

ANALGÉSIE PÉRIDURALE IMPARFAITE AU COURS DU TRAVAIL OBSTÉTRICAL: QUELLES SOLUTIONS EN PRATIQUE?



Hawa KEITA-MEYER



SERVICE D'ANESTHÉSIE PÉDIATRIQUE ET OBSTÉTRICALE HÔPITAL NECKER ENFANTS MALADES, PARIS

**DÉFINITION
FRÉQUENCE**





Épidémiologie

« Échec / Analgésie péridurale imparfaite »

Guasch E. Minerva Anesthesiol 2017

AUTEURS	DÉFINITION	FRÉQUENCE
Paech MJ. IJOA 1998	<ul style="list-style-type: none">- Échec / abandon- Reprise- Analgésie / anesthésie inadéquate	8,8%
Hess et al. Anesth Analg 2001	<ul style="list-style-type: none">- ≥ 3 accès douloureux	12%
Pan PH. IJOA 2004	<ul style="list-style-type: none">- Absence d'analgésie- KT en vasculaire / Migration KT- Défaut connexion / Fuite solution	12%
Thangamuthu A. IJOA 2013	<ul style="list-style-type: none">- Pas d'analgésie adéquate 45 min après pose APD- Brèche duremérienne- Reprise ou abandon- Insatisfaction maternelle à J1	23%

Fréquence \approx 10 % – 20%

Analgésie obstétricale en France - Enquête périnatalité 2021

ENP, rapport 2021

MÉTHODES
MÉDICAMENTEUSES ET
NON MÉDICAMENTEUSES



► **90,3%** Satisfaction par rapport
aux méthodes d'analgésie utilisées

MAIS pour AVB ...

Douleur insupportable (7-10 / 10) à la sortie tête du BB ► 40,8%

Avec analgésie, douleur insupportable (7-10 / 10) à la sortie tête du BB ► 29,7%

Avec analgésie, douleur insupportable (7-10 / 10) lors de manœuvres ► 40,3%

FACTEURS DE RISQUE



Facteurs de risque

« Échec / Analgésie péridurale imparfaite »

Guasch E. Minerva Anesthesiol 2017

FDR LIÉS À LA PATIENTE	FDR LIÉS À LA PROCÉDURE
<ul style="list-style-type: none">- IMC élevé- Repères anat non visibles/non palpables- Déformation rachis- ATCD d'échec APD- Mauvaise coopération- Stade du travail- Travail long- Douleur importante avant pose APD- Douleurs intercurrentes- Communication inadaptée-	<ul style="list-style-type: none">- Inexpérience AR- Mandrin gazeux- Type de KT (mono/multi perforé; rigidité...)-

