

# Gestion de l'analgésie péridurale obstétricale

Recommandation SFAR 2025

# Plan

---

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

Avant la pose	Sécurité	identito-vigilance	
		Prise de connaissance de la CPA: Allergie et éventuelle contre indication à l'APD...	
		Présence d'une perfusion perméable	
	Absence de contre-indication	NFS si FdR de thrombopénie (Pré-eclampsie, HELLP, MFIU....)	plq > 75 G/L
		Bilan d'hémostase en fonction de l'anamèse 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 anamèse...): évaluer rapport bénéfice risque	
	Echorepérage	Non systématique	
		Recomandé pour les patientes obèses ou en cas d'abord du rachis prévu difficile	
	Surveillance	Mesure de la PA, du RCF nécessaire en cas de pose >30 minutes ou si symptomatologie d'hypotension (malaise vagal)	
		Protocole EM3: PA/5minutes et ECG,. Enregistrement du rythme cardiofoetale à réaliser si pose >30 minutes	
	Mesure d'asepsie	Ensemble de mesures d'asepsies incluant le port d'une casaque, la désinfection par une solution alcoolique colorée... (reco SFAR 2025)	
		Cf liste exhaustive	

# Gestion du traitement anticoagulant

- 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

# Mesure 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 troué 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 fœtale

## 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'induction d'une péridurale

- 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



Cathéter  
intravasculaire

Cathéter sous  
durale

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

Cathéter  
intrathécale

Cathéter  
intravasculaire

Cathéter sous  
durale



- cathétérisation d'un vaisseau péri-médulaire
- Administration systémique de l'anesthésique local

