

# **IADE & CESARIENNE EN URGENCE**

F. Minosa  
IADE  
CHU Toulouse



# Paule de viguiier

## 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. O<sub>2</sub> ▼
  - réserve ➤
- Inflation hydrique :
  - hyperémie muqueuse
  - dyspnée fin grossesse

**HYPOXEMIE**

**IOT difficile**

**Réévaluer le Mallampati**

**Pré oxygéner impérativement**

**! IOT difficile : ➤ taille sonde**

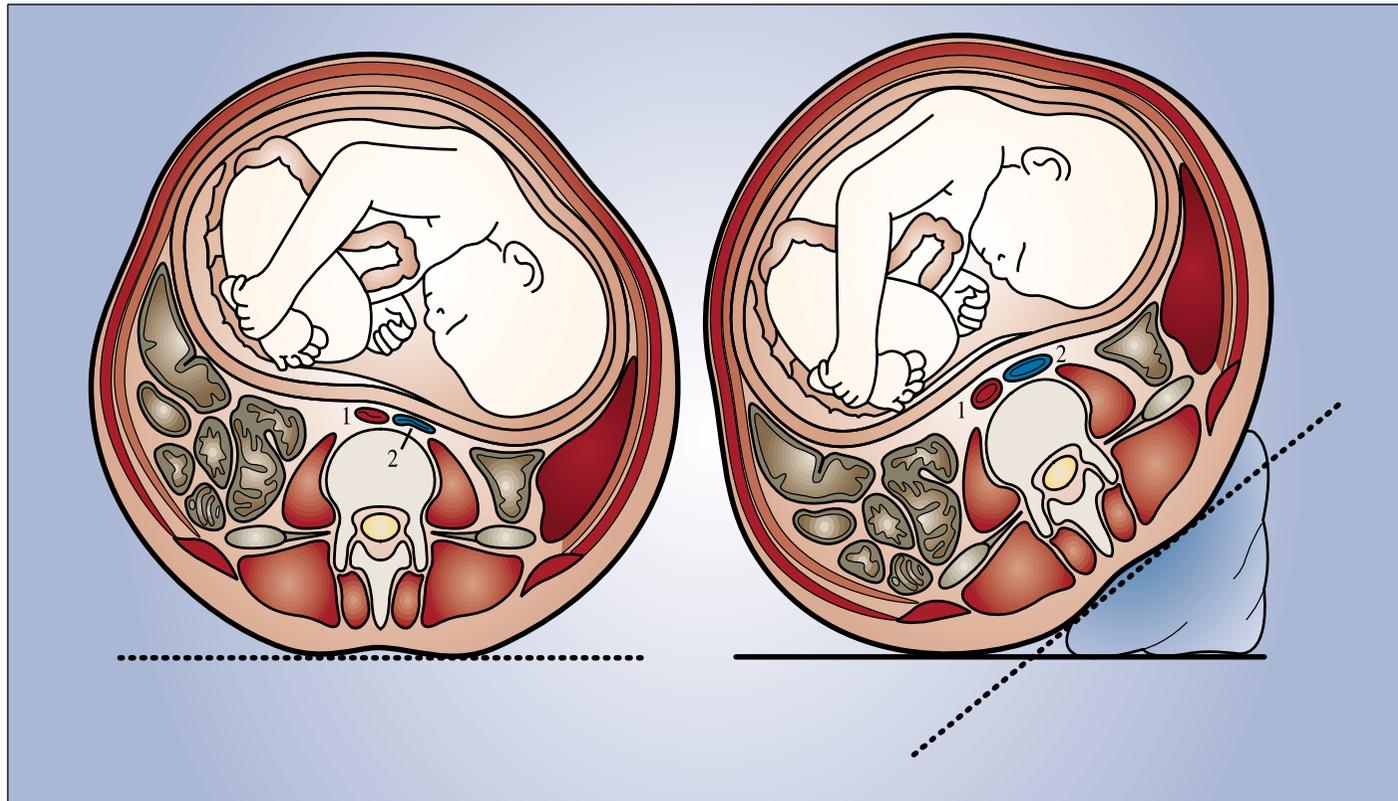


# Appareil cardio-circulatoire

- 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