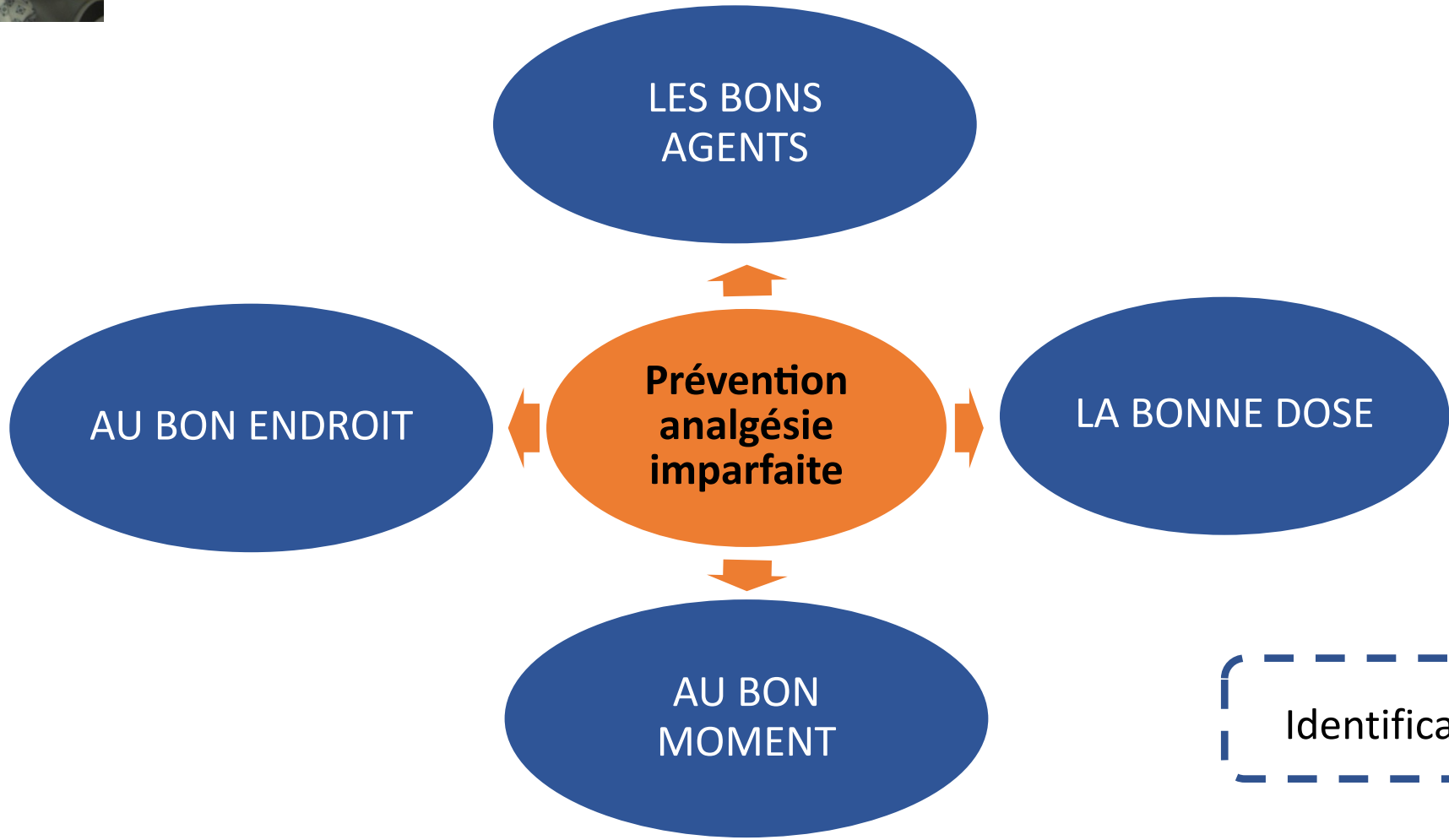
PRÉVENTION





Prévention

« Analgésie péridurale imparfaite »



Identification FDR



Prévention

« Analgésie péridurale imparfaite »

