

# Gestion de l'analgésie péridurale obstétricale

Recommandation SFAR 2025

---

## Quelques rappels

---

Les recommandations SFAR de 2025

---

La pose de péridurale

---

Gestion de l'insuffisance d'analgésie

---

La Péri-rachianesthésie combinée

# Rappel

## Objectif :

- obtention d'un bloc sélectif sensitif de T10 - L1 avec en S2-S4 en fin de travail
- Eviter/limiter le bloc moteur

## Différents blocs centraux en cours de travail

- La rachianesthésie (RA)
- L'anesthésie péridurale (APD)
- La Péri-rachi combinée (PRC)
- La péridurale avec ponction durale (PPD)

# Contexte

- Dernières recommandations datant de 2006
  - Nouvelles études
  - Plusieurs sujets de controverses: place de l'écho repérage, modalité d'initiation et d'entretien, port de casaque...
- Groupe de travail incluant GO et SF...
- Une marge d'amélioration
  - 25% ont ressenti une douleur insupportable lors de l'expulsion par voie basse (AVB)
  - 20% lors d'une césarienne

# Quand?

- **RFE 2025** : Il est recommandé d'accéder à une demande d'analgésie péri médullaire précoce (<4 cm)
- Sous condition d'un travail effectif (contractions régulières).
- Associé statistiquement à:
  - Un meilleur score de satisfaction maternelle
  - Sans modification des issues obstétricale (taux de césarienne, APGAR de naissance...) ni allongement du temps de travail

<b>Avant la pose</b>	<b>Sécurité</b>	identito-vigilance	
		Prise de connaissance de la CPA: Allergie et éventuelle contre indication à l'APD...	
		Présence d'une perfusion perméable	
	<b>Absence de contre-indication</b>	NFS si FdR de thrombopénie (Pré-eclampsie, HELLP, MFIU,...)	plq > 75 G/L
		Bilan d'hémostase en fonction de l'anamète et de la grossesse en cours.	TP<60% TCA > 1,2
		Gestion du traitement anticoagulant	>12 h si HBPM en préventif ou >24 h si curatif (recommandation faible) Si délai non respecté: dosage Anti-Xa ≤ à 0,1 UI/mL (ou infra-dosé) (avis d'expert)
		Sepsis sévère non contrôlé (fièvre anamète...): évaluer rapport bénéfice risque	
		Non systématique	
	<b>Echorepérage</b>	Recommandé pour les patientes obèses ou en cas d'abord du rachis prévu difficile	
		Mesure de la PA, du RCF nécessaire en cas de pose >30 minutes ou si symptomatologie d'hypotension (malaise vagal)	
	<b>Surveillance</b>	Protocole EM3: PA/5minutes et ECG, Enregistrement du rythme cardiofoetal à réaliser si pose >30 minutes	
		Ensemble de mesures d'asepsies incluant le port d'une casaque, la désinfection par une solution alcoolique colorée... (reco SFAR 2025)	
	<b>Mesure d'asepsie</b>	Cf liste exhaustive	

# Gestion du traitemen t anticoagu lant

- Rappel : Délai d'un arrêt des HBPM lors d'un acte neuro-axial:
  - Préventif: 12h
  - Curatif: 24h
- Deux situations
  - Si déclanchement / césarienne (le plus souvent): programmer l'arrêt
  - Si travail spontané: délai souvent non respecté
- En cas délai non respecté, il est proposé de doser l'activité anti-Xa.
  - Un dosage  $\leq 0,1$  UI/mL est proposé.
- Intérêt d'un écho repérage

# Measure d'asepsie

- Le port de la casaque reste obligatoire
  - Un certain cout ( économique et environnementale)
  - Non recommandé dans certains pays
  - Complication grave : abcès péri-médullaire, méningite...
  - Aucune étude robuste de non-infériorité quand elle n'est pas portée séparément des autres mesures d'asepsie
- Associé aux autres mesures d'asepsie recommandés

