



Césarienne avec insuffisance d'analgésie : modalité de conversion et prévention du stress post traumatique

Estelle Morau pour le groupe CARO
Estelle.morau@chu-nimes.fr



Aucun lien intérêt





"La césarienne à vif" : parlons-en !

Fréquence estimée : 5 à 10%

Définition difficile :

- Plainte maternelle ?
- Injection adjuvant IV ?
- Anesthésie Générale ?

ISSN : 2678-4524

Volume 12, Numéro 4, Décembre 2020

Périnatalité

Regards croisés autour de la naissance, une approche multidisciplinaire



Dossier thématique : Violences obstétricales

FFRSP

Lavoisier

Douleur et Analgésie

Indexée dans Science Citation Index Expanded (SciSearch*), Journal Citation Reports, PsycInfo, Pascal (INIST-CNRS), Google Scholar et Scopus

Revue adhérente au SPEPS (Syndicat de la presse et de l'édition des professions de santé)

ELECTRONIC CONTENT
 >>> springerlink.com

Les instructions aux auteurs de la revue Douleur et Analgésie sont disponibles sur le site www.revuesonline.com. Chaque auteur recevra la version électronique définitive de son article pour usage privé uniquement.

Lavoisier

Sommaire

Volume 29 - Numéro 2 - Trimestriel - Juin 2016

ÉDITORIAL

La césarienne à vif : parlons-en !
 D. Benhamou, F. Mercier

61

DOSSIER DOULEUR ET CÉSARIENNE

Dossier coordonné par Dan Benhamou

Douleurs et césariennes : l'inattendu

G. Moulin

64

Définition, fréquence et facteurs de risque principaux de douleur pendant la césarienne. Arsenal peropératoire du traitement de la douleur

S. Aknin, L. Bouvet, D. Chassard

67

Césarienne en extrême urgence : définition des niveaux d'urgence, justification, optimisation de l'organisation anesthésique et de l'amélioration du vécu de la patiente

E. Morau

73

Réveil peropératoire et mémorisation au décours d'une césarienne sous anesthésie générale

F. Val, P. Guerci, P.Y. Dewandre, D. Benhamou

78

Syndrome de stress post-traumatique et césarienne

F. Val, P. Guerci, P.Y. Dewandre, D. Benhamou

84

Anesthésie pour césarienne : les principales méthodes et leurs indications

M. Bonnin, B. Storme, A. Fournet-Fayard

88

Accompagnement avec l'hypnose d'une césarienne programmée ou non programmée

A.-S. Ducloy-Bouthors, V. Fuzier, H. Bensoussan, C. Barre-Drouard, K. Bourzoufi, P. Richart, O. Cottencin, F. Bernard

94

Analgésie postcésarienne

B. Levasseur, A. Le Gouez, F.J. Mercier

100

Peut-on individualiser la prise en charge de la douleur ?

H. Keita, S. Nebout, L. Ossé

111

Récupération rapide/accélérée après césarienne (RRAC) : les composants d'une amélioration des pratiques (traitement analgésique exclu)

M.-J. Lahoud, D. Benhamou

114

Conséquences médico-légales des défauts d'anesthésie locorégionale pour césarienne

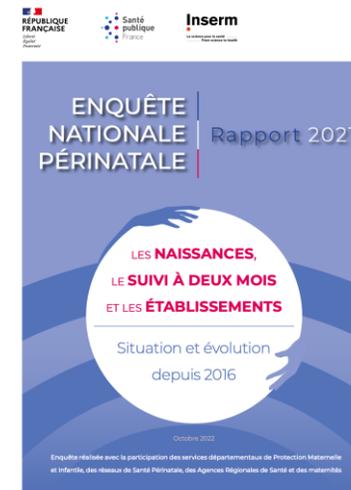
É. Lopard, H. Bouatiz

118

AGENDA

125

NEW



	2021		
	n	%	IC à 95 %
Douleur ressentie au début de la césarienne ⁽¹⁾			
0 (pas de douleur)	1 536	68,9	66,9 - 70,8
1 à 3	271	12,1	10,8 - 13,6
4 à 6	191	8,6	7,4 - 9,8
7 à 10 (insupportable)	232	10,4	9,2 - 11,8
	(2 230)		
Douleur ressentie juste après la sortie du bébé ⁽¹⁾			
0 (pas de douleur)	1 587	71,6	69,7 - 73,5
1 à 3	269	12,1	10,8 - 13,6
4 à 6	190	8,6	7,4 - 9,8
7 à 10 (insupportable)	171	7,7	6,6 - 8,9
	(2 217)		
Si douleur ressentie, prise en compte par l'équipe au bloc opératoire ⁽¹⁾			
Oui	794	90,3	88,2 - 92,2
Non	85	9,7	7,8 - 11,8
	(879)		

(1) Rapporté au nombre de femmes

Conséquences maternelles

- Acute pain during delivery could lead to **chronic pain and depression**

Eisenach et al, Pain 2008 140(1):87-94

Landau et al, IJOA 2013 133–145

- **Syndrome Stress Post Traumatique**

Soderquist et al. Journal of Psychosomatic

Obstetrics and Gynaecology, 23, 31 – 39

- « **Phobie de la grossesse** »

Risque Medicolegal

Can I sue?

