

RACHIANESTHESIE APRES ANESTHESIE PERIDURALE DANS DES CIRCONSTANCES PARTICULIERES

Lafforgue E ; Saizy C ; Sleth JC

Polyclinique Saint Roch ; 560 Av. du Colonel André Pavelet dit Villars, 34000 Montpellier

La séquence rachianesthésie après APD pour césarienne est signalée dans les années 70 ; vingt ans plus tard une dizaine de cas de rachianesthésies hautes sont rapportés et jettent le discrédit sur cette pratique jusqu'à la contre-indiquer. Nous souhaitons vous présenter cette séquence dans des circonstances particulières.

Méthode : série de cas

Résultats :

Cas 1. APD latéralisée. Mme A, pose d'une APD qui s'avère très rapidement être latéralisée et très modérément améliorée par des réinjections itératives. Une indication de **césarienne code orange** est posée. Le cathéter est retiré et une rachianesthésie réalisée (Bupivacaine HB 7.5mg). Niveau sensitif T3.

Cas 2. Syndrome de Claude Bernard Horner. Mme B présente un syndrome de Claude Bernard Horner et paresthésie homolatérale du membre supérieur après pose d'une APD. L'analgésie est satisfaisante ; la PCEA est interrompue. Une indication de **césarienne code orange** est posée. On renonce à réinjecter dans le cathéter et une rachianesthésie est réalisée (Bupivacaine 10 mg).

Cas 3. Projet de naissance. Mme C. Pose d'une PCEA, l'analgésie est satisfaisante. Une indication de **césarienne code vert** est posée, 17 ml de Lidocaine 2% adrénalinée sont injectés en salle de travail. On note un niveau T10 au moment du badigeonnage ; le test ultime par le chirurgien provoque une vive douleur. La patiente refuse une AG car projet de naissance avec présence du conjoint. Une rachianesthésie est réalisée (Prilocaine hyperbare 40 mg). La césarienne est débutée quelques minutes plus tard avec niveau sensitif T4.

Cas 4. Chute cathéter au transfert. Mme D, analgésie épidurale efficace. Indication de **césarienne code orange**. 5 ml d'AL sont injectés en salle de travail, lors du transfert le cathéter est arraché. Une rachianesthésie (Bupivacaine HB 7.5mg) est réalisée.

Discussion : Des études récentes rétrospectives ou contrôlée offrent une vision beaucoup plus rassurante de cette pratique [1,2]. Une enquête canadienne révèle que celle-ci n'est pas exceptionnelle en particulier parmi les anesthésistes « spécialisés » en obstétrique [3].

Conclusion : A la lumière de ces données récentes, cette séquence mériterait d'être reconsidérée et permettrait de réduire le risque d'échec après réinjection lors d'une analgésie péridurale incomplète ou à risque.

1-Visser WA, Dijkstra A, Albayrak M, Gielen MJ, Boersma E, Vonsée HJ. Spinal anesthesia for intrapartum Cesarean delivery following epidural labor analgesia: a retrospective cohort study. *Can J Anaesth.* 2009;56(8):577-83

2-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

3-Campbell DC, Tran T. Conversion of epidural labour analgesia to epidural anesthesia for intrapartum Cesarean delivery. *Can J Anaesth.* 2009 Jan;56(1):19-26.