## Opérateur : asepsie chirurgicale

- Tenue professionnelle propre, manches courtes ;
- Absence de bijoux sur les mains et poignets ;
- Ongles courts sans vernis ;
- Désinfection chirurgicale des mains par friction hydro-alcoolique (FHA) ;
- Port d'un calot/coiffe ;
- Port d'un masque chirurgical ;
- Port d'une casaque stérile ;
- Préparation du matériel de façon aseptique sur un champ stérile, sur une surface préalablement désinfectée ;

- Port de gants stériles ;
- Antisepsie cutanée large avec un antiseptique alcoolique (si la peau est visiblement souillée : commencer par un nettoyage avec savon et eau, rinçage, séchage).
- Attendre le séchage spontané complet de l'antiseptique
- Mise en place d'un champ stérile trouvé avant de réaliser la ponction.
- Pansement propre, sec et occlusif pour maintenir le cathéter.

## Personnes présentes dans la salle d'intervention

- Tenue professionnelle propre, manches courtes ;
- Absence de bijoux sur les mains et poignets ;
- Ongles courts sans vernis ;
- Désinfection des mains par FHA ;
- Port d'un calot/coiffe ;
- Port d'un masque chirurgical

# L' Echorepérage :

Étude hétérogène

Augmentation du taux de réussite à la première ponction

Réduction des échecs en cas de scoliose

RFE SFAR 2025:

- Non systématique
- A proposer si abord rachidien prévu difficile (exemple: déformation rachidienne, palpation épineuse difficile, antécédents de pose d'APD difficile, IMC >30...)

Intérêt pour la formation

# Surveillance

## Pourquoi?

- Dépister l'hypotension maternelle
- Dépister la souffrance fœtale

## Modalité:

- Brassard à PA
- Cardiotocographe
- Scope ECG ou saturomètre: distingue le rythme cardiaque maternelle vs foetale

## Quand?

- Non systématique
- Si signes d'hypotension
- Si pose >30 minutes
- Conseillé si FdR de mauvaise adaptation à la vie extra utérine

# La pose et l'inducti on d'une péridural e

- Constituer de plusieurs étapes visant à prévenir et dépister le mauvais positionnement du cathéter
- **RFE 2025:**
  - Abandon de la Lidocaïne 1% adrénaline
  - Remplacer par l'AL utilisé dans la solution d'entretien à faible concentration (**8 mg** pour la Ropivacaïne (0,1%) et **6 mg** pour la L-Bupivacaïne)
- Sufentanil: Possibilité d'utiliser le mélange analgésique d'emblé
  - EM3: administration de 10ug dès la 2<sup>nd</sup> injection de Ropivacaine seul

