révision sous valves*
  - Radiologie interventionnelle
  - Chirurgie(Conservatrice de la fertilité ou radicale)

# Hémorragie du postpartum immédiat

## Prise en charge par l'anesthésiste

- Dès pertes >1000ml → Oxygène + monitoring multiparamétrique
- 2 VVP (16 G) + prélèvements labo + «Hémocue» + TC au lit + démarrage restauration volémique (cristalloïdes)
- Tenir fiche d'hémorragie quantification pertes/10 min

# Hémorragie du postpartum immédiat

## Restauration volémique

- Démarrer remplissage par cristalloïdes  
(colloïdes synthétiques proscrits)
- *Priorité: Maintenir les constituants sanguins à des taux > aux taux critiques*
- Eviter le retard de traitement de coagulopathie  
(Acide tranexamique d'usage précoce)

# Conclusion

L'anesthésie pour les urgences obstétricales recèle de nombreux pièges qu'il est nécessaire et indispensable à l'anesthésiste d'éviter au risque de les avoir à gérer afin de prévenir des situations cliniques plus graves



**MERCI**