

# Les dernières contre-indications à l'analgésie péridurale

P-Y. Dewandre

L'anesthésie périmédullaire (rachianesthésie, péridurale et rachi-péri combinée) représente le « gold standard » pour l'analgésie obstétricale. Sa supériorité sur les autres techniques tant du point de vue de l'efficacité que de la sécurité maternelle est largement établie <sup>[1]</sup>. Les contre-indications à la réalisation d'une anesthésie locorégionale périmédullaire sont rares mais il convient de les connaître afin de ne pas exposer nos patientes à un risque accru de complications. A l'inverse, élargir indument le champ de ces contre-indications priverait de nombreuses patientes des bénéfices de ces techniques.

---

## LE REFUS DE LA PATIENTE

En France, 75 à 80 % des patientes bénéficient d'une analgésie périmédullaire (APM) pour le travail et l'accouchement. Si certaines patientes ne souhaitent pas bénéficier de cette technique, il convient toutefois de s'assurer que leur refus persiste après une information adéquate sur les bénéfices et les risques potentiels de l'APM. Il convient également d'informer certaines patientes sur l'indication médicale de l'APM dans certaines circonstances au vu des avantages de cette technique sur le plan de la sécurité maternelle et fœtale. Ces indications médicales de l'APM comprennent : la prééclampsie (en l'absence de troubles de l'hémostase) afin d'améliorer le contrôle hémodynamique durant le travail et l'accouchement, certaines cardiopathies, l'insuffisance respiratoire, certaines malformations vasculaires cérébrales, l'utérus cicatriciel, la macrosomie, le diabète, les grossesses multiples, la présentation en siège, l'obésité morbide, le risque d'intubation difficile. Dans toutes ces situations, il conviendra de convaincre la patiente des bénéfices de l'APM tout en respectant son refus éclairé et en le consignait dans son dossier médical.

---

## L'ALLERGIE AUX ANESTHÉSIFIQUES LOCAUX

Une réaction allergique vraie aux anesthésiques locaux (AL) est très rare. Les anesthésiques locaux représentent moins de 1% des substances anesthésiques responsables de choc anaphylactique. Même en cas de réaction anaphylactique ou anaphylactoïde avérée, celle-ci est plus souvent due aux agents conservateurs contenus dans les solutions d'AL : parabènes ou métabisulfites. Les AL de types esters sont plus souvent incriminés que les amides (majoritairement utilisés en anesthésie obstétricale). La majorité des manifestations indésirables consécutives à l'administration d'AL sont liées soit à un malaise vagal, soit à l'injection intravasculaire accidentelle de la solution éventuellement adrénalinée, soit à une résorption excessive de celle-ci. Il convient donc, devant l'évocation d'une allergie aux AL, de rechercher lors d'un interrogatoire détaillé les signes cliniques spécifiques d'hypersensibilité (urticaire, hypotension, tachycardie, bronchospasme, œdème de Quincke) de même que les moyens thérapeutiques mis en œuvre face à cette réaction afin de la contrôler. Si un doute sur une allergie à l'un des produits injectés persiste, un bilan allergologique sera réalisé avant l'accouchement <sup>[2]</sup>.

---

## L'INFECTION CUTANÉE AU NIVEAU DU SITE DE PONCTION

Il convient de ne pas réaliser une APM en présence d'une infection cutanée du site de ponction sous peine d'exposer la patiente à des complications de type méningite ou abcès périmédullaire. Le choix d'un espace intervertébral adjacent permet néanmoins souvent de solutionner le problème.

---

## L'HYPERTENSION INTRACRÂNIENNE SECONDAIRE À UN PROCESSUS EXPANSIF

Dans cette situation, c'est le risque d'un engagement du tronc cérébral secondaire à une brèche dure-mérienne accidentelle qui contre-indique l'APM. Les efforts expulsifs sont également contre-indiqués afin d'éviter les hausses de pression intracrânienne. Dans ce contexte, l'indication d'une césarienne sous anesthésie générale sera retenue. Par contre, en présence d'un processus tumoral sans hypertension intracrânienne, un accouchement par voie

basse instrumenté est envisageable sous réserve d'une APM de qualité. L'instrumentation permettra de limiter les efforts expulsifs et les hausses de pression intracrânienne qui en résultent <sup>[3]</sup>.