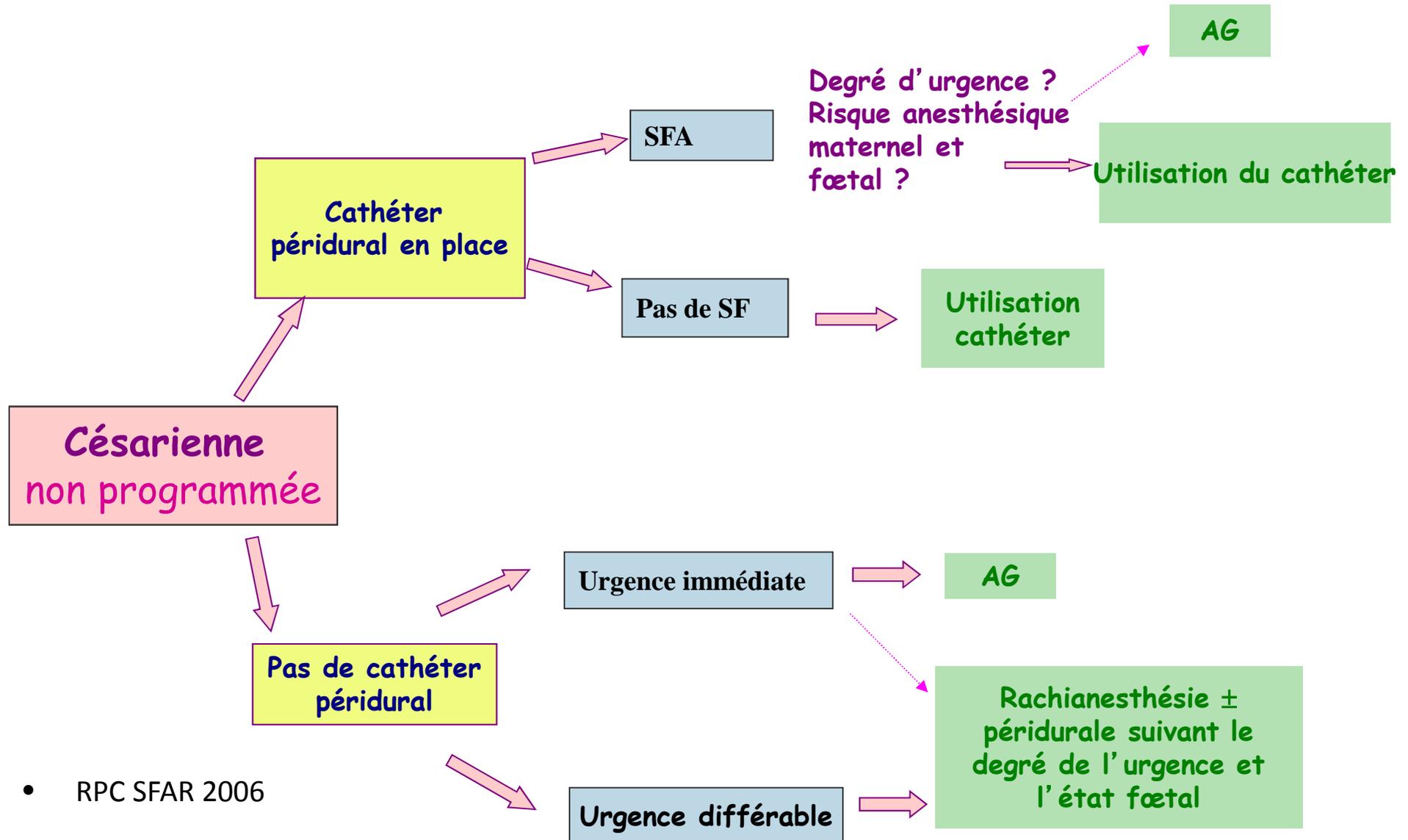
# Décision de l'anesthésie

| 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          |
| <b>Total</b>       | 103  | 67     | 33    | <b>203</b> |

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
- O<sub>2</sub> pur : 3min ou 8 CV
- Monitoring EtO<sub>2</sub>>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% O<sub>2</sub> sinon N<sub>2</sub>O 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, fœtale 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

