

# OBSTETRIQUE

(DARDE Maxime – www.laryngo.com)

## I - PHYSIOPATHOLOGIE FEMME ENCEINTE

### Respiratoire

**Hyperhémie** (rhume sans signe infectieux)

Muqueuse plus fragile

Larynx plus étroit = **diminuer calibre sonde**

**↓ de la CRF, ↑ de la Vo2**

« Flux tendu » : **pas de réserve = ne pas insister si ID, reventiler +++ car désaturation rapide ++**

**Vt un peu ↑ et fr reste normale**

Légère alcalose respiratoire

### Cardio vasculaire

**↑ de la volémie de 30%**

Anémie de dilution = ↑ FC = ↑ DC

**↓ Des RVS**

**Dilatation veineuse =**

Dim PA malgré augm du DC

Prob veineux **périph** (hémorroïdes, varices) = risque TE

Prob veineux **centraux** (**Syndrome cave dès le 2<sup>nd</sup> trimestre = DLG+++**)

Rachi et curares = plus de tonicité abdo = Majoration du syndrome cave

### Digestif

Augmentation des sécrétions gastriques

Augmentation de l'acidité des sécrétions

+

Compression de l'estomac

Relâchement du tonus sphinctérien (RGO)

**= RISQUE MAJEUR D'INHALATION**

### Hépatique

## **Diminution des cholinestérases = 1/2 vie célo x2**

### **Hémostase**

↑ du VIII (peu compenser un willebrand pendant  
Grossesse = ALR autorisée)  
↓ modérée des plaquettes

### **Neurologique**

**Effet sédatif de la progestérone**  
↑ de la PIC (dilatation veineuse)  
Dilatation des veines peridurales (risque hémorragique)  
et donc diminution du volume péridural (dim doses)

## **CCL PHYSIOPATHOLOGIE FEMME ENCEINTE :**

**ANOXIE (Respi)**  
**SYNDROME CAVE (CV)**  
**MENDELSON (Digestif)**

## **II CHIRURGIE NON OBSTETRICALE**

### **Risque principal : fausse couche**

TOUS LES AA PASSENT LA BARRIÈRE PLACENTAIRE SAUF  
LES CURARES

AMM : Pento et Eto, mais Propofol utilisé  
Intérêt des AAH pour tocolyse  
N2O : pas de risque sauf fortes doses et répétées

Morphiniques : non tératogènes, le fœtus a le temps de les métaboliser

Curares : non tératogènes, ne passent pas la barrière

Remplissage : cristalloïdes, 1 L. en préremplissage (dim RVS + AG)

**Prévention contractions : Salbutamol et AAA**  
Pas d'AINS (risque fermeture canal a.)  
Pas de Prostigmine

### **Contre indications**

Prostigmine : utero tonique  
N2O : tératogène si utilisation prolongée

### **Impératifs anesthésiques**

Pré oxygénation +++

Prévention de l'inhalation

Pas de ventilation manuelle  
Induction séquence rapide

Conserver hémodynamique maternelle

DLG +++  
Surélever les jambes  
But : PAS > 100mmHg

**Pre remplissage +++ (vasoplégie majorée)**  
**Ephédrine**

Tocolyse

Intérêt des AAA  
AINS à discuter  
Surveiller les contractions  
Pas de décurarisation

## **POINTS CLES CHIRURGIE NON OBSTETRICALE**

**PRE OXYGENATION++, PRE REMPLISSAGE**

**ESTOMAC PLEIN**

**STABILITE HEMODYNAMIQUE FCETALE = MATERNELLE**

(Prévention syndrome cave par DLG, jambes surélevées,  
préremplissage, éphédrine...)

Si chir. nécessite DD : utiliser un billot

**TOCOLYSE**

éviter utero toniques, discuter AINS

Utilisation AAA +/- Salbutamol

**III – CESARIENNE** (intérêt opposé des deux patients)

**Préop**

Groupage + RAI

**Pré oxygénation ++** (augm Vo<sub>2</sub>, dim réserves)

Monitoring standard

**2 VVP + préremplissage 1000 RL**  
(augm RVS majorée par induction)

**Installation DLG 15 à 20°** (prévention S cave)

## **ASPI de gros diamètre prête (yankauer)**

### **Induction**

Pas de benzos

#### **Induction à séquence rapide**

Pento (3 – 5 Mg/kg)  
Célo (1mg/k, ½ vie augmentée)  
Sellick

**IOT** (dim calibre de 0.5 car hyperhémie)

**Pas insister si difficile, reventiler car peu de Réserves**

**Auscultation soigneuse et reventiler Rapidement**

### **Entretien**

N2O +/- Sévo (MAC 1, pas plus)  
Curare relais : Norcuron®, tracrium®

### **Extraction** (= incision du péritoine)

Arrêt N2O et AAA avant, sinon BB dort  
(Seul les curares ne passent pas)

O<sup>2</sup> pur

Au clampage du cordon :

SUFENTA  
SYNTICINON 5 UI+ 5 UI  
ATB

### **Fermeture**

AG BALANCEE CLASSIQUE  
(Reprise AAA, N2O, curares)  
Anticiper analgésie

### **Réveil**

Sur table  
Décurarisation possible

**POINTS CLES CESARIENNE SOUS AG**

**DLG ++, pré O2, pré remplissage 1000 ml sur bonne VVP**

**Induction séquence rapide (Yankauer)**

**IOT de la femme enceinte (dim calibre, pas insister)**

**Entretien N20 et AAA jusqu'à extraction**

**Au clampage : morphinique + synto (5 + 5)**

**Fin d'intervention en AG balancée classique**

## **IV - RACHI POUR CESARIENNE**

### **Réalisation**

Pré remplissage = 1500 à 2000 de RL

DLG

RACHI (monitorage, O2, chariot / AG...)

DLD COMPLET pour imprégnation controlatérale

DLG

### **Surveillance**

O2

HDM : Hypovolémie : dim RVS, rachi

Bradycardie si rachi remonte

Ephédrine + Atropine

## **V – APD POUR CESARIENNE** (pas de bloc moteur)

**But** : Analgésie sans bloc moteur = titration

Bloc neurovégétatif -> sensitif -> moteur

Utérus = commande hormonal -> pas d'incidence de l'ALR

Naropéine : bon bloc sensitif et bloc moteur faible

### **Risques**

Passage en rachidien

Dose d'APD en rachi = ACR

**Détecter +++** (dose test, reflux LCR ?)

Dose test : bloc moteur + sensitif si rachi

Brèche vasculaire & passage IV

Signes neuros -> cv

**Detecter +++** (dose test, reflux sang ?)

Lésion neurologique

Parésies et paresthésies

### Problèmes

Latéralisation

Prurit de la morphine

Dorsalgies

### **POINTS CLES APD OBSTETRICALE**

**ASPIRATION + DOSE TEST +++**

(prévention passage en rachis ou IV)

**LESION NEUROLOGIQUE**

**LATERALISATION**

**Intérêt du bloc sensitif sans bloc moteur**