Wong CA. Int J Wom Health 2009

AvelinLandau R. Anesth Analg 2002

Bazin M et al. Anaesthesia 2010

AGENTS

- Un anesthésique local
- Un morphinique
- Clonidine possible

CONCENTRATIONS

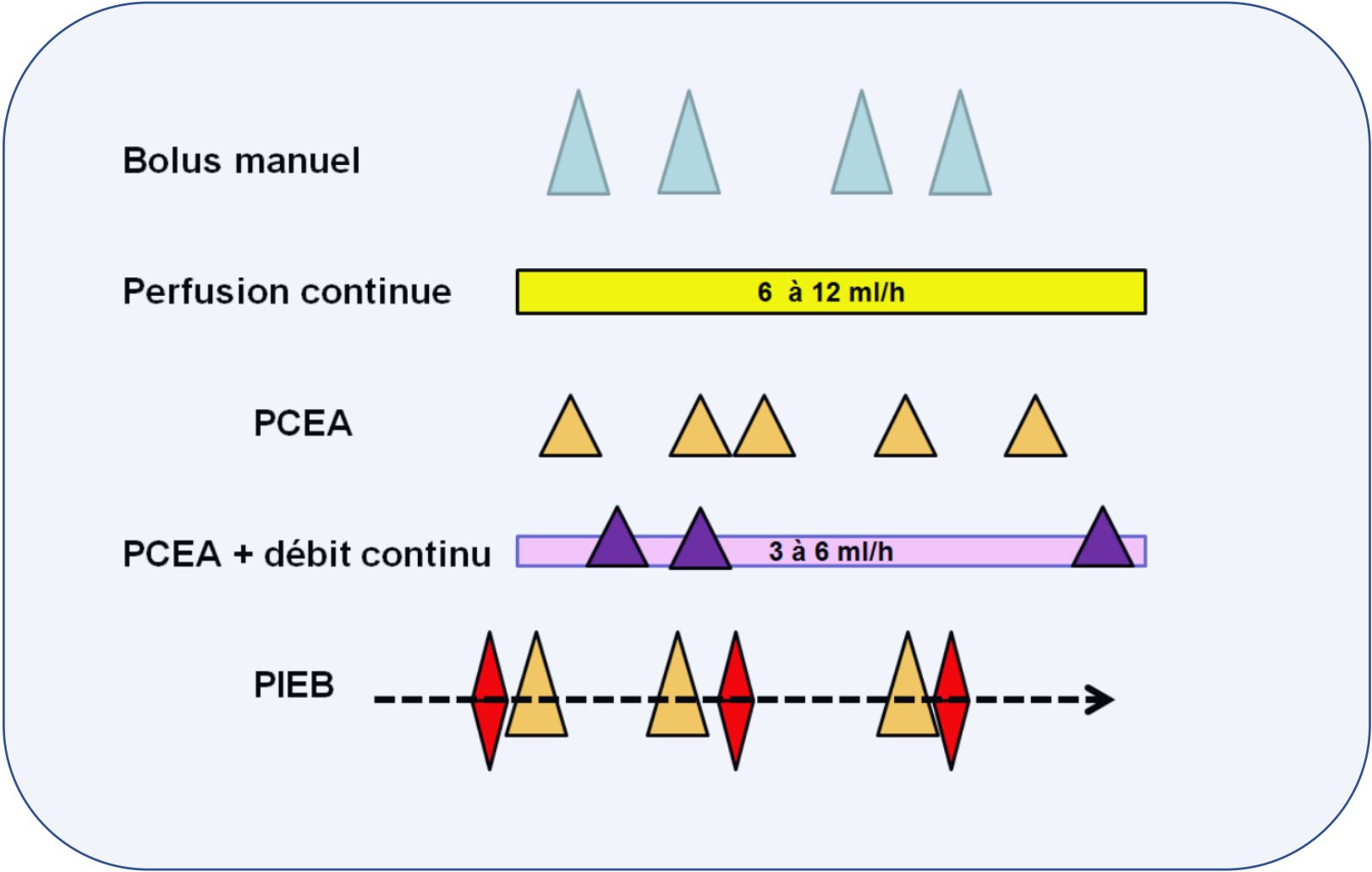
- Ropivacaïne : 0,08- 0,15 %
- Lévocabupivacaïne : 0,0625- 0,125 %
- Bupivacaïne : 0,0625- 0,125 %
- Sufentanil : 0,25- 0,50 $\mu\text{g} / \text{mL}$
- Clonidine : 1- 2 $\mu\text{g}/\text{mL}$



Prévention

« Analgésie péridurale imparfaite »

D'après Chassard D, Bouvet L.





