

## 22 Péri-rachianesthésie combinée en obstétrique

Il s'agit d'associer en un seul geste, une seule ponction, une analgésie rachidienne, presque immédiatement et constamment efficace, et conservant la motricité (déambulation possible éventuellement), avec la mise en place d'un cathéter péridural pour prendre le relais ultérieurement si besoin.

### Indications

En obstétrique, l'indication principale est le *travail hyperalgique*, plutôt en fin de dilatation, pour lequel on souhaite un soulagement très rapide. Cette technique peut s'appliquer en première intention ou au contraire chez des patientes ayant déjà bénéficié d'une péridurale qui ne fonctionne plus.

Elle est aussi applicable dans une optique chirurgicale, en associant alors une rachianesthésie à une anesthésie péridurale chirurgicale pour la compléter dans le temps, et/ou à l'administration de l'analgésie postopératoire par voie péridurale.

### Matériel

On conseille d'utiliser des sets réservés à cette indication (Espocan® de Braun, Epistar® de Rüsch) qui combinent une aiguille de péridurale, une aiguille de rachianesthésie longue à pointe crayon 27 G et un cathéter de péridurale.

Par défaut, on peut utiliser du matériel standard de péridurale, avec en plus :

- une seringue de 2 ou 5 mL pour l'injection de la rachianesthésie ;
- une aiguille de rachianesthésie assez longue pour sortir de l'aiguille de péridurale de 1,3 cm au moins, de calibre 27 G. Il n'est pas recommandé de piquer en décubitus latéral avec des aiguilles trop fines (27 G) car le retour de LCR se fait mal ou trop lentement.

### Méthode

- Installation comme pour une péridurale, de préférence en position assise.
- Précautions d'asepsie importantes car le risque septique est plus important. En effet, l'aiguille à rachianesthésie n'est pas « essuyée » par les tissus avant d'atteindre la dure-mère, et la contamination (germe, antiseptique) sera déposée directement sur la méninge.

- Port du masque pour toutes les personnes présentes dans la salle.
- Préparation du matériel et des produits avec le maximum d'asepsie.
- La seringue de l'injection rachidienne doit être prête avant la ponction.
- Anesthésie locale de la peau.
- Recherche de l'espace péridural.
- Introduction de l'aiguille de rachianesthésie à travers l'aiguille de péridurale, retrait du mandrin et injection rachidienne dès le retour du LCR (attention à la possible mobilité de l'aiguille de rachianesthésie dans l'aiguille de péridurale, et à bien solidariser la seringue dans l'embase de l'aiguille de rachianesthésie pendant l'injection pour éviter les fuites). Pour certaines équipes, l'injection se fait à travers un filtre antibactérien, ce qui augmente la difficulté du geste.
- Retrait de l'aiguille de rachianesthésie ; injection de sérum salé pour dilater l'espace péridural et montée du cathéter.
- Retrait de l'aiguille de péridurale, positionnement du cathéter et fixation, pansement ; le cathéter est raccordé dans le sachet à une seringue contenant la dose test de péridurale.
- La patiente est recouchée, et la surveillance habituelle est poursuivie, contrôlant l'efficacité de l'analgésie (obtenue en 30 s à 5 min) et la stabilité hémodynamique. Il n'y a pas de bloc moteur. L'analgésie dure environ une heure.

### *Protocole d'analgésie*

- 1,25 mg de bupivacaïne ou lévobupivacaïne ou 2 mg de ropivacaïne + sufentanil 2,5 mg *en début de travail*.
- 2 mg de bupivacaïne ou lévobupivacaïne ou 4 mg de ropivacaïne + sufentanil 2,5 mg *en fin de travail*.
- Relais immédiat par voie péridurale d'une perfusion continue de 8 à 12 mL/h (ropivacaïne ou lévobupivacaïne 0,1 % avec sufentanil 0,25 mg/mL) ou analgésie contrôlée par la patiente (PCEA) habituelle (voir Fiche 19).

## **Avantages et inconvénients**

Le principal *avantage* est l'obtention d'une analgésie rapide de très bonne qualité avec peu ou pas de bloc moteur.

Concernant les *inconvénients*, il a été signalé des troubles du rythme cardiaque fœtal consécutifs à l'injection du Sufenta<sup>®</sup>, à type de ralentissement et de diminution de la réactivité pendant 5 à 10 minutes, sans altération de la SaO<sub>2</sub> fœtale, ni des pH ni des scores comportementaux à la naissance. Pour cette raison, ne pas dépasser 5 mg en injection intrathécale.

Il faut éviter des rachianalgésies isolées sans mettre en place un cathéter de péridurale, même chez une patiente soi-disant toute près d' accoucher. Il y a toujours un risque de forceps et césarienne secondairement.

### **Bibliographie**

Goodman SR. A randomized trial of breakthrough pain during combined spinal-epidural versus epidural labor analgesia in parous women. *Anesth. Analg* 2009;108:246-51.

