

IADE & CESARIENNE EN URGENCE

F. Minosa
IADE
CHU Toulouse



Paule de viguier

Maternité

- unité d'obstétrique qui assure l'accouchement et les soins de la mère et du nouveau-né

Niveau 3

- Concerne les moyens d'hospitalisation pédiatrique
- Elle dispose d'unité de néonatalogie avec un secteur de soins intensifs et d'une unité de réanimation néonatale permettant la surveillance et les soins spécialisés des nouveaux-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux

A PDV, elle est située dans un établissement de soins qui dispose d'un plateau technique adulte



La femme enceinte

- Modification physio-anatomiques, 2 buts :
 - Assurer les besoins foetoplacentaires
 - Préparer la parturition



Appareil respiratoire

- Volume utérin ▼ : diaphragme refoulé
- Modification ventilatoire :
 - conso. O₂ ▼
 - réserve ➤
- Inflation hydrique :
 - hyperémie muqueuse
 - dyspnée fin grossesse

HYPOXEMIE

IOT difficile

Réévaluer le Mallampati

Pré oxygéner impérativement

! IOT difficile : ➤ taille sonde

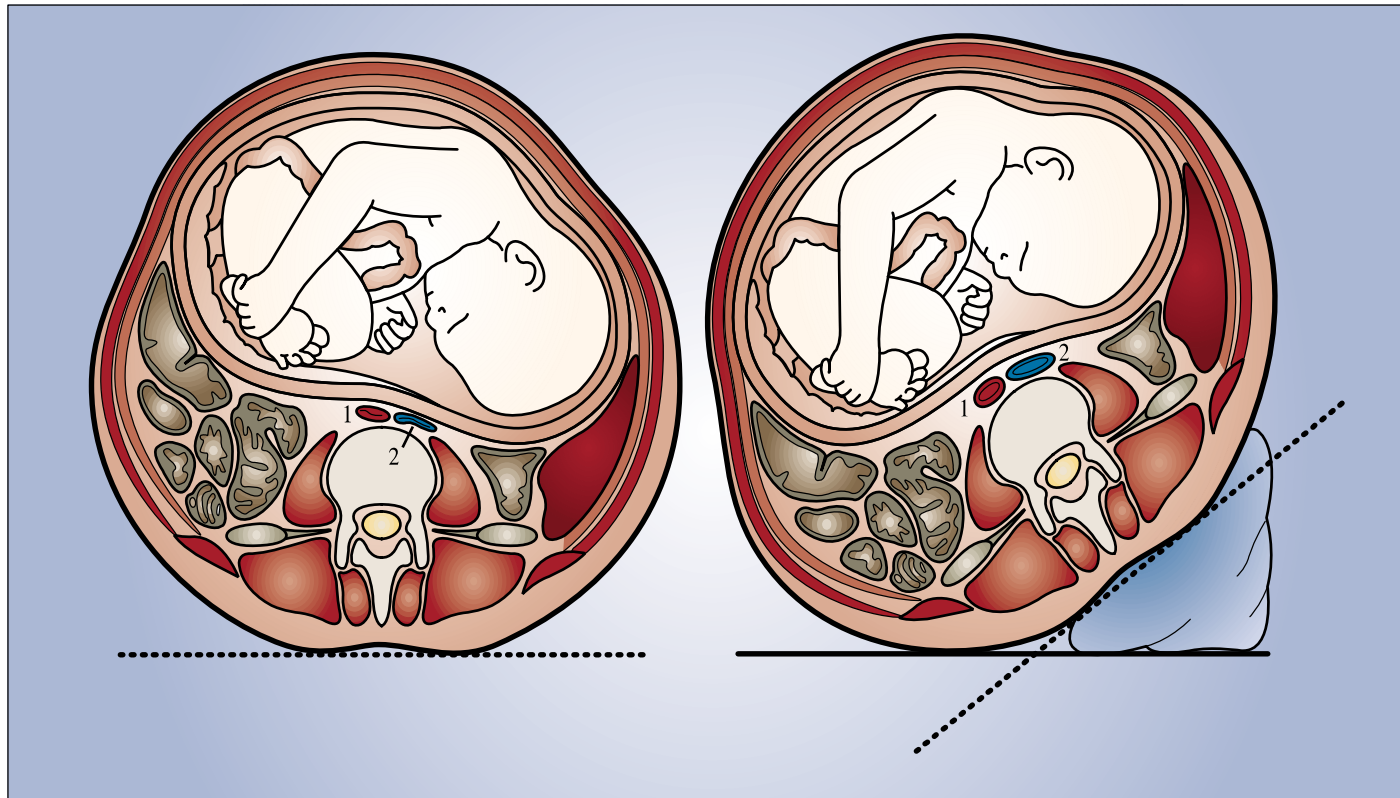


Appareil cardio-circulatoire

- syndrome Aorto-Cave :
 - utérus gravide
 - débit ▼ utero-placentaire
- volume sanguin circulant :
 - anémie de dilution