Can I sue for pain and suffering endured during a C-section without permanent injury to my wife or our newborn? 32 Answers as of May 29, 2013

My wife recently went through a planned C-section to have our daughter. She was given spinal anesthesia and it did not work as it should have. After the initial incision she felt almost everything. The hospital is blaming the drugs themselves and they are having them tested as is the drug company that they get them from. There were several other cases where this had happened recently at this hospital with the same drugs just nowhere near as severe as my wife's case. That however is not the only problem, the surgeon kept pinching her to test what she could feel. She repeatedly told him she could still feel the pain of the pinch and could even still bend her knees. After 4-5 pinch tests she told him the pain of the pinch was a little more dull but still there. The anesthesiologist told the surgeon to give her 5 more minutes but he only waited about 45 seconds and started anyway. There was no emergency and no reason to start. Both my wife and daughter are physically ok now but the surgery was the worst experience of our lives. Emotionally we are having a hard time getting over this. What do we have for a case if any?



Bad pain management = 31% of the damaging events relating to regional anaesthesia or analgesia in UK obstetric practice (1995-2007).

Szygula Anaesthesia 2010; 65: 443-452

Contact Me



Alvin Lundgren | Alvin Lundgren

There is a standard of care to be given patients undergoing C-section. Another physician will need to give an opinion whether or not her doctor departed from that standard of care. If so, you can sue.

Answer Applies to: Utah
Replied: 5/13/2012

Contact Me

GREAT ANSWER



Law Offices of Tom Patton | Thomas C. Patton

Yes, you have a good case and need a lawyer. Whether it was the drug company or the hospital, or both, you have a good case for damages.

Answer Applies to: Oregon
Replied: 5/13/2012

Contact Me

GREAT ANSWER



Law Office of Melvin Franke | Melvin Franke

Unless you are seeing psychiatrist you have no compensable damages.

Answer Applies to: Missouri
Replied: 5/13/2012

Contact Me

GREAT ANSWER



Law Office of Ronald Arthur Lowry | Ronald Arthur Lowry

You have a potential product liability case against the drug manufacturer and a potential medical malpractice case as well. Thank goodness your wife and child both survived and are not permanently injured physically. The amount of damages would be a problem. Usually such a case requires either death or serious permanent injury to be worth pursuing because of the expense of litigation.

Answer Applies to: Georgia
Replied: 5/13/2012

Contact Me

GREAT ANSWER

Cas clinique 1...

- Induction du travail pour macrosomie G1
- Pose APD avant synto: chiro 1mg/ml + sufenta relai PIEB 8ml /45min
- A priori bonne efficacité (pas nouvelle, pas de rappel par la SF)
- 4 heures plus tard, pas de modification cervicale, échec de déclenchement
- Selon protocole: IADE réinjecte 15 ml séquentiellement de lidocaine 20mg/ml
- A arrivée au bloc tout le monde est confiant
- Chirurgien prêts à champer
- Tests au froid : pas de niveau.....



- Que s'est il passé ?
- Que proposer maintenant ?
- Que proposer à l'avenir ?

Cas clinique 2...

- G1 travail spontané: chiro 1mg/ml + sufenta relai PIEB 8ml /45min
- 4 cm: Lateralisation : retrait du KT, bolus supplémentaire + Clonidine 50µg
- Inconfort persiste : repose APD
- Pas d'autres plaintes....journée chargée
- 9 cm: indication de césarienne pour dystocie et ARCF
- Réinjection en box : Lidocaine 2% : 10ml et transfert bloc
- Au bloc : 5 ml supplémentaire, niveau froid T4, test à la pince OK au niveau de ombilic
- Naissance rapide de enfant.

- Plainte de « douleurs, brûlures profondes » à la manipulation de utérus
- Bolus supplémentaire APD : 5 ml lidocaine 2% top up + 5µg sufentanil EA
- Chirurgien souhaite fermer hystérotomie, poursuit intervention
- IV: 5µg sufentanil + MDZ 1mg
- Masque N2O/ O2 : 50/50
- Patiente ne se manifeste pas jusqu'en fin d'intervention
- Voit le bébé en SSPI mais fermée se dit « fatiguée »...
- A la visite de J1: pleure dans son lit, triste, « se sent coupable d'avoir eu mal », reste prostrée, a du mal à s'occuper du bébé...



Et zut....

CONTEXTE

« Insuffisance d'analgésie et césarienne sous anesthésie péri-médullaire »
- Pointée dans débat « violences obstétricales »



GROUPE DE TRAVAIL



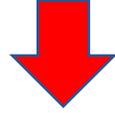
Professionnels/acteurs périnatalité

OBJECTIFS



Sensibiliser les professionnels
Prévention /
PEC per-césarienne/
PEC conséquences court,
moyen et long terme

Insuffisance d'analgésie



Quel que soit le mode d'expression
Quels que soient les paramètres physiologiques
Quel que soit le niveau de certitude de l'équipe médicale
Quel que soit le niveau sensitif

Ecouter
Tenir compte
Expliquer
Proposer
Evaluer

Communiquer de part et d'autre du
champ





Test à la pince:
La patiente ressent la **douleur** au niveau de la zone d'incision

Quelles options ?