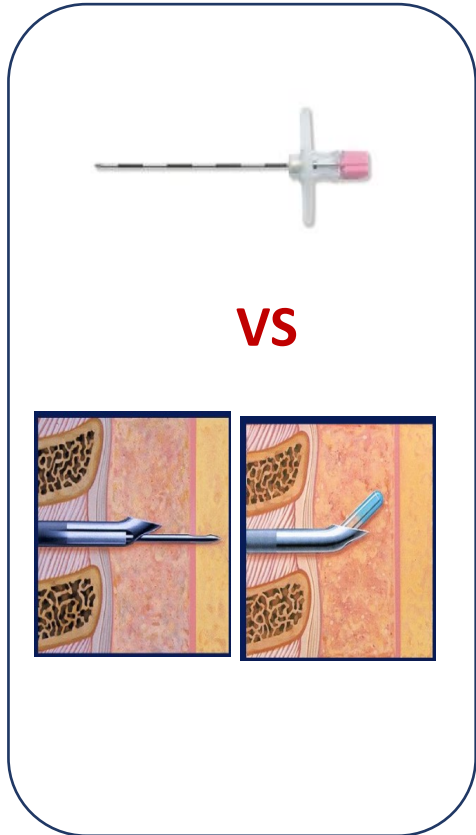
Prévention

« Analgésie péridurale imparfaite »

Xu J. *Sci Rep* 2019

- Revue systématique / méta-analyse
- Etudes randomisées, contrôlées, 2006 – 2017
- 11 études: PIEB + PCEA (n = 717) vs Continue + PCEA (n = 650) primi et multipares

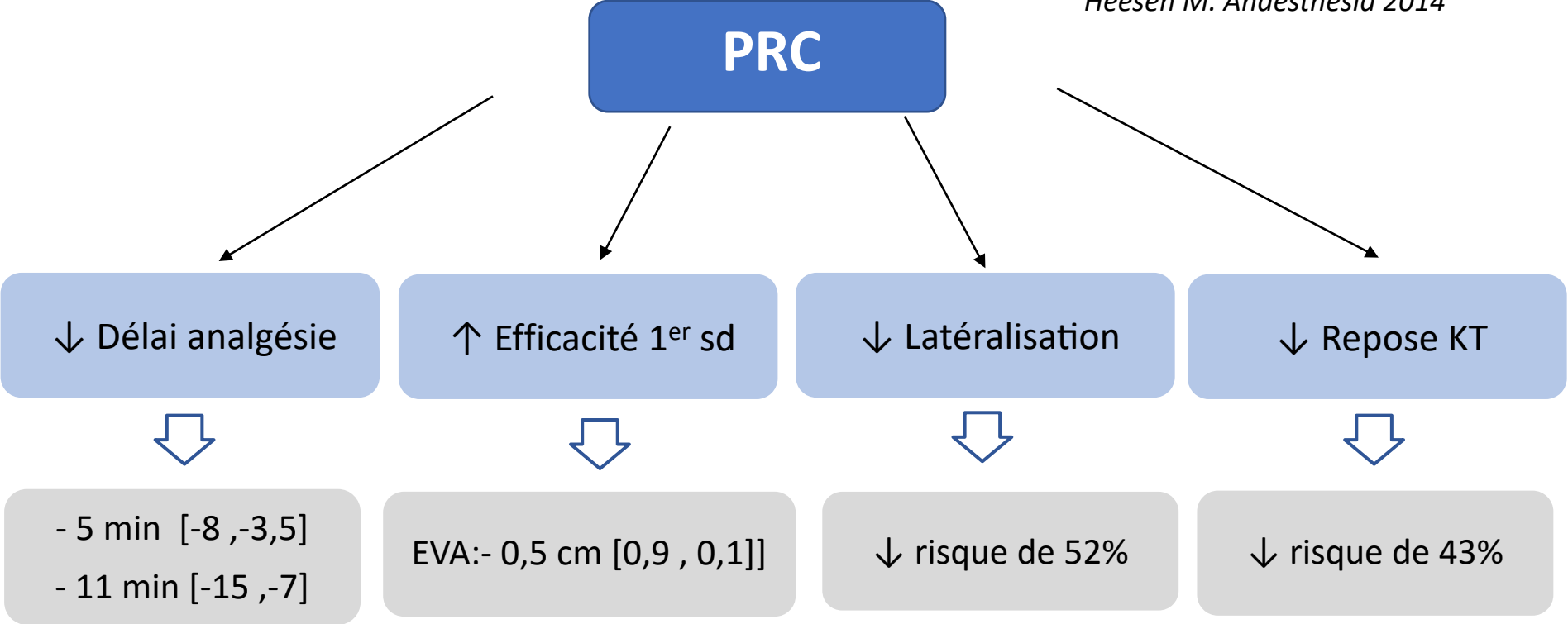
PARAMÈTRE	EFFET PIEB vs PCEA + DC	P
Consommation AL	- 0,75 mg/h (95%CI: -1,02 à -0,46)	<0,00001
Satisfaction maternelle	9,25 mm (95%CI: 0,16 – 0,56)	<0,0005
Douleur intercurrente	0,43 (95%CI: 0,23 – 0,82)	<0,01
Recours bolus PCEA	0,30 (95%CI 0,23 – 0,82)	0,0002
Durée du W	-15 min (95%CI: -22,1 – 7,96)	<0,0001
Taux de césarienne	1,03 (95%CI: 0,72 – 1,47)	0,83
Taux manœuvres instru	0,51 (95%CI: 0,30 – 0,84)	0,009



