



### CONTEXTE

- Incidence de douleurs insupportables (EVA 7 - 10) à l'incision de césarienne: **10,4%** (1)
- Risque de syndrome de **stress post-traumatique** pour la parturiente et de **conséquences médico-légales** pour les équipes (2)
- **Préconisations** pour l'« insuffisance d'analgésie au cours de la césarienne sous anesthésie péridurale: prévention et prise en charge immédiate et différée » émises par la **SFAR** et le **CARO** (3)

### OBJECTIF DE L'ETUDE

Evaluation des pratiques professionnelles d'anesthésie obstétricale en France, dans le cadre de la conversion d'une analgésie péridurale en anesthésie efficace pour césarienne

### MATERIEL ET METHODES

#### Méthodologie de l'enquête

Etude observationnelle descriptive : **enquête en ligne** proposée aux médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR) séniors français.

Période: **novembre 2022 - janvier 2023**

Questionnaire envoyé aux **membres d'i-ALR et CARO**

Population: **12 000 MAR** en France (Ordre des Médecins) **NSN: 629** répondants requis

Check-Market  
- Marge d'erreur:  $\alpha = 0,05$   
- Représentativité:  $IC = 99\%$

Fig 1: Calcul *a priori* du nombre de répondants nécessaire

#### Questionnaire

- Données démographiques
- Technique d'anesthésie préférentielle dans les contextes suivants:
  - Césarienne programmée
  - Césarienne en cours de travail
    - **sans cathéter péridural (APD)** selon
    - **avec APD efficace** degré
    - **avec APD « incomplète »** d'urgence



Consultez le questionnaire en ligne

### RESULTATS

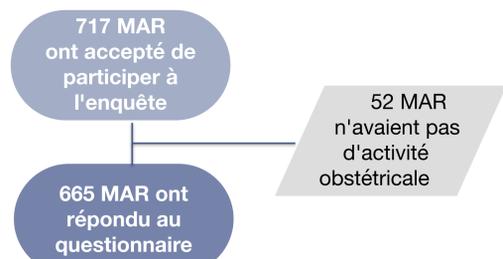


Fig 2: Flow chart

#### Démographie

Type de structure	N (%)
CHRU	167 (25)
CHG	265 (40)
Privé à but lucratif	193 (29)
ESPIC	40 (6)
<b>Nombre de naissances / an</b>	
< 1000	98 (15)
1000-1499	109 (16)
1500-1999	90 (14)
2000-2999	174 (26)
3000-3499	90 (14)
≥ 3500	104 (16)

Table 1: Démographie des établissements dont sont issus les répondants

#### Activité obstétricale

- (Quasi-)exclusive
- Parmi d'autres
- Gardes régulières
- Gardes occasionnelles

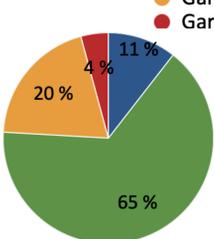


Fig 3: Modes d'exercice des répondants

#### Doléances / RMM

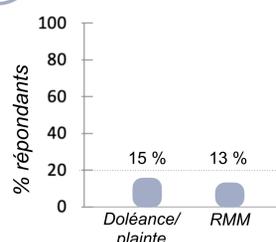


Fig 4: Proportion de MAR confrontés à des doléances/plaintes ou RMM pour douleurs per-opératoires de césarienne

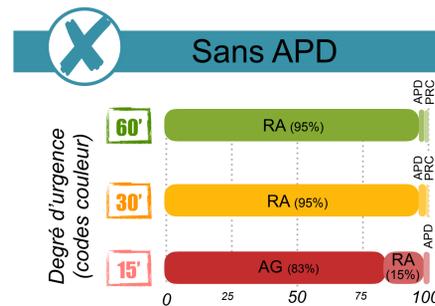


Fig 5: Technique d'anesthésie en l'absence d'APD (N : 665)

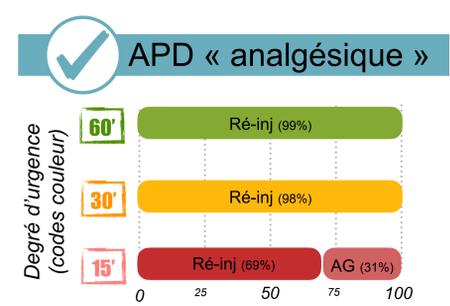


Fig 6: Technique d'anesthésie en présence d'une APD efficace (N : 665)

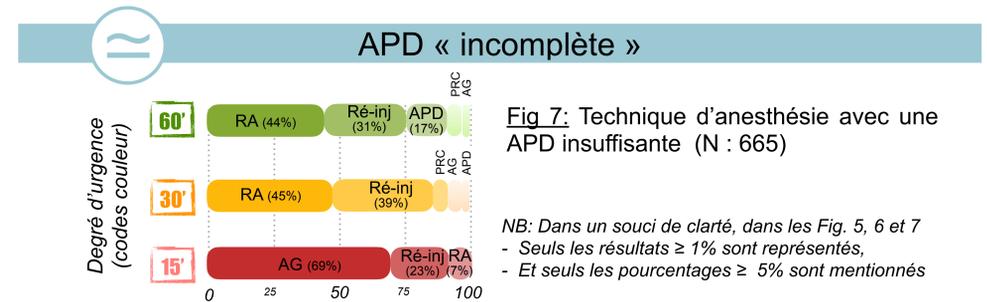


Fig 7: Technique d'anesthésie avec une APD insuffisante (N : 665)