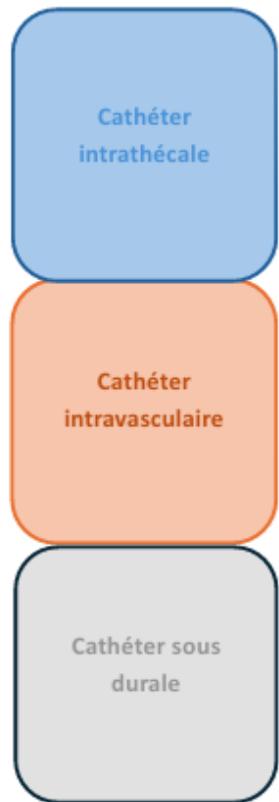
Cathéter  
intrathécale



- Passant à travers la dure-mère et la pie-mère
  - Brèche périderale associée

Cathéter  
intravasculaire

Cathéter sous  
durale



Cathéter  
intrathécale

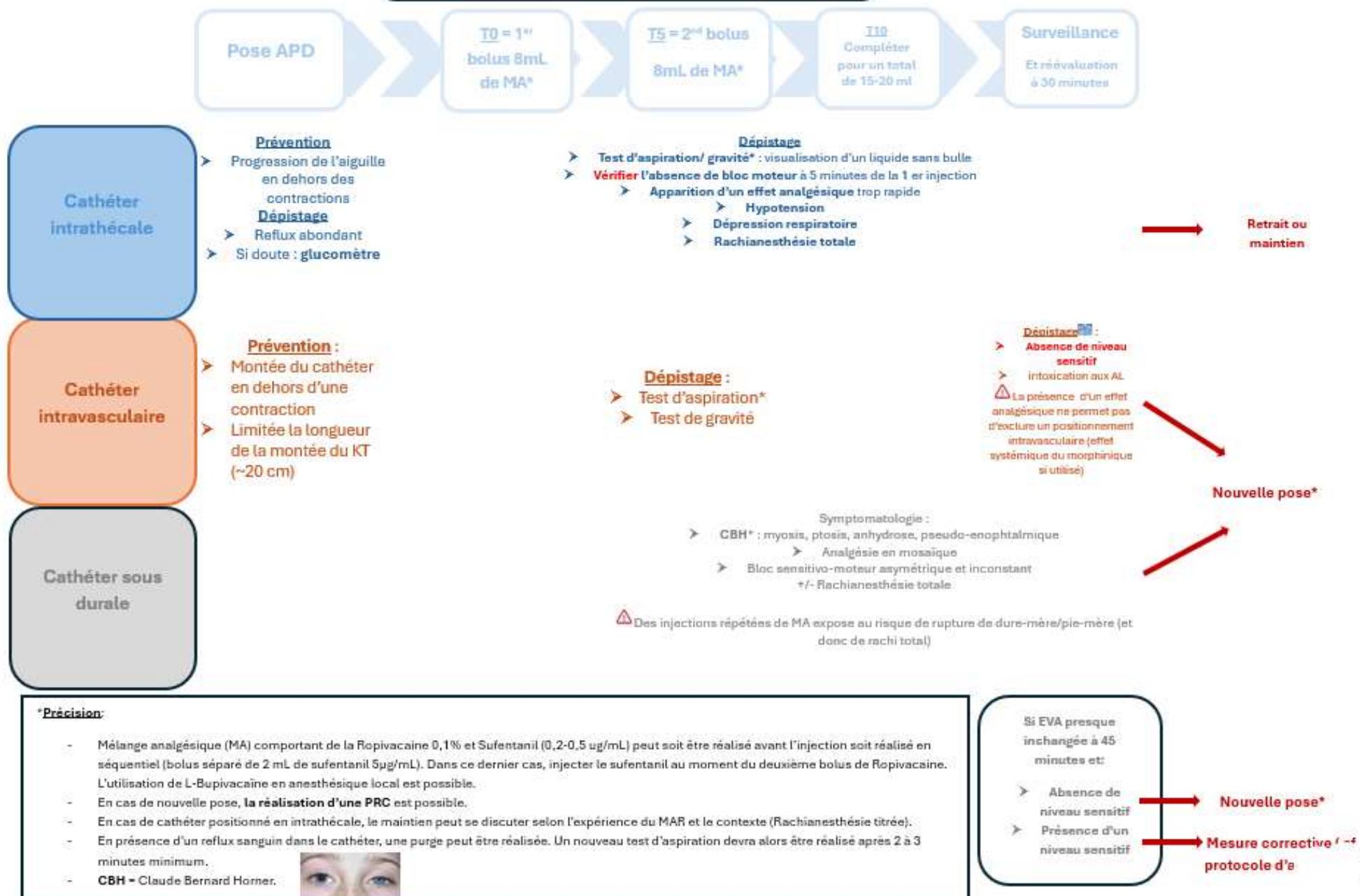
Cathéter  
intravasculaire

Cathéter sous  
durale



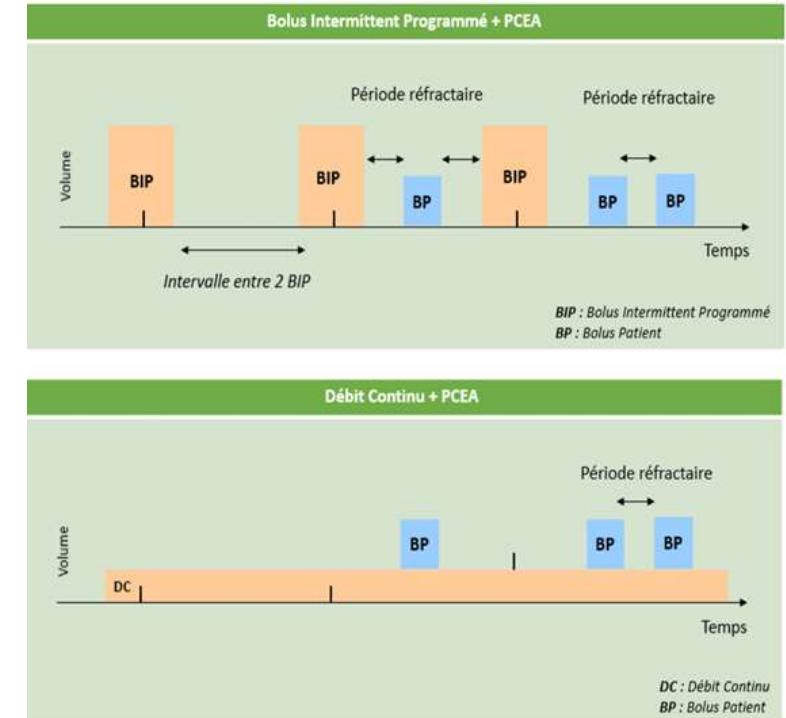
Cathéter situé entre la dure-mère et pie-mère

## Prévention et dépistage du mauvais positionnement du cathéter d'APD



# Modalité d'entretien

- RFE 2025:
  - il est recommandé d'utiliser le mode bolus intermittent programmé (PCEA+PIEB)
  - Il n'est pas recommandé de demander aux patientes de rester dans une position spécifique.