Attendre encore

Complément IV

Anesthésie générale

Péridurale

Rachi péridurale combinée

Nouvelle rachi

Insuffisance d'analgésie au test à la pince / à l'incision

nécessaire échange avec GO
déchantage ?

Pause opératoire
• Evaluation MAR Obstétricien du délai d'extraction attendu

Césarienne
Programmée ou
en urgence différable

Césarienne
en urgence

Césarienne
en urgence extrême

Contexte: critères IOT difficile/ repères anatomiques difficiles/ATCD chirurgie rachidienne...

Attention risque
distorsion du temps

Échec complet (aucun niveau)
à 30 min:
PRC / 2nd RA (dose idem) / AG

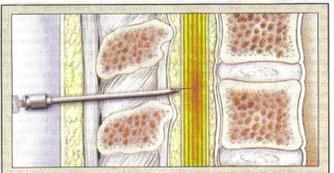
Communication avec obstétricien
APD: Poursuite extension
AG: Induction Séquence Rapide

AG:

- Informer la patiente
- Préoxygénation
- Induction séquence rapide

Bloc partiel à 30 min :
RPC Bupivacaine dose minorée (5mg)
puis AL en APD
APD
Rachi (Bupivacaine HB dose minorée: 7-8 mg)
AG: Induction Séquence Rapide

Pas de panique
ni déni



Insuffisance d'analgésie au test à la pince / à l'incision

nécessaire échange avec GO
déchantage ?

Pause opératoire
• Evaluation MAR Obstétricien du délai d'extraction attendu

Césarienne
Programmée ou
en urgence différable

Césarienne
en urgence

Césarienne
en urgence extrême

Contexte: critères IOT difficile/ repères anatomiques difficiles/ATCD chirurgie rachidienne...

Attention risque
distorsion du temps

Échec complet (aucun niveau)
à 30 min:
PRC / 2nd RA (dose idem) / AG

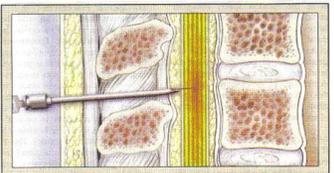
Communication avec obstétricien
APD: Poursuite extension
AG: Induction Séquence Rapide

AG:

- Informer la patiente
- Préoxygénation
- Induction séquence rapide

Bloc partiel à 30 min :
RPC Bupivacaine dose minorée (5mg)
puis AL en APD
APD
Rachi (Bupivacaine HB dose minorée: 7-8 mg)
AG: Induction Séquence Rapide

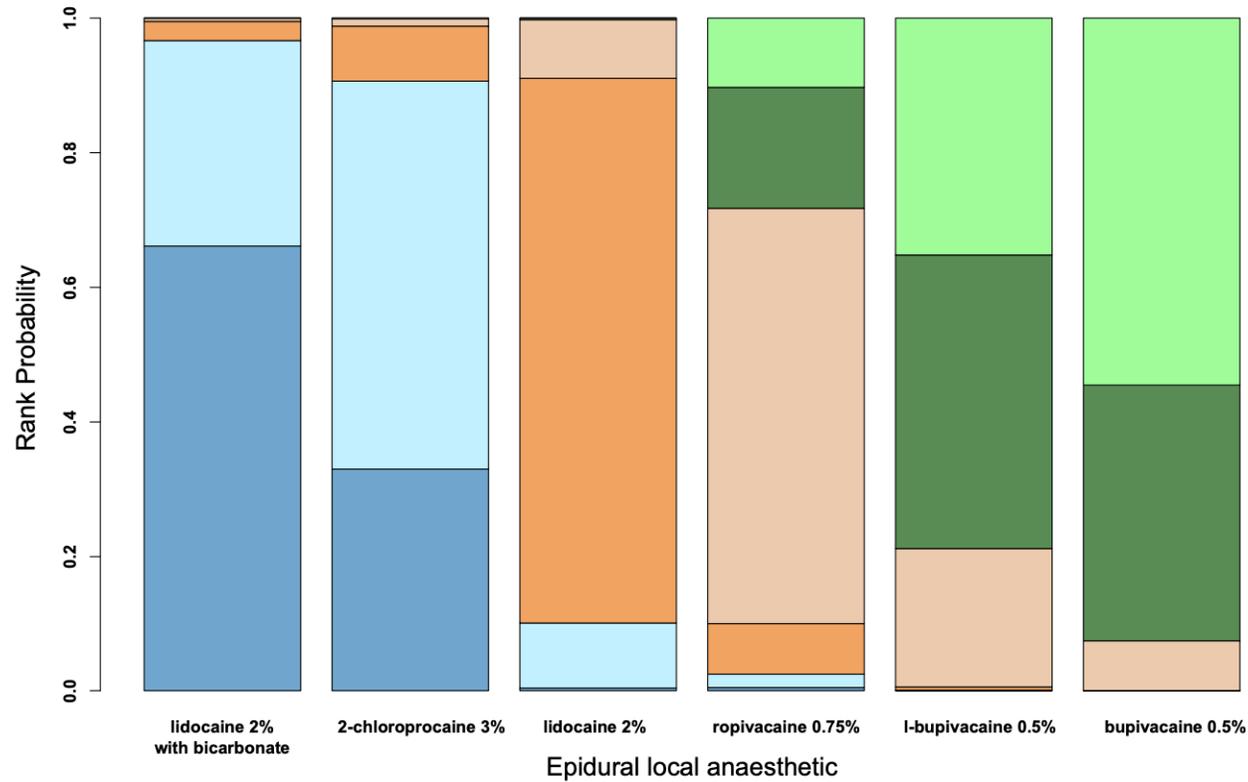
ERCF ?