Cathéter  
intrathécale

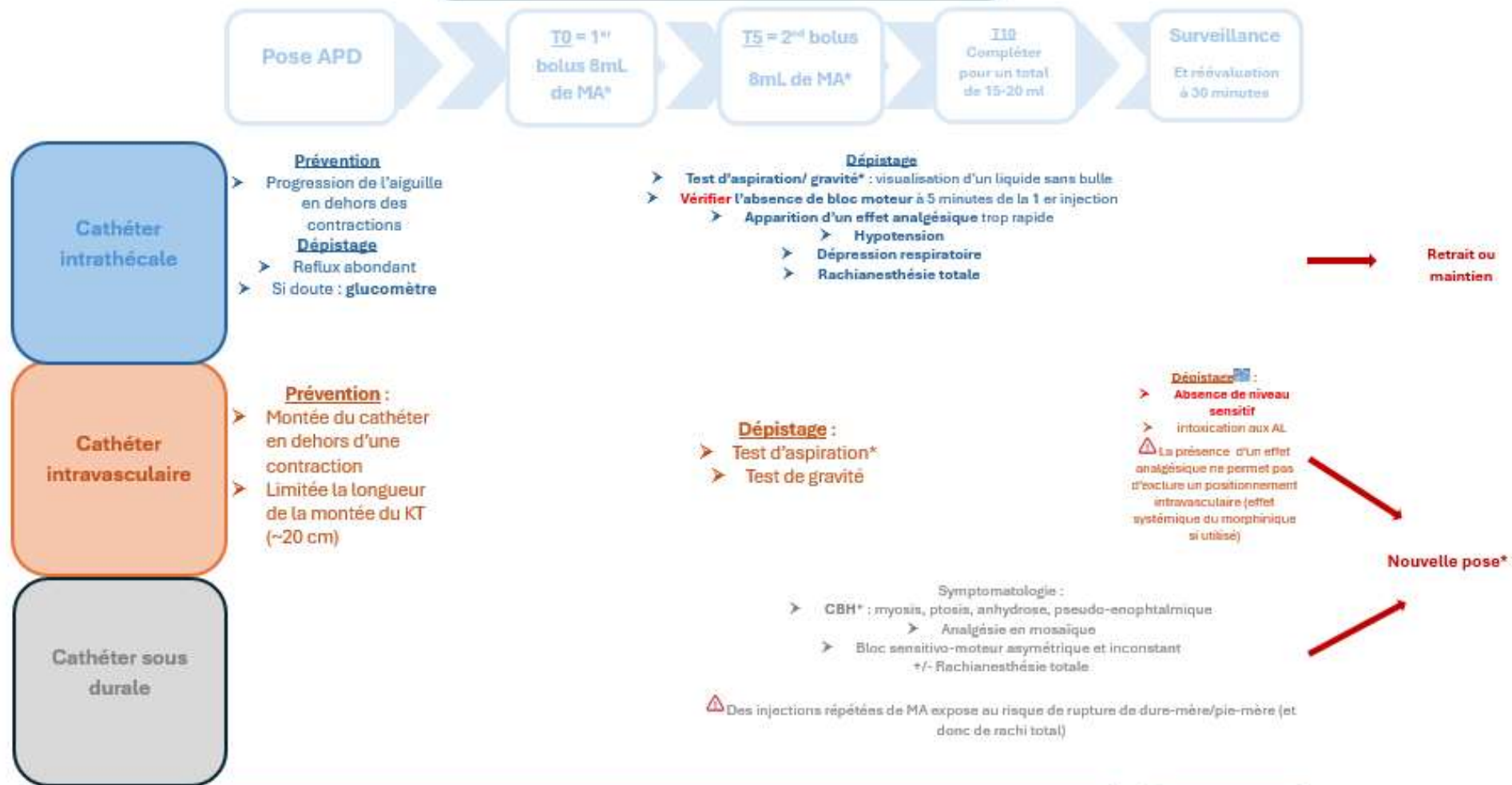
Cathéter  
intravasculaire

Cathéter sous  
durale



Cathéter situé entre la dure-mère et pie-  
mère

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



### \*Précision:

- Mélange analgésique (MA) comportant de la Ropivacaine 0,1% et Sufentanil (0,2-0,5 µg/mL) peut soit être réalisé avant l'injection soit réalisé en séquentiel (bolus séparé de 2 mL de sufentanil 5µg/mL). Dans ce dernier cas, injecter le sufentanil au moment du deuxième bolus de Ropivacaine. L'utilisation de L-Bupivacaine en anesthésique local est possible.
- En cas de nouvelle pose, la réalisation d'une PRC est possible.
- En cas de cathéter positionné en intrathécale, le maintien peut se discuter selon l'expérience du MAR et le contexte (Rachianesthésie titrée).
- En présence d'un reflux sanguin dans le cathéter, une purge peut être réalisée. Un nouveau test d'aspiration devra alors être réalisé après 2 à 3 minutes minimum.
- CBH = Claude Bernard Horner.



Si EVA presque inchangée à 45 minutes et:

- Absence de niveau sensitif
- Présence d'un niveau sensitif

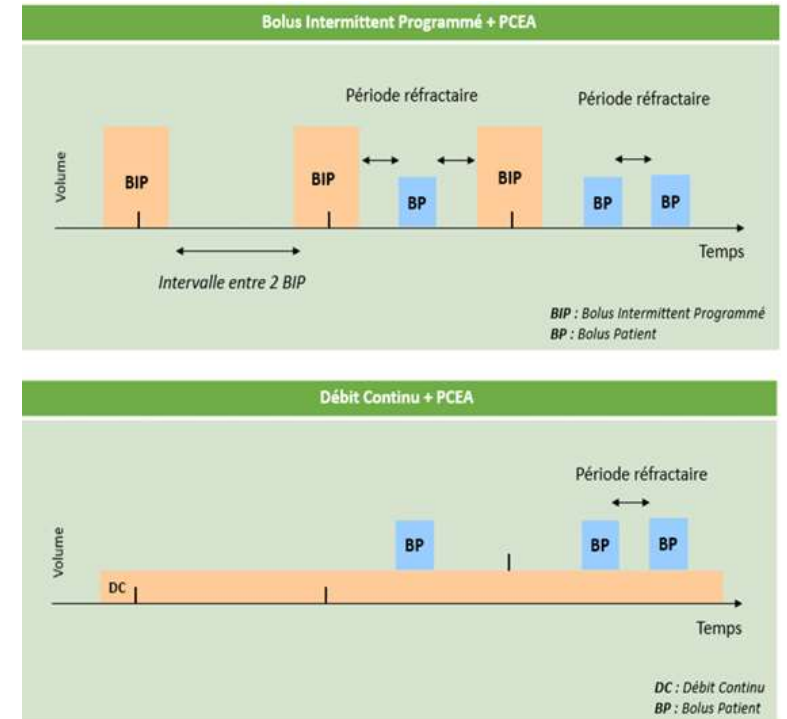
**Nouvelle pose\***

**Mesure corrective / -+ protocole d'a**



# 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 analgésique

- 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

Echec d'analgésie

⇒ ENS > 3

1. Evaluer le niveau sensitif et une latéralisation
2. Localiser la douleur
3. Rapporter au contexte obstétricale : travail rapide, administration d'ocytocine, présentation céphalique...
4. S'assurer de la compréhension du PCEA+PIEB par la patiente