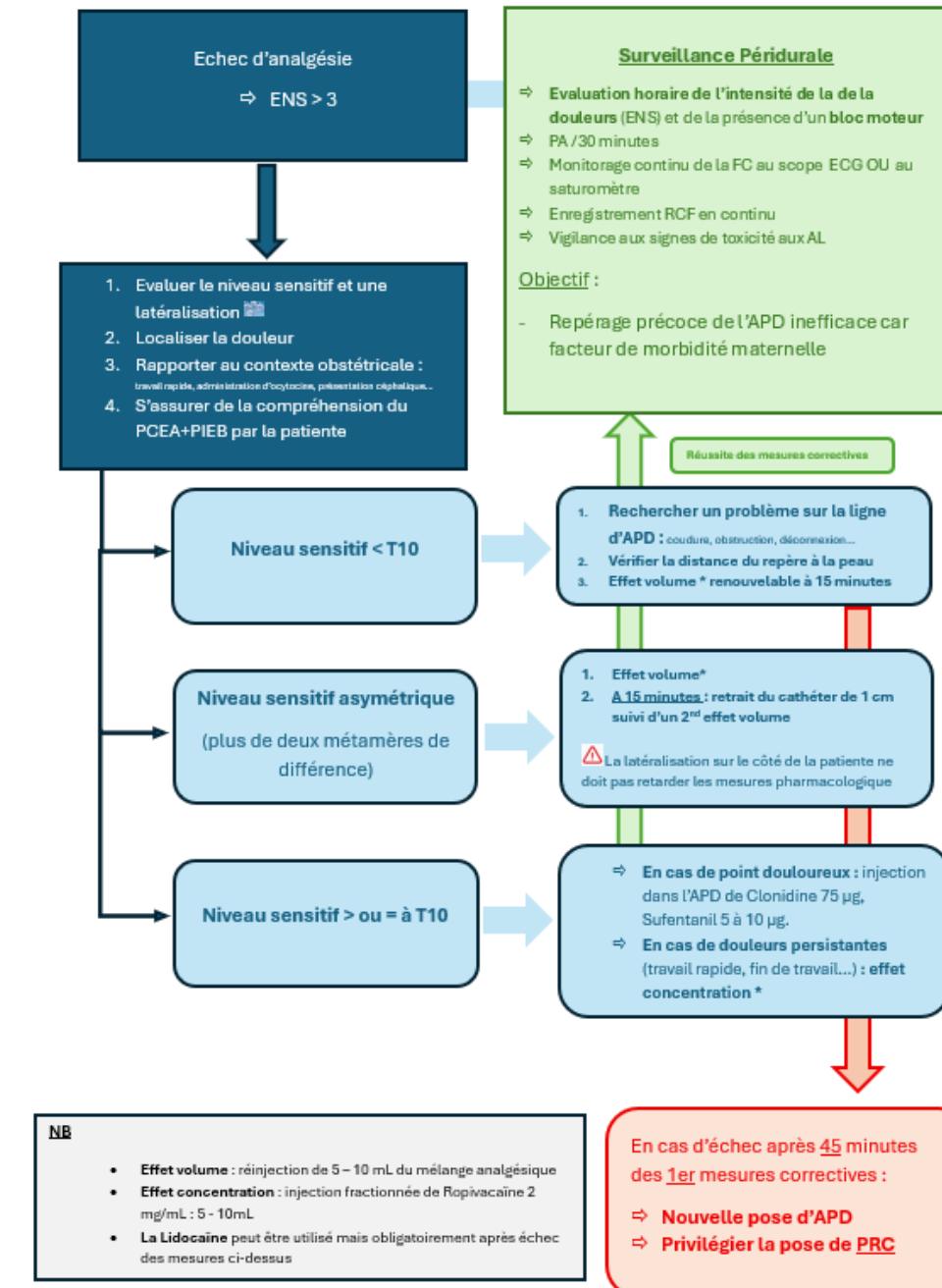
# Quel mélange analgésiq ue

- Un anesthésique local à faible concentration ( $\leq 1,0$  mg/ml): Ropivacaïne, Bupivacaïne et Lévobupivacaïne
- Un adjuvant
  - Le Sufentanil
  - La Clonidine: en cas de contre-indication au sufentanil
  - L'adrénaline: non recommandé