Original Article

Choice of local anaesthetic for epidural caesarean section: a Bayesian network meta-analysis

M. M. Reschke,¹ D. T. Monks,² S. S. Varaday,³ Y. Ginosar,⁴ A. Palanisamy³ and P. M. Singh²



Optimisation de l'extension en APD

Figure 3 A rankogram of the probabilities that the speed of onset for six local anaesthetics was rank: first (dark blue); second (light blue); third (orange); fourth (tan); fifth (dark green); and sixth (light green).

Cas de la 2-CP chloroprocaine



- Non disponible en France pour APD
- La 2-CP commercialisée pour la rachi (Clorotekal®) est une solution à 1% (10 mg/ml)
- Pas de conservateur dans le Clorotekal ®, uniquement du bicarbonate, pas neurotoxique en rachi
- La 2-CP utilisée pour l'extension en péridurale est de la 3% (30mg/ml)
- Analgésie Péridurale : 2-CP utilisée pour l'analgésie péridurale est de la 2% (20mg/ml)

Clorotekal® pour extension péridurale : il faudrait 60 mL



Usage des bicarbonates



AL sous forme de sels pH = 4 et 5,5 (solubilité)

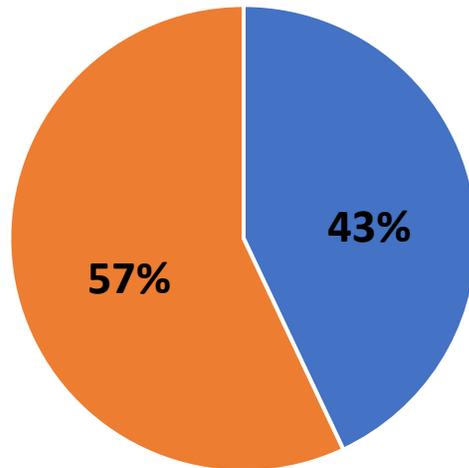
Ajout HCO_3^- : augmentation fraction non ionisée, forme active

Questionnement:

- Temps de préparation
- Présence de conservateur
- Mélange avec l'adrénaline

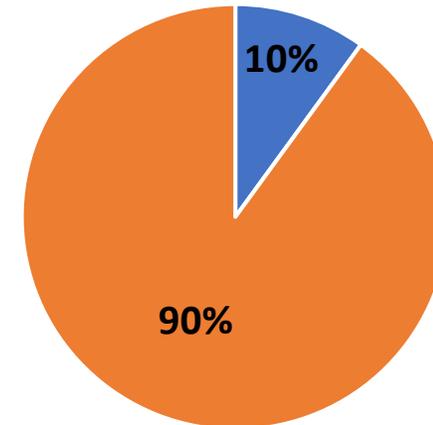
Thèse de M. Plat (Caen)