HYPOPERFUSION





● Figure 5 Effets de la posture sur les circulations régionales au cours de la grossesse 1 aorte abdominale ; 2 veine cave inférieure

**Prévention syndrome cave dès 20 SA
par décubitus latéral gauche**



Appareil digestif

- ▼ volume utérin entraînant ascension de l'estomac
 - ➤ tonus sphincter bas œsophage
 - ➤ vidange gastrique lors du travail (douleur)
 - ➤ pH en cas de douleur stress morphinique

INHALATION

**Estomac plein à 15 SA et
jusqu' après l'accouchement :
⇒ ISR**



Et aussi:

- **Hémostase**
 - Hypercoagulabilité et/ou thrombopénie relative
- **Pharmacologie**
 - Hémodilution
 - Hypoprotidémie : ▼ fraction libre
 - diminution des activité pseudo-cholinestérases

Retard de Réveil



Urgences...

- PDV 2012 :
 - 4541 accouchements
 - 22,4% césariennes (21% nationale 2010)
 - 27,2 % de programmées
 - 36,6 % non programmées
 - 36,2 % en cours de travail
 - soit 72,8 % d'urgences

Mais quels degrés d'urgence ?





CODE ROUGE

Menace immédiate du pronostic vital maternel ou fœtal

- ✓ **Bradycardie fœtale**
(sans récupération dans les 10')
- ✓ **Echec extraction instrumentale**
sur ARCF en cours d'expulsion
- ✓ Suspicion d'HRP
- ✓ **Hémorragie maternelle majeure**
sur placenta praevia
- ✓ Suspicion de **rupture utérine**
- ✓ **Procidence du cordon**
- ✓ Autres mises en jeu immédiates



Naissance DES QUE POSSIBLE
Délai **décision/naissance < 15 min**



CODE ROUGE

Menace immédiate du pronostic vital maternel ou fœtal

- ✓ **Bradycardie fœtale** (sans récupération dans les 10')
- ✓ **Echec extraction instrumentale** sur ARCF en cours d'expulsion
- ✓ Suspicion d'**HRP**
- ✓ **Hémorragie maternelle majeure** sur placenta praevia
- ✓ Suspicion de **rupture utérine**
- ✓ **Procidence du cordon**
- ✓ Autres mises en jeu immédiates



Naissance DES QUE POSSIBLE
Délai décision/naissance < 15 min



CODE ORANGE

Menace à court terme du pronostic maternel ou fœtal

- ✓ ARCF à **risque important d'acidose**
- ✓ **Echec d'extraction instrumentale** sans ARCF
- ✓ **pH < 7,20**
- ✓ **Evènement STAN décisionnel**



Naissance URGENTE
Délai décision/naissance < 30 min



CODE ROUGE

Menace immédiate du pronostic vital maternel ou fœtal

- ✓ **Bradycardie fœtale** (sans récupération dans les 10')
- ✓ **Echec extraction instrumentale** sur ARCF en cours d'expulsion
- ✓ Suspicion d'**HRP**
- ✓ **Hémorragie maternelle majeure** sur placenta praevia
- ✓ Suspicion de **rupture utérine**
- ✓ **Procidence du cordon**
- ✓ Autres mises en jeu immédiates



Naissance DES QUE POSSIBLE
Délai décision/naissance < 15 min



CODE ORANGE

Menace à court terme du pronostic maternel ou fœtal

- ✓ ARCF à **risque important d'acidose**
- ✓ **Echec d'extraction instrumentale** sans ARCF
- ✓ **pH < 7,20**
- ✓ **Evènement STAN décisionnel**



Naissance URGENTE
Délai décision/naissance < 30 min



CODE VERT

Nécessité d'une naissance prochaine mais sans menace à court terme

- ✓ ARCF à **risque intermédiaire d'acidose**
- ✓ **Echec de déclenchement**
- ✓ **Stagnation** de la dilatation ou de la descente de la présentation
- ✓ Présentations **dystociques**
- ✓ Patiente en **travail spontané** et ayant une **césarienne programmée** prévue ultérieurement