- EM3: mélange analgésique comportant Ropivacaine 1mg/mL et Suf 0,25 ug/mL.

# Gestion de l'insuffi- sance d'analgés- ie

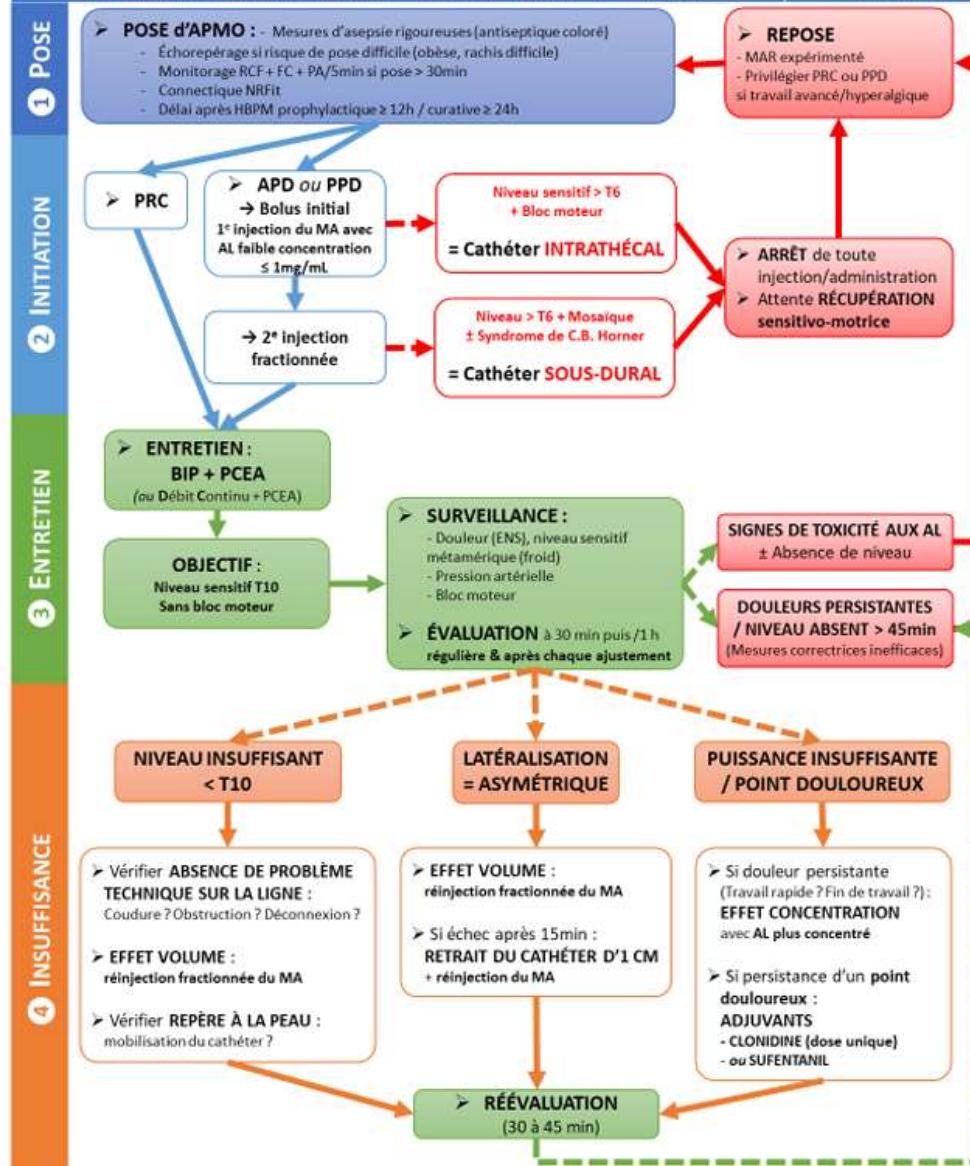
- Rappel : 23,6% des femmes évaluent que l'APM dont elles avaient bénéficié était peu ou partiellement (19,6%), voire totalement (3,6%) inefficace. (HAS 2021)