### Surveillance Péridurale

- ⇒ Evaluation horaire de l'intensité de la de la douleurs (ENS) et de la présence d'un bloc moteur
- ⇒ PA / 30 minutes
- ⇒ Monitoring continu de la FC au scope ECG OU au saturomètre
- ⇒ Enregistrement RCF en continu
- ⇒ Vigilance aux signes de toxicité aux AL

#### Objectif :

- Repérage précoce de l'APD inefficace car facteur de morbidité maternelle

Réussite des mesures correctives

1. Rechercher un problème sur la ligne d'APD : coudure, obstruction, déconnexion...
2. Vérifier la distance du repère à la peau
3. Effet volume \* renouvelable à 15 minutes

1. Effet volume\*
2. A 15 minutes : retrait du cathéter de 1 cm suivi d'un 2<sup>nd</sup> effet volume

⚠ La latéralisation sur le côté de la patiente ne doit pas retarder les mesures pharmacologique

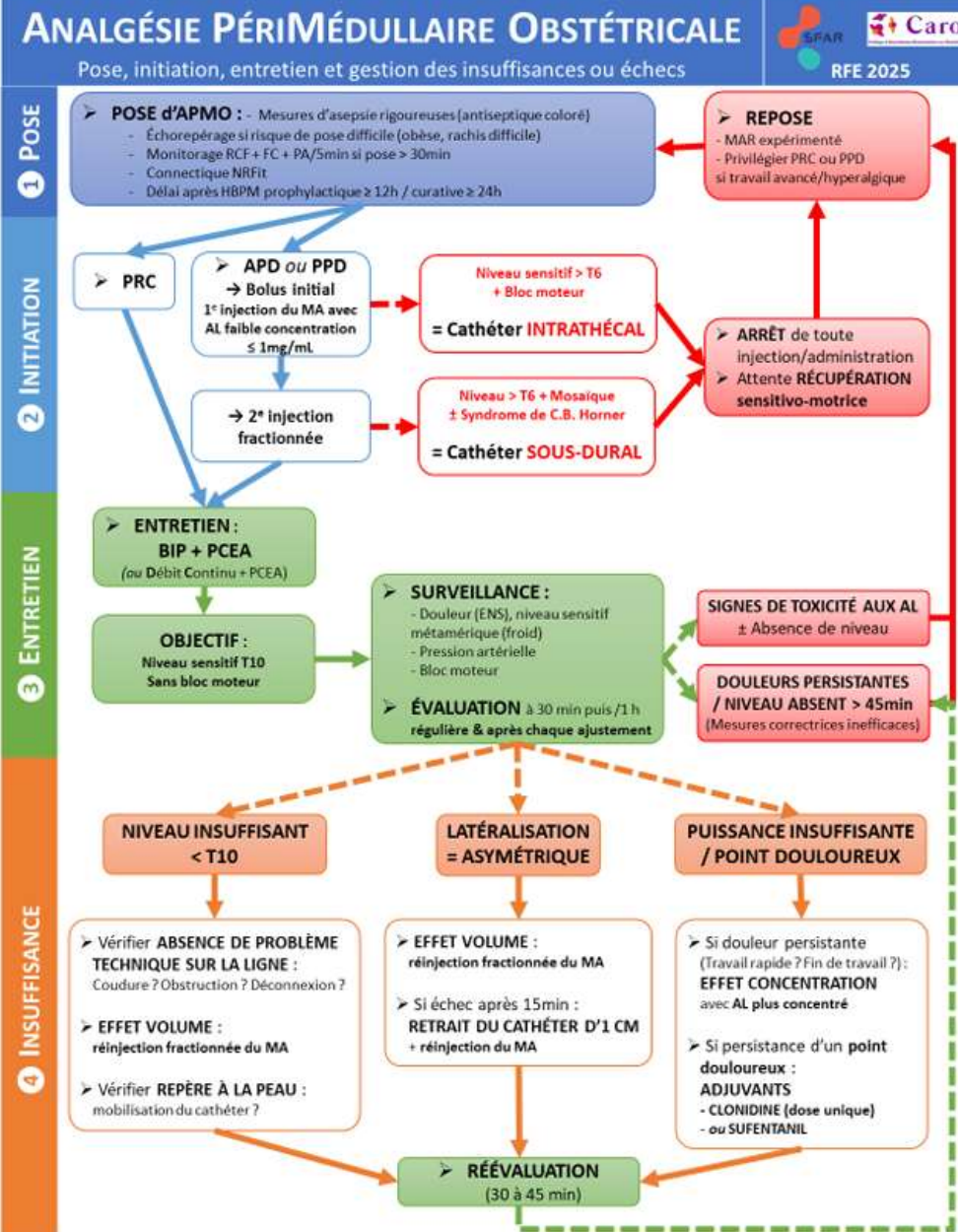
- ⇒ En cas de point douloureux : injection dans l'APD de Clonidine 75 µg, Sufentanil 5 à 10 µg.
- ⇒ En cas de douleurs persistantes (travail rapide, fin de travail...) : effet concentration \*