Naissance non urgente
Délai décision/naissance < 1h

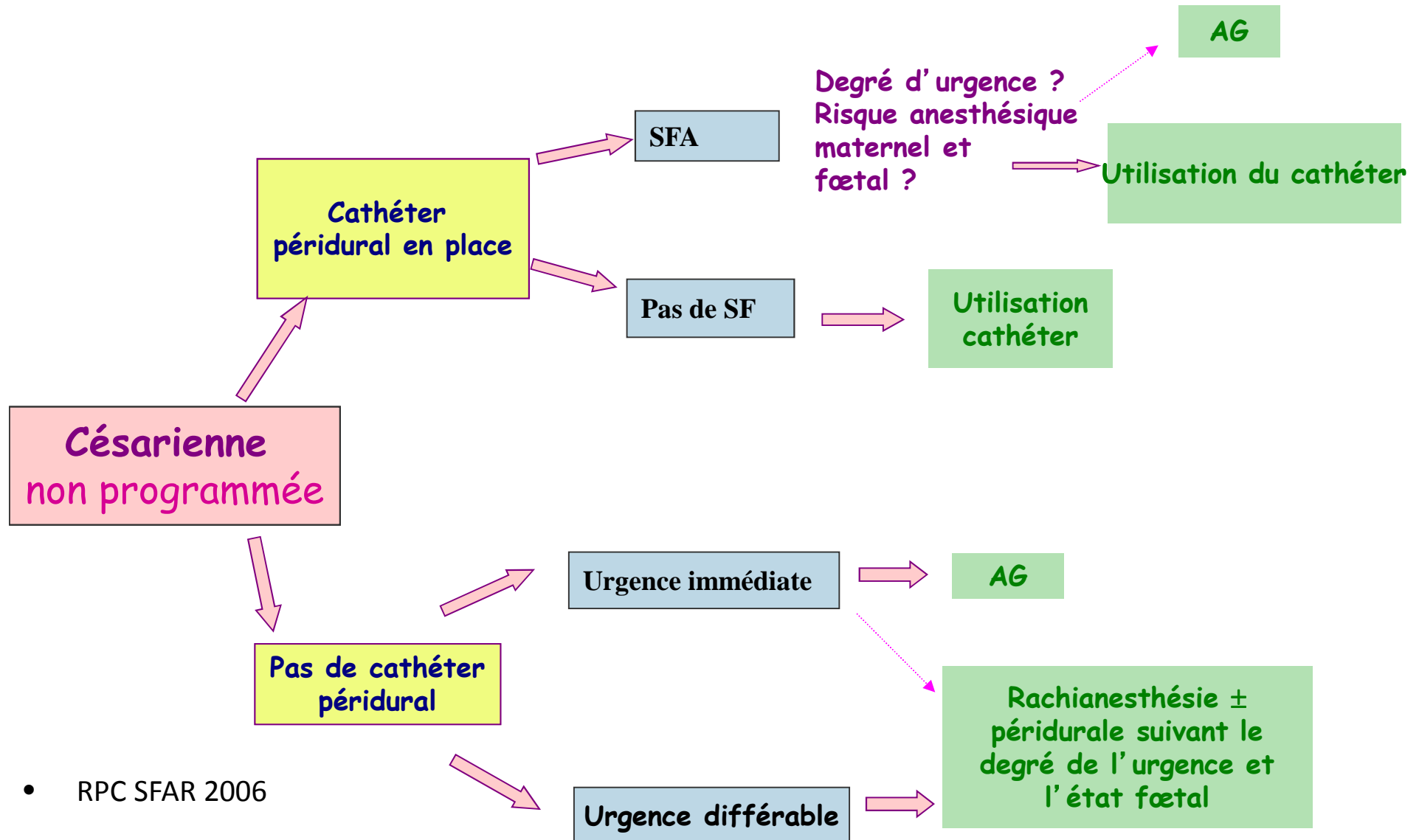
Décision de l'anesthésie

Anesthésie	vert	orange	rouge	total
AG	6	3	16	25
APD	61	38	13	112
APD convertie AG	3	0	4	7
Rachi	3	23	0	55
Rachi convertie AG	1	3	0	4
Total	103	67	33	203

PDV du 4/6/2013 au 31/10/3013



Césarienne : choix de la technique



- RPC SFAR 2006



Préparation technique

- Salle réglementaire vérifiée et fonctionnelle
- Spécificités ouverture de salle
 - Plateau intubation : manche court, lame métal
 - Voie veineuse de bon calibre, en prévoir une seconde

Choix d'une ALR n'exclut pas le passage en AG

- Antibioprophylaxie
- Plateau d'urgence AG: pentho/célo/éphédrine/atropine
- Matériel de transfusion
 - Hemocue + transfuseur
 - Présence dépôt de sang sur place
(la seule obligation est de disposer de sang en moins de 30 min)