## Gestion de l'analgésie imparfaite en cours de travail



# ANALGÉSIE PÉRIMÉDULLAIRE OBSTÉTRICALE

Pose, initiation, entretien et gestion des insuffisances ou échecs



Abbreviations : APMO : Analgésie Périmédullaire Obstétricale / RCF : Rythme Cardiaque Fœtal / FC : Fréquence Cardiaque / PA : Pression Artérielle / PRC : Péri-Rachi Combinée / APD : Analgésie Péridurale / PPD : Péridurale avec Ponction Durale / MA : Mélange analgésique / BIP : Bolus Intermittents Programmés / PCEA : Analgésie Péridurale Contrôlée par la Patiente / AL : Anesthésique Local

Figure 4. Algorithme de synthèse de la gestion de l'analgésie périmédullaire, avis d'experts. Réalisé par le Dr Rackelboom.

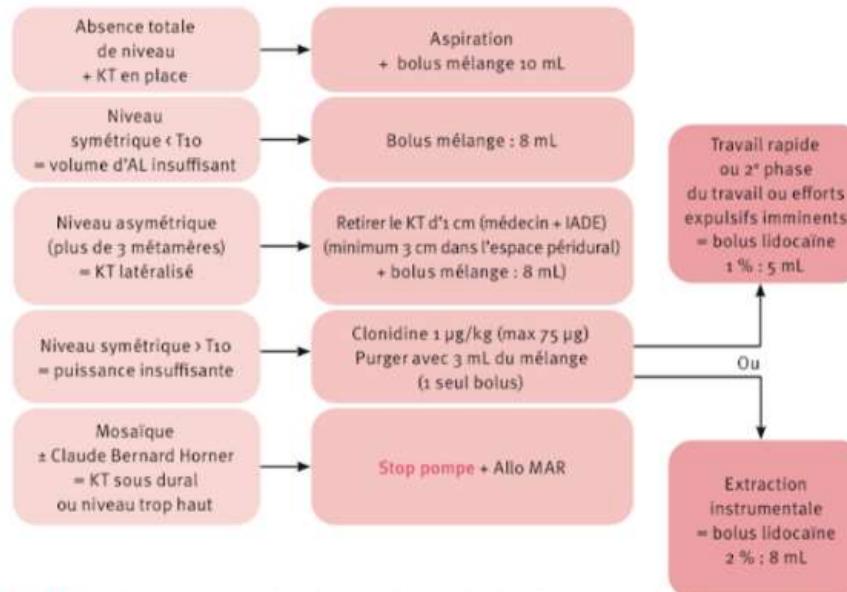
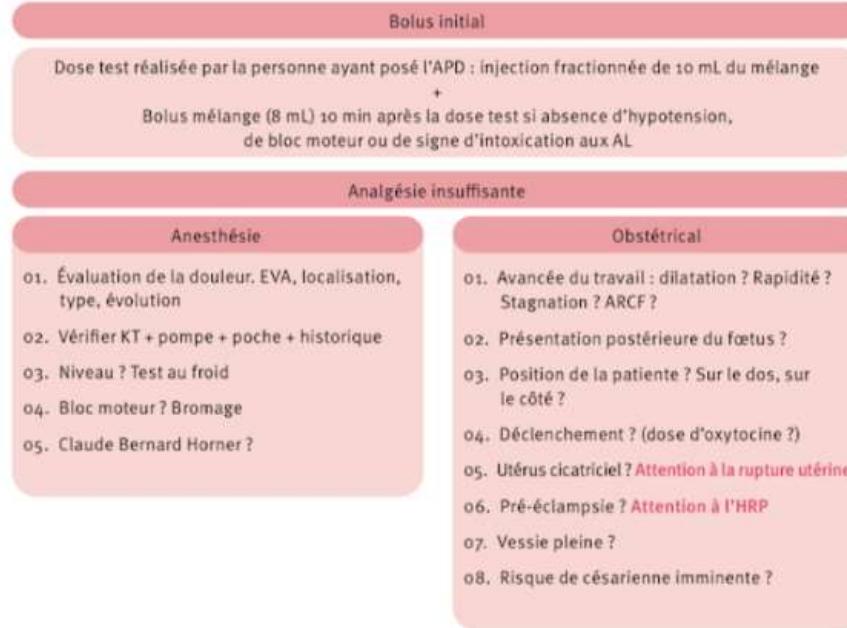