Prévention

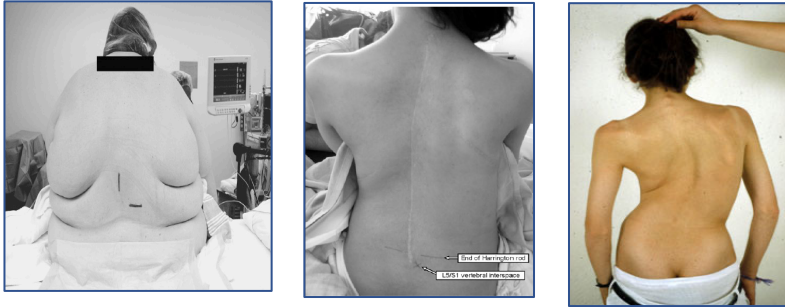
« Analgésie péridurale imparfaite »

*Simmons SW. Cochrane 2012
Gambling D. Anesth Analg 2013
Heesen M. Anaesthesia 2014*



kit APD ≈ 7 € vs kit RPC ≈ 20 €

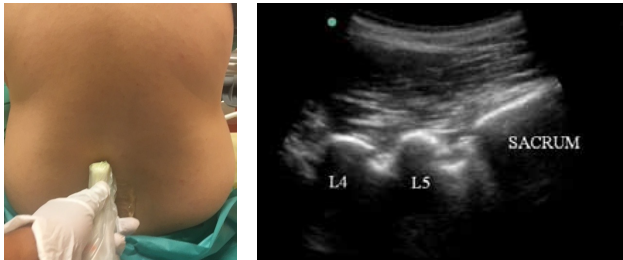
Des ponctions difficiles ...



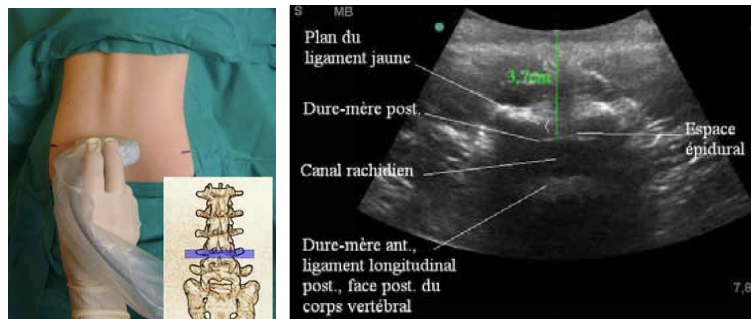
Prévention
« Echec/Analgésie péridurale imparfaite »

Repérage échographique espace péridural

Repérage longitudinal



Repérage transverse



IDENTIFICATION FIABLE:

- Niveau de ponction
- Ligne médiane
- Localisation espace péridural
- Distance de l'espace péridural par rapport à la peau
- Profondeur du ligament jaune
- Angle nécessaire à donner à l'aiguille en vue de la ponction

Arzola et al. Anesth analg.2007
Whitty et al. Anesth analg.2008
Schlotterbeck et al. Br J Anaest.2008
Balki et al. Anesth analg.2009
Perlas A. Reg Anesth Pain Med 2016

GESTION



Gestion

« Analgésie péridurale imparfaite »



FAIRE LE DIAGNOSTIC: ÉVALUER / TESTER!