- Connaissance de l'alcalinisation en anesthésie obstétricale



■ Oui ■ Non

- Pratique de l'alcalinisation en anesthésie obstétricale



■ Oui ■ Non

**461 questionnaires complétés
Aucun critère d'exclusion**

Extending epidural analgesia for emergency Caesarean section: a meta-analysis

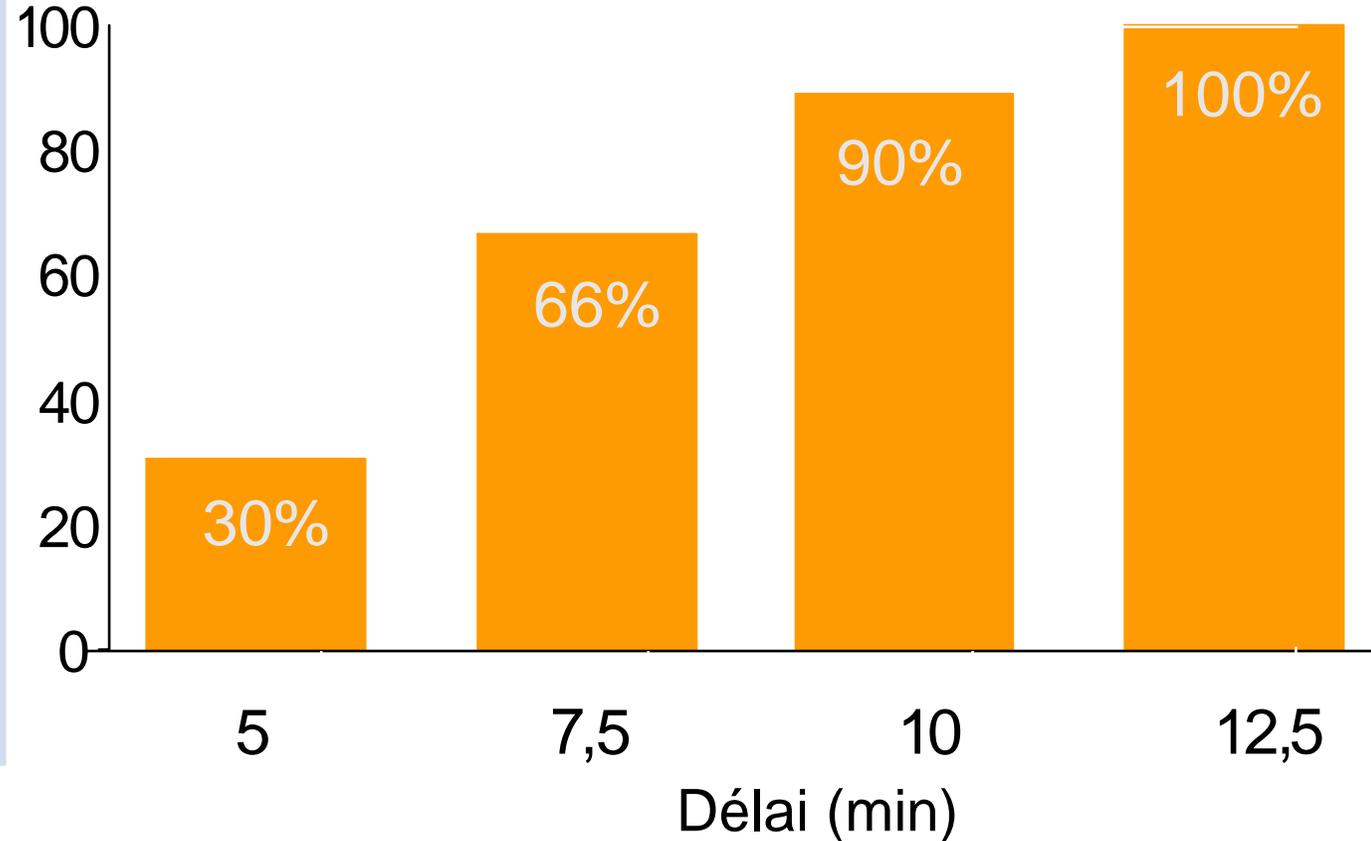
S. G. Hillyard^{1,2*}, T. E. Bate², T. B. Corcoran^{1,3}, M. J. Paech^{3,4} and G. O'Sullivan²

lido 2 %
adréalinée

% de blocs adéquats pour la césarienne

Editor's key points

- Emergency Caesarean section requires a rapid onset of sustained analgesia.
- Topping-up an epidural that is already *in situ* is a good option, but the best local anaesthetic solution to use is not clear.
- This meta-analysis suggests that lidocaine 2% with epinephrine ± fentanyl gives the fastest onset.
- Bupivacaine and levobupivacaine 0.5% were the least effective.



Extending epidural analgesia for emergency Caesarean section: a meta-analysis

S. G. Hillyard^{1,2*}, T. E. Bate², T. B. Corcoran^{1,3}, M. J. Paech^{3,4} and G. O'Sullivan²

Délai pour chirurgie

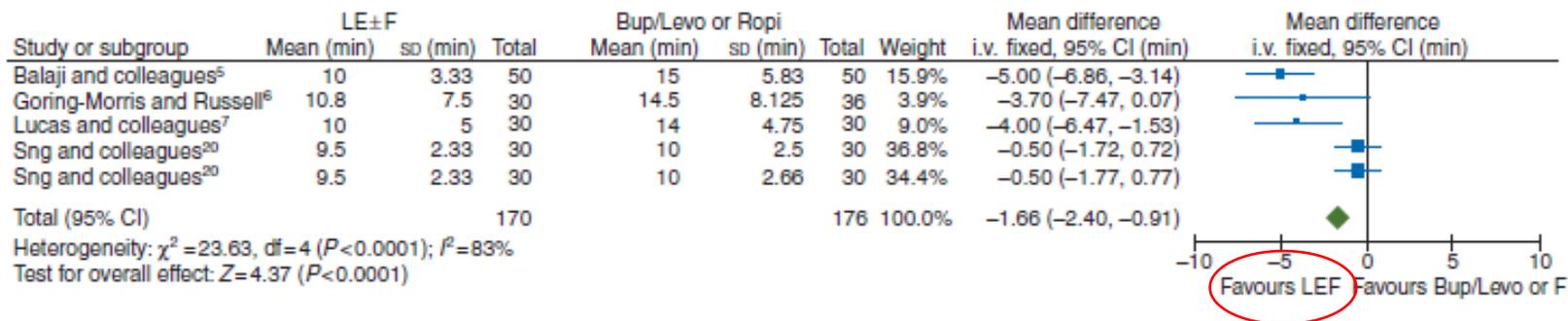


Fig 3 The onset time of a block suitable to allow surgery, comparing LE ± F (2% lidocaine, epinephrine, and fentanyl) top-up solutions with either Bup/Levo (0.5% bupivacaine, 0.5% levobupivacaine), or Ropi (0.75% ropivacaine) solutions.