Figure 1 a. Algorithme de prise en charge d'une analgésie péridurale insuffisante, première partie.

# La péri-rachi anesthésie

- RFE SFAR 2025: Dans les situations où une efficacité rapide de l'analgésie péri médullaire est attendue, il est recommandé de proposer une technique avec ponction durelle.
- Pas de modification des issues obstétricales
  - Augmentation des ARCF sans modification de l'APGAR de naissance
  - Pas d'allongement du travail
  - Pas d'augmentation des taux de césarienne

Outcome	PRC vs APD (2MA <sup>14,15</sup> , 7RCT <sup>1-3,5,12,13,23</sup> )	PPD vs APD (1MA <sup>16</sup> , 6RCT <sup>6-8,9,10,13</sup> )	PRC vs PPD (4RCT <sup>4,11-13</sup> )
Efficacité			
Raccourcissement du délai d'installation	PRC > APD	PPD > APD	PRC > PPD
Réduction du nombre de bolus supplémentaire	=	=	PRC > PPD
Echec d'analgésie	=	=	Pas de données
Repose du cathéter	=	=	Pas de données
Morbidité			
Lésion nerveuse	=	=	Pas de données
Infection	=	=	Pas de données
Rétention urinaire	=	=	Pas de données
Bloc moteur	=	=	=
Incidence Hypotension	APD > PRC	=	Pas de données
Incidence Prurit	APD > PRC	=	PPD > PRC
Incidence Nausées/vomissement	=	PPD > APD	=
Incidence CPBDM invalidantes	=	=	=
Satisfaction maternelle			
Score de satisfaction	=	=	=