NB: Dans un souci de clarté, dans les Fig. 5, 6 et 7  
- Seuls les résultats  $\geq 1\%$  sont représentés,  
- Et seuls les pourcentages  $\geq 5\%$  sont mentionnés

- **Code vert:** Césarienne non urgente  
> Délai décision - naissance  $\leq 60$  minutes
- **Code orange:** Césarienne urgente  
> Délai décision - naissance  $\leq 30$  minutes
- **Code rouge:** Césarienne très urgente  
> Délai décision - naissance  $\leq 15$  minutes
- **AG:** Anesthésie Générale
- **Ré-inj.:** ré-injection APD et sédation/AG si échec
- **APD:** pose d'une nouvelle APD
- **PRC:** Péri-Rachianesthésie Combinée
- **RA:** Rachi-anesthésie

### DISCUSSION

Avec 665 participants issus de façon homogène de CHRU, CHG, et de centres privés, cette évaluation semble représentative des pratiques des MAR français. La fréquence de doléances/plaintes ou RMM pour douleurs per-opératoires (15 et 13% des MAR concernés) confirme l'enjeu de la problématique.

En présence d'une APD efficace, celle-ci est majoritairement utilisée, y compris pour une césarienne « code rouge ». En l'absence d'APD, la conduite à tenir reste consensuelle (RA prédominante, excepté pour césarienne « code rouge »). En revanche, face à une APD « incomplète » (à l'efficacité incertaine), les résultats apparaissent plus hétérogènes: en contexte de « codes vert ou orange », 44 et 45% des répondants respectivement, réalisent une RA en 1ère intention et 31 et 39% une ré-injection dans un cathéter péridural avec une incertitude d'efficacité. En « code rouge », si l'AG devient la technique de choix (69%), 23% des MAR pratiquent une ré-injection du cathéter péridural et 7% une RA. De même, une étude britannique a montré qu'en l'absence d'un bloc sensoriel satisfaisant pour une césarienne code 2 (équivalent « orange »), les anesthésistes anglais réalisaient majoritairement une RA (entre 44,9 et 73,9% selon la définition de bloc insatisfaisant) (4). Cependant, dans la littérature, et notamment les recommandations francophones et internationales, la séquence RA post-APD insuffisante est peu décrite, en particulier dans le cadre d'une césarienne en urgence (code orange ou 2). En effet, des réserves ont été émises eu égard au risque de survenue de RA haute. Plus récemment, une méta-analyse d'études rétrospectives (5) et un essai contrôlé (6) semblent néanmoins remettre en cause celles-ci.

### CONCLUSION

Cette enquête révèle une **diversité de pratiques** pour la conversion d'une analgésie péridurale en anesthésie efficace pour césarienne.

Des recommandations spécifiques à la gestion d'une conversion d'analgésie péridurale en anesthésie efficace pour césarienne urgente semblent nécessaires, en particulier avec des **algorithmes en situation de péridurale inefficace**, afin d'homogénéiser les pratiques, en considérant notamment la **place de la RA**, à la lumière des données récentes de la littérature.

### REMERCIEMENTS

i-ALR et CARO pour la diffusion du questionnaire

### BIBLIOGRAPHIE

#### Principales références:

1. Enquête nationale périnatale, INSERM, rapport 2021
2. É. Lopard · H. Bouaziz, Conséquences médico-légales des défauts d'anesthésie locorégionale pour césarienne, *Medicolegal Implications of Locoregional Anaesthesia Mistakes in Caesarean Deliveries*, Douleur analg. 2016
3. Préconisations CARO-SFAR « Insuffisance d'analgésie au cours de la césarienne sous anesthésie: prévention - prise en charge immédiate et différée », 2021
4. Neel Desai, Andrew Gardner and Brendan Carvalho, Labor Epidural Analgesia to Cesarean Section Anesthetic Conversion Failure: A National Survey, *Anesthesiology Research and Practice*, 2019
5. Mankowitz SK, Gonzalez Fiol A, Smiley R. Failure to Extend Epidural Labor Analgesia for Cesarean Delivery Anesthesia: A Focused Review. *Anesth Analg*. 2016;123(5):1174-1180.
6. Yoon HJ, Do SH, Yun YJ. Comparing epidural surgical anesthesia and spinal anesthesia following epidural labor analgesia for intrapartum cesarean section: a prospective randomized controlled trial. *Korean J Anesthesiol*. 2017 Aug;70(4):412-419

\*CLATAC Survey, IRB CHU Montpellier n°202301359.

Convert Labor Analgesia To Anesthesia for C-section Survey, Enquête de pratiques professionnelles menée par l'équipe d'anesthésie de la Polyclinique Saint-Roch Avec le soutien méthodologique du CHU de Montpellier