Préparation humaine

Accueil Urgence= stress

- environnement calme
- travail pluridisciplinaire
- IADE en contact permanent avec la patiente : la rassurer, lui expliquer

Installation

- vérification prise anti-acide
- monitoring
- vérification présence voie 18G minimum
- débuter antibioprophylaxie
- léger DLG

Vérifications

- identité de la patiente
- dossier d'anesthésie : antécédent, pathologies associées, allergie, ...
- contrôle des bilans : groupe RAI (<3J), Hb, Plaquettes



Techniques anesthésiques pour la césarienne

Quelques données

Anesthésie générale

- délais induction-extraction le plus court possible
- plus de complications maternelles
- moins d'hypotension que l'ALR
- retentissement sur le nourrisson : APGAR plus bas à 1 et 5 minutes vs ALR

Anesthésie Péridurale

- délai induction-extraction le plus long
- moins bonne qualité d'anesthésie que la rachi

Rachi-anesthésie

- délai induction-extraction plus court que la péri



Anesthésie péridurale

- Situation anxiogène +++
- Anesthésie renforcée par le kt de peri (xylo 2%)
- Nécessite d'attendre 10 min avant incision
- Bloc sensitif et non moteur
- Evaluation de l'anesthésie : toucher léger, pique, touche
- Pose SV
- Mise en place des champs



Rachi Anesthésie

- Situation anxiogène
- Installer en y sur la voie 100cc de chloruré avec 500 µg de néosynéphrine avec 30 mg d'éphédrine
- PNI tt les min
- Position assise pour pose de la rachianesthésie par le MAR
- IADE reste en contact direct avec la patiente
- Dès rachi posée : Débuter le soluté anti-hypoTA
- Réinstaller rapidement la patiente en DD avec DLG (latéralisation de la rachi !)
- Évaluer niveau de la rachi
- Bloc moteur
- Installation SV
- Mise en place des champs



Anesthésie générale

- Situation anxiogène
- Pré-oxygénation+++ dès installation de la patiente
- O₂ pur : 3min ou 8 CV
- Monitoring EtO₂>80-90%
- Equipe : chirurgien, sage-femme, pédiatre prêts
- Pose SV
- Induction séquence rapide
 - Thiopental 5mg/kg + Celocurine 1mg/kg
 - Pas de morphinique sauf si prééclampsie ou cardiopathie (possibilité ultiva)
- IOT : bien verbaliser : Peu de réserve !
- Entretien narcose avec agent halogéné
- Si souffrance foétale 100% O₂ sinon N₂O possible
- Champagne Incision



Anesthésie générale

- Au clampage du cordon :
 - morphiniques
 - ocytocique
 - curare non dépolarisant : monitoring +++
- Mentionner l'heure :
 - incision peau
 - hystérotomie
 - extraction bébé
- Débuter analgésie multimodale



La chirurgie: césarienne

Dérivé du latin: *caedere* : couper, inciser.

- Indication : maternelle, foétale ou mixte
- Intérêt opposé pour les 2 patients
 - situation à risque maternelle
 - nouveau-né affecté par les drogues
- Chirurgie de durée : courte à moyenne
- Propre contaminée : antibioprophylaxie
- Nécessitant vessie vide: pose sv

- Thrombogène : patiente porteuse bas antithrombose selon délais et prescription post-op de ttt préventif de la maladie thromboembolique



La Césarienne

- Au clampage du cordon
 - hormone utérotonique
 - Pour faciliter la délivrance spontanée
 - Pour permettre la rétraction utérine
- Risque hémorragique :
 - surveillance du saignement
 - bords aspiration et compresses
 - noter quantité liquide amniotique aspiré pour mesure précise des pertes sanguines

La limite acceptable est de < 1000ml



Le post opératoire immédiat

- Toilette de la patiente
- Recueil complet du dossier
- Transfert dans son lit à l'aide d'un « roller »
- Selon : rencontre bébé - mère – père
- Transfert en SSPI
- Transmissions
- Poursuite de l'analgésie EVA>8 24 à 48h
- Surveillance hémodynamique
- Surveillance du risque hémorragique
- Surveillance de la rétraction utérine
- Surveillance de la levée du bloc moteur



Conclusion

- ✓ Anesthésie pour césarienne = **pratique à risque**
 - ✓ Privilégier l'ALR (rachianesthésie = référence)
 - ✓ => Gestion de l'hypotension
 - ✓ Ne pas hésiter à faire une AG si urgence absolue
 - ✓ => Gestion des VAS
- ✓ **Chirurgie douloureuse**
 - ✓ Analgésie multimodale
- ✓ **Organisation rigoureuse** diminue les risques de l'AG