# Péri-rachianesthésie combiné

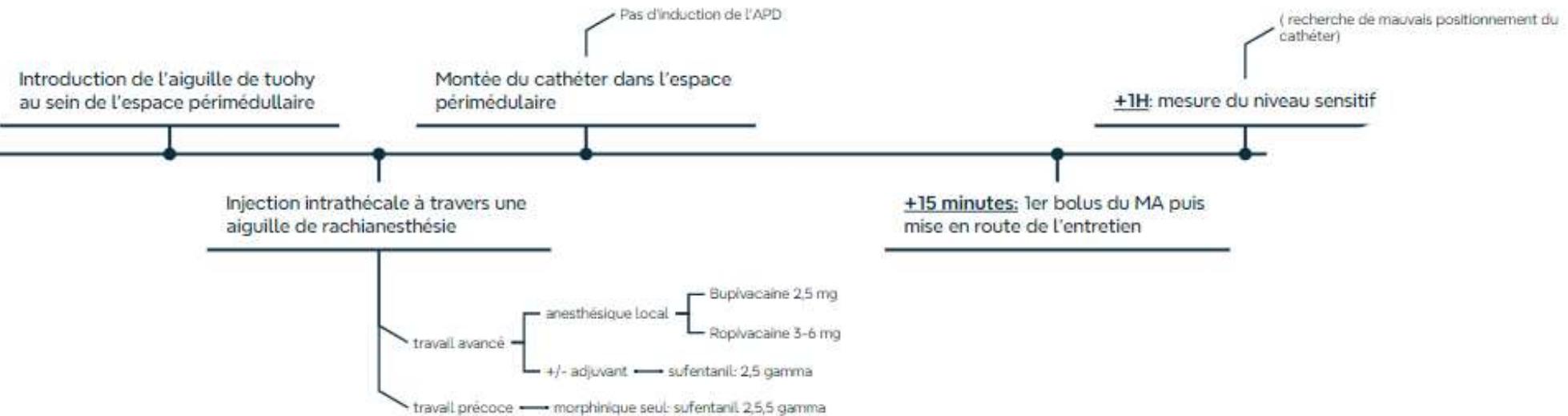


Tableau 4. Modalités pratiques de réalisation et de surveillance de l'induction des différentes techniques d'analgésie périmédullaire. Propositions des experts, issues de la littérature et des recommandations des autres champs couverts par cette recommandation.

	PPD Péridurale avec Ponction Durale	PRC Péri-Rachi Combinée	APD Péridurale
<b>Induction du compartiment intrathécal (IT)</b>	Pas d'injection IT	<p>Pour un volume final de 1 à 2mL, injection IT :</p> <p>1. <u>Début de travail (EVA&lt;7) ou objectif de déambulation :</u></p> <p>Sufentanil seul 3-5 µg</p> <p>2. <u>2<sup>e</sup> stade de travail ou EVA ≥7</u></p> <p>Anesthésique local isobare :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bupivacaïne 1,25 à 2,5 mg</li> <li>• Ropivacaïne 2 à 4 mg</li> <li>• Lévobupivacaïne 1,25 à 2,5 mg</li> <li>+/- associé à 2,5 µg de sufentanil</li> </ul>	Non concerné
<b>Bolus initial dans le cathéter</b> pour détecter son mauvais positionnement		<p><b>Pas de lidocaïne</b></p> <p><b>Anesthésique local utilisé dans le Mélange Analgésique (MA) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 mg de Ropivacaïne</li> <li>• ou 6 mg de Lévobupivacaïne</li> </ul>	
<b>Moment de réalisation du test du cathéter</b>	Au moment de l'induction	Lors du relai en APD	Au moment de l'induction
<b>Exemples de Mélange Analgésique (MA)</b> administrés par voie péridurale		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anesthésique local en faible concentration</li> <li>• Ropivacaïne 0,8 mg/mL à 1,2 mg/mL</li> <li>• ou Lévobupivacaïne 0,625 à 1 mg/mL maximum</li> </ul> <p>+ un morphinique : sufentanil 0,25 à 0,4 µg/mL</p>	
<b>Volume total d'induction du compartiment péridural</b> (Comportant le bolus initial)	15 à 20 mL du MA	<b>Pas d'induction :</b> Bolus initial test du cathéter seulement	15 à 20 mL du MA
<b>Surveillance maternelle</b>	<p>Mesures rapprochées de la <b>pression artérielle maternelle</b> et <b>tests sensitifs et moteurs</b> dans les minutes suivant d'APM afin de détecter une malposition du cathéter de péridurale.</p> <p>Analgésie immédiate, hypotension, bloc moteur dès la dose test = <b>croire un positionnement intrathécal</b></p> <p>Absence de niveau sensitif 30 min après induction = <b>croire un positionnement intravasculaire</b> du cathéter</p> <p>Niveau sensitif en mosaïque, extension anarchique ou céphalique inappropriée (bloc sensitif haut asymétrique, apparition rapide d'un signe de Claude Bernard Horner) = <b>croire un positionnement sous-dural</b> du cathéter</p>		
Entretien	Bolus Intermittent Programmé (BIP) avec MA faiblement concentré		