+ Fentanyl

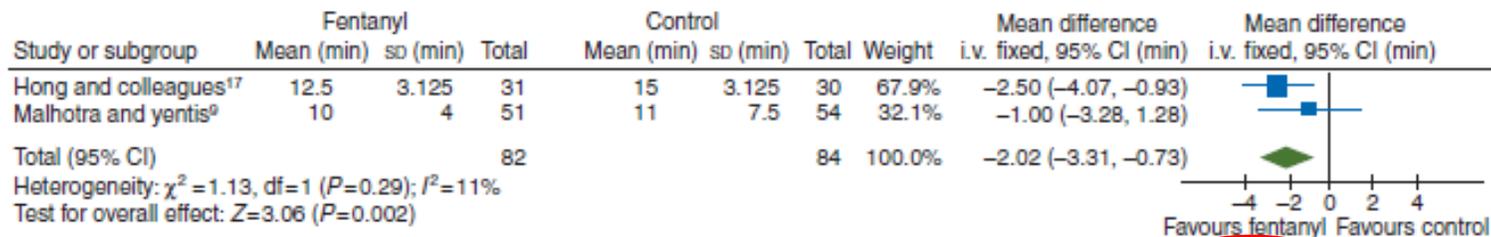


Fig 4 The effect of the addition of fentanyl to a top-up solution on the onset time of a block suitable to allow surgery.

Place des α_2 agonistes?

Insuffisance analgésie pendant la césarienne

Echanges avec la patiente ++

Pause opératoire
Evaluation intensité douleur
selon contexte et sévérité de la
douleur

Anesthésie Générale
En induction séquence
rapide

Complément analgésique IV

Opioides

Rémifentanil: bolus 0,3 µg/kg en 1min puis 0,05-0,1 µg/kg/min

AIVOC: cible 1ng/ml

Alfentanil: 5- 10 µg/kg

Hypnotiques à dose infra-anesthésique: propofol ou kétamine

AG: choix de hypnotique

Penthotal versus Propofol

Reports of debates held on 5th March 2003 at Church House, Westminster, UK

Propofol should be the induction agent of choice for caesarean section under general anaesthesia

Proposer: K. Duggal

Vieux débat.....tranché dans les autres indications

Pourquoi envisager de changer ?

1. Meilleure maîtrise du produit

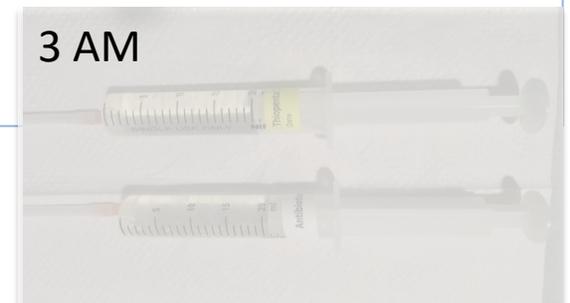
- **1960: thiopental = drogue de référence** pour l'anesthésie au quotidien
- **2017 ? drogue référence ?**
- Dose, manipulation dans le contexte urgence ?

Absence de maîtrise du thiopental relevé dans les facteurs de sous optimalité du dernier rapport mortalité UK

Pourquoi envisager de changer ?

2. Avantage « galénique » du propofol

- Pas de reconstitution
- Pas de rupture de stock
- Pas d'erreur de seringue possible avec ATB

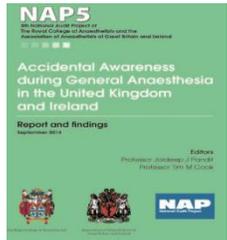


Pourquoi envisager de changer ?

3. Risque moindre de mémorisation

Facteurs de risque de mémorisation NAP

- Séquence rapide sans morphinique
- Utilisation de thiopental
- Utilisation de curare
- Délai court entre induction et incision
- Situation d'urgence, équipe réduite
- Difficultés d'intubation
- Obésité



10 x plus que les autres chirurgies

Dose optimale d'hypnotique ?