Niveau sensitif

Chaud / froid
Pique / touche

Bloc moteur

Score de Bromage

Supr (T10) et Infr
Droit / Gauche

Droit / Gauche

Gestion

« Analgésie péridurale imparfaite »

IDENTIFIER RAPIDEMENT LES CAUSES !!

Parturiente



Déformation rachis/chir
Défaut fusion LJ
Septum espace peri

....

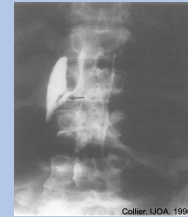
Contexte obstet



Progression rapide
Fin de travail
Présentation post^f

....

Position KT



Latéralisation
Passage / trou de conjugaison
Migration secondaire
Passage en SD

....

Matériel



Coudure KT
Obstruction part/ compl
Compression KT
Déconnexion site inj

....

Analgésie insuffisante **sans** asymétrie

(Niveau sensitif < T10 ou Pas de niveau sensitive)

RPC « Blocs périmédullaires » 2007. Guasch E. Minerva Anesthesiol 2017

Volume insuffisant?



Réinjection
5-10 ml solution analg

KT ressorti
espace péridural?



Repose APD

W trop rapide?
Fin de W?
Présentation post^r?
Persistance pt dou^r?



Réinjection
AL + concentré
Sufentanil
Clonidine (50-75µg)

Pb techniques ?



Vérifier
Coudure/Obstruction
Compression/ Déconnexion



Lidocaine → risque de bloc moteur!

Analgésie insuffisante **avec** asymétrie (> 3 métamères ≠)

RPC « Blocs périmédullaires » 2007 Guasch E. Minerva Anesthesiol 2017

- Long KT trop impt dans espace péri (> 4cm KT multip) ?
- Migration 2d KT?
- KT à travers trou de conjugaison?
- Septum / adhérences dans espace péri ?
- Déformation/chirurgie rachis ?



Réinjection

- 5-10 ml solution analgésique
- Associer sufentanil
- Retirer le KT de quelques centimètres (1-2 cm)
- Si insuffisant, repositionner le KT:
 - Autre niveau / Écho repérage / PRC

Analgésie insuffisante **en mosaïque**

RPC « Blocs périmédullaires » 2007 Guasch E. Minerva Anesthesiol 2017

KT EN SOUS DURAL?

Fréquence 0,8%

Installation progressive et lente (10 à 20 min)

Bloc sensitif étendu avec atteinte nerfs crâniens

Expression variable:

Dépression respir, sd Claude Bernard Horner, céphalées à l'injection dans KT, hypoTA



ARRÊT DES INJECTIONS → RISQUE DE RUPTURE DE L'ARACHNOÏDE

- RETRAIT KT: Attendre levée bloc sensitif pour repose APD !
- EN CAS D'URGENCE dans l'intervalle de temps: manœuvre instrumentale ou césarienne
RA DÉCONSEILLÉE → Risque de RA totale par rupture de l'arachnoïde

Gestion d'une analgésie péridurale imparfaite

« Messages clés »

- Fréquence estimée 10% – 20%
- Identifier les situations potentiellement à risque
- Prévention: bons agents/bonne dose/bon endroit/bon moment
- Evaluer précocement/régulièrement qualité analgésie
- Imperfections souvent faciles à corriger
- Ne pas hésiter à repositionner le KT!
- Place de la PRC
- Intérêt de l'échographie

Des
questions?