#### NB

- **Effet volume** : réinjection de 5 – 10 mL du mélange analgésique
- **Effet concentration** : injection fractionnée de Ropivacaïne 2 mg/mL : 5 - 10mL
- La **Lidocaïne** peut être utilisé mais obligatoirement après échec des mesures ci-dessus

En cas d'échec après 45 minutes des 1<sup>er</sup> mesures correctives :

- ⇒ Nouvelle pose d'APD
- ⇒ Privilégier la pose de PRC



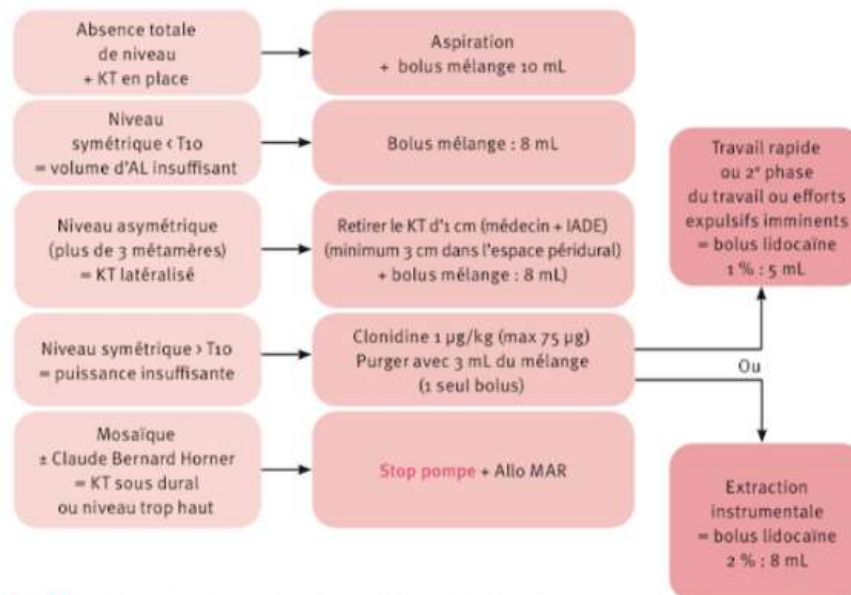
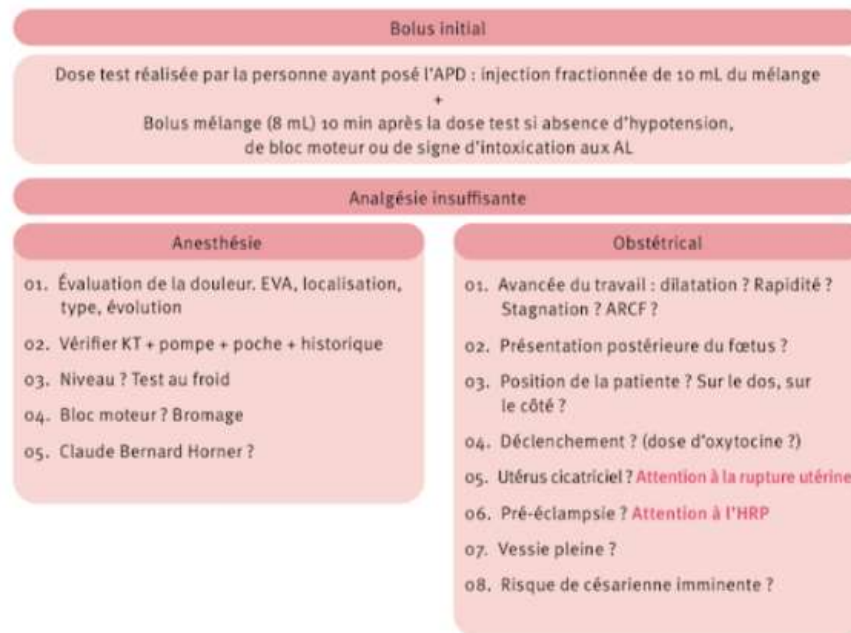


Figure 1 a. Algorithme de prise en charge d'une analgésie péridurale insuffisante, première partie.