En cas de statut hémodynamique maternel intact :

Propofol : 2,5mg/kg ou Thiopental : 5-7 mg/kg

En cas d'instabilité hémodynamique maternelle prévisible :

Etomidate 0,3mg/kg ou Ketamine 1,5mg/kg

Recommandation NAP 5: une seringue d'hypnotique supplémentaire prête et prendre un relais précoce en agent hypnotique

Insuffisance analgésie pendant la césarienne

Prévenir Pédiatre

Pause opératoire
Evaluation intensité douleur
selon contexte et sévérité de la
douleur

Anesthésie Générale
En induction séquence
rapide

Complément analgésique IV

Opiïdes

Rémifentanil: bolus 0,3 µg/kg en 1min puis 0,05-0,1 µg/kg/min

AIVOC: cible 1ng/ml

Alfentanil: 5- 10 µg/kg

Hypnotiques à dose infra-anesthésique: propofol ou kétamine

A national Israeli survey of neuraxial anesthesia for cesarean delivery: pre-operative block assessment and intra-operative pain management



IJOA 2022

S. Orbach-Zinger^{a,*}, T.G. Grant^{b,*}, M. Zahalka^c, A. Ioscovich^d, S. Fein^c, Y. Ginosar^e, O. Matkovski^f, C.F. Weiniger^g, Y. Binyamin^h

Table 3. Intra-operative drug supplementation for breakthrough pain during neuraxial anesthesia

	Spinal – before delivery	Spinal – after delivery	Epidural – before delivery	Epidural - after delivery
Nitrous oxide	31 (8.6%)	6 (1.7%)	27 (7.5%)	4 (1.1%)
Midazolam	23 (6.4%)	61 (16.9%)	15 (4.2%)	54 (15%)
Propofol	35 (9.7%)	26 (7.2%)	30 (8.3%)	25 (6.9%)
Ketamine	97 (26.9%)	53 (14.7%)	82 (22.7%)	54 (15%)
Fentanyl	24 (6.6%)	99 (27.4%)	26 (7.2%)	102 (28.3%)
General anesthesia	129 (35.7%)	65 (18%)	147 (40.7%)	67 (18.6%)
Combination	14 (3.9%)	45 (12.5%)	19 (5.3%)	43 (11.9%)
Missing data	8 (2.2%)	6 (1.7%)	15 (4.2%)	12 (3.3%)

Choix du complément en fonction du timing ?

Avant tout choix de la patiente

The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework

Taux \cong 3%

S. Ayers^{1*}, R. Bond², S. Bertullies¹ and K. Wijma³

Sensation irréalité

Risk factors during birth

Operative birth	13	4904	0.48 ^{*b}	0.46	0.50	337.29*
Pain	16	8491	0.16 [*]	0.13	0.18	58.98*
Length of labour	6	3189	-0.05 [*]	-0.09	-0.02	95.67*
Place of birth	3	774	0.10 [*]	0.02	0.19	0.56
Infant-related complications	17	3354	0.23 [*]	0.20	0.26	172.56*
Subjective birth experience (overall)	6	4622	0.59 ^{*b}	0.58	0.61	183.61*
Negative emotions	7	3691	0.34 ^{*b}	0.31	0.36	124.32*
Control or agency ^a	5	1502	-0.23 [*]	-0.28	-0.18	33.48*
Objective birth experience	14	8171	0.25 [*]	0.23	0.27	178.65*
Dissociation	7	2964	0.32 ^{*b}	0.29	0.35	118.25*
Presence of partner/companion at birth	2	1903	0.04	-0.01	0.08	5.44*
Support from staff during birth	8	1868	-0.38 ^{*b}	-0.41	-0.34	61.15*

Ce qu'il faut éviter de faire

- **Erreurs de communication avec un point commun : la plainte de la patiente n'est pas écoutée ni entendue**
 - « *Vous sentez mais vous n'avez pas mal* »
 - « *le niveau de votre péri est parfait !* »
 - « *Ca va pas durer !* »
 - « *Pensez à votre bébé* »
 - « *Tenez le coup jusqu'à la naissance de l'enfant* »
 - « *Si vous aviez su pousser en salle!* »
 - « *Un enfant, ça se mérite !* »
- **Choisir à la place des patientes ce que l'on pense être la meilleure solution**
 - « *éviter la diffusion transplacentaire des produits d'anesthésie au fœtus* »
 - « *permettre à la mère de vivre la naissance* »
- **Nier la douleur, mettre en cause le manque de « résistance » d'une femme à la douleur .**

Ce qu'il convient de faire

- **Ratifier la douleur:** *« j'entends que vous ressentez une douleur. Quelle intensité lui donnez-vous sur l'échelle de la douleur ? où se situe-t-elle ? ressentez-vous une traction ou autre chose de plus fort ? »*.
- **Toujours proposer à la patiente de l'endormir:** l'anesthésie générale profonde supprime la sensation et la mémorisation de la douleur. Cette proposition laisse le choix à la patiente et la replace dans son rôle d'actrice de son accouchement.
- **Expliquer** les facteurs qui peuvent générer une insuffisance d'analgésie y compris le délai trop court et la possibilité d'approfondissement de l'analgésie en anesthésie.

- **Accompagner** la patiente par des moyens de communication thérapeutique

Parler calmement à l'oreille et lui suggérer de centrer son attention sur la respiration.

L'information et l'aide du conjoint au fur et à mesure du phénomène douloureux est capitale.

Aider à la mémorisation positive : "proposition de poussée à la naissance »

Si l'enfant va bien, champs abaissés puis peau à peau.

- A tout moment, et en particulier après la naissance de l'enfant, la femme peut souhaiter une **anesthésie générale de complément** si la douleur est insupportable. Il est préconisé d'accéder à cette demande.

INSUFFISANCE D'ANALGESIE EN COURS DE CESARIENNE SOUS ANESTHESIE PERI-MEDULLAIRE

- Informier :**
- Techniques anesthésiques en cas de césarienne urgente ou programmée
 - Possibilité d'échec techniques d'APM
 - Stratégies proposées en cas d'échec
 - Fréquence : 5 à 10 % des cas
- Surveiller :**
- Qualité et symétrie de APD en cours de travail
 - Dose suffisante réinjectée en cas de conversion APD (15 à 20 ml de Lidocaïne 2% adrénalinée)
 - Niveaux sensitifs symétriques en T6 au toucher/ T3 au froid (mamelon) avant incision
 - Analgésie cutanée au test à la pince

Insuffisance d'analgésie au test à la pince/à l'incision

Pause opératoire
Evaluation MAR/Obstétricien du délai d'extraction attendu

Césarienne Programmée ou en urgence différable	Césarienne en urgence	Césarienne en urgence extrême
Réaliser selon contexte = critères IOT difficile/repères anatomiques difficiles/ATCD chirurgie rachidienne...		
<input type="checkbox"/> Échec complet (aucun niveau) à 30 min Privilégier PRC sinon 2 nd RA (dose idem) ou AG	Communication avec obstétricien APD : Poursuite extension AG : Induction Séquence Rapide	<input type="checkbox"/> AG : <ul style="list-style-type: none"> • Informer la patiente • Préoxygénation • Induction Séquence Rapide
<input type="checkbox"/> Bloc partiel à 30 min : <ul style="list-style-type: none"> • Privilégier PRC avec Bupivacaïne HB dose minorée (5mg) en rachi puis AL en APD • APD • Rachi (Bupivacaïne HB dose minorée : 7-8 mg) • AG : Induction Séquence Rapide 		

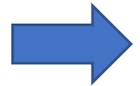
Insuffisance analgésie pendant la césarienne

Pause opératoire
Evaluation intensité douleur selon contexte et sévérité de la douleur

Anesthésie Générale En induction séquence rapide	Complément Intra Veineux <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Opioïdes Alfentanil : 5- 10 µg/kg Rémifentanil : bolus 0,3 µg/kg en 1min puis 0,1 µg/kg/min <input type="checkbox"/> Hypnotiques à dose infra-anesthésique : Kétamine, Propofol
--	--

Prévenir Pédiatre

Accepter l'échec d'ALR menant à l'AG, tracer l'insuffisance d'analgésie - Débriefing en équipe - Visite post opératoire - Identifier l'état de stress post-traumatique



SFAR > Medecins > Aides Cognitives > AC obstétricales

- **Prendre en compte** toute douleur en cours d'intervention
- **Tracer et transmettre** "douleur per-opératoire" dans le dossier
- **Débriefing** en post opératoire avec l'équipe
- **Rendre visite écouter** la patiente
- **Détecter** situation à risque de PTSD
- **Accompagner et orienter**

55^{ÈME} Congrès National du

CARO

CLUB D'ANESTHÉSIE RÉANIMATION EN OBSTÉTRIQUE

MARSEILLE

WORLD TRADE CENTER
2 Rue Henri Barbusse, 13001 Marseille

12 & 13 MAI 2023

> COMITÉ LOCAL
D'ORGANISATION

Pr Laurent Zieleskiewicz
Pr Marc Leone
Dr Alexandre Lopez

> ORGANISATION GÉNÉRALE :
MD EVENTS

24 Rue du Pérou 63000 Clermont-Fd
Tél. : 04 73 36 94 64 / 06 43 05 35
90 Mail : margaux@events-md.fr

Caro
www.caro-congres.fr

Laurent Z.
Marc L.
Alexandre L.



CARO

MARSEILLE

12 & 13 MAI 2023

PROGRAMME

Vendredi 12 mai 2023

Journée

8H30:.....Accueil

8H45:.....Introduction par la Présidente du CARO

9H00:.....La Parturiente critique

- *Patiente enceinte en réanimation : les principes, les dernières tendances.*
- *Sepsis et grossesse.*
- *Traumatisme grave chez la patiente enceinte.*
- *Grossesse et SDRA.*
- *Discussion*

10H30:Pause / Visite des Exposants

11H00:.....Tout sur la Césarienne

- *Nouveautés chirurgicales, implications en médecine péri-opératoire.*
- *Apport de l'échographie pour APD et rachis anesthésie.*
- *Comment prédire l'hypoTA post rachis ?*

12H00:.....Symposium

- *Monitoring hémodynamique non invasif pour la femme enceinte*
- *Monitoring HD clear sight*
- *Monitoring HD starling*

13H00:.....Déjeuner / Visite des Exposants

14H30:.....Présentation orale des 5 meilleurs abstracts

10H30:Pause / Visite des Exposants

16H00:.....La Parturiente critique (suite)

- *Grossesse et urgences neurovasculaires*
- *Embolie amniotique, le point en 2023 ?*
- *La femme enceinte a-t-elle toujours un « estomac plein » ?*

17H30:.....Assemblée Générale du CARO

20H30:.....Dîner du congrès