# 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 dure.
- 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
Morbidity			
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

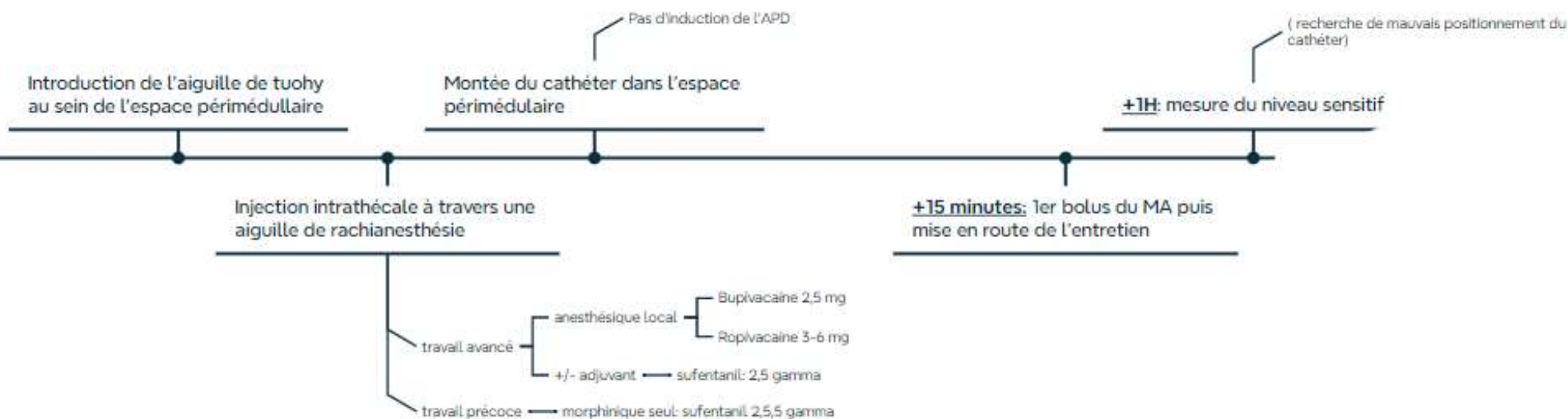


Tableau 4. Modalités pratiques de réalisation et de surveillance de l'induction des différentes techniques d'analgésie périmédullaire. Propositions des experts, issues de la littérature et des recommandations des autres champs couverts par cette recommandation.

	PPD Péridurale avec Ponction Durale	PRC Péri-Rachi Combinée	APD Péridurale
Induction du compartiment intrathécal (IT)	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>• Lévocabupivacaïne 1,25 à 2,5 mg</li> </ul> <p>+/- associé à 2,5 µg de sufentanil</p>	Non concerné
Bolus initial dans le cathéter 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 Lévocabupivacaïne</li> </ul>		
Moment de réalisation du test du cathéter	Au moment de l'induction	Lors du relai en APD	Au moment de l'induction
Exemples de Mélange Analgésique (MA) administrés par voie péridurale	<p>- Anesthésique local en faible concentration</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ropivacaïne 0,8 mg/mL à 1,2 mg/mL</li> <li>• ou Lévocabupivacaïne 0,625 à 1 mg/mL maximum</li> </ul> <p>+ un morphinique : sufentanil 0,25 à 0,4 µg/mL</p>		
Volume total d'induction du compartiment péridural (Comprenant le bolus initial)	15 à 20 mL du MA	<p><b>Pas d'induction :</b></p> <p>Bolus initial test du cathéter seulement</p>	15 à 20 mL du MA
Surveillance maternelle	<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>craindre un positionnement intrathécal</b></p> <p>Absence de niveau sensitif 30 min après induction = <b>craindre 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>craindre un positionnement sous-dural</b> du cathéter</p>		
Entretien	Bolus Intermittent Programmé (BIP) avec MA faiblement concentré		