## L'HYPVOLÉMIE NON COMPENSÉE

L'APM induit un bloc sympathique aboutissant à une vasodilatation et à une diminution de la précharge du ventricule droit déjà compromise par l'hypovolémie. Par ailleurs, le bloc sympathique abolit la vasoconstriction périphérique en réponse à cette hypovolémie. L'hypovolémie et l'APM conjuguent leurs effets pour aboutir à une hypotension voire un collapsus maternel. Cette situation est le plus souvent rencontrée au cours des hémorragies massives. Cependant, si le saignement est tari et l'hypovolémie compensée par un remplissage adéquat, la réalisation de l'APM reste possible.

## LES ALTÉRATIONS DE L'HÉMOSTASE

Une des complications les plus redoutée lors de la réalisation d'une APM est la survenue d'un hématome périmédullaire. Le risque de survenue d'un hématome périmédullaire lors de la réalisation d'une APM obstétricale a été estimé à 1/168.000. Le risque est moins rare pour une anesthésie péridurale (1/150.000) que pour une rachianesthésie (1/200.000) <sup>[4]</sup>. Cette incidence est moindre dans la population obstétricale que dans la population chirurgicale générale, ce qui peut être lié à l'état d'hypercoagulabilité associé à la grossesse. Les cas rapportés surviennent essentiellement chez des patientes présentant une altération de l'hémostase faisant suite à une hémorragie massive, une prééclampsie ou un HELLP syndrome. Il est essentiel de rappeler que si une anomalie de l'hémostase peut représenter une contre-indication à la réalisation d'une APM, il est recommandé de ne pas effectuer systématiquement une numération plaquettaire ni un bilan d'hémostase afin de démontrer la normalité du bilan de coagulation avant la réalisation du geste <sup>[5]</sup>. Une anamnèse détaillée sur les capacités hémostatiques de nos patientes (antécédents chirurgicaux, obstétricaux, coagulopathie connue, hématomes spontanés, épistaxis) et sur la situation obstétricale actuelle (prééclampsie, hématome rétro-placentaire, mort fœtale in utero, sepsis, embolie amniotique, hémorragie) nous renseignera sur la nécessité de réaliser un bilan d'hémostase avant la pose de l'APM. En aucun cas, l'absence de bilan d'hémostase en présence d'une histoire clinique sans particularité et dans un contexte obstétrical normal ne peut justifier le refus de réaliser une APM.

### LA THROMBOPÉNIE

Il n'existe pas de consensus sur la numération plaquettaire minimale nécessaire à la réalisation d'une APM en toute sécurité. A l'heure actuelle, il est admis qu'une numération plaquettaire se situant entre 70 000 et 80 000/mm<sup>3</sup> est suffisante pour la réalisation d'une APM. Mais plus qu'un chiffre, c'est l'évolution et la cause de la thrombopénie qui pourront nous rassurer sur la sécurité du geste posé dans des situations limites. Entre 50 000 et 70 000/mm<sup>3</sup>, une analyse de la cause et de la cinétique de la thrombopénie sont utiles afin d'évaluer le rapport risque/bénéfice de la réalisation d'une APM. Face à une thrombopénie < 50 000/mm<sup>3</sup>, ce rapport semble en faveur de l'abstention <sup>[6]</sup>. Chez une patiente présentant un PTI asymptomatique avec une numération plaquettaire stable > 50 000/mm<sup>3</sup>, la réalisation d'une APM est envisageable. Par contre, la même numération plaquettaire chez une patiente présentant un HELLP syndrome rapidement évolutif peut contre-indiquer la réalisation de l'APM. Outre la numération, la fonction plaquettaire peut être intéressante à considérer. L'apport des techniques visco-élastiques (TEG, ROTEM) pourrait s'avérer intéressant dans ce contexte.

### TROUBLES CONSTITUTIONNELS DE L'HÉMOSTASE

Parmi les déficits héréditaires de l'hémostase, le déficit en facteur de Von Willebrand de type I est le moins rare (prévalence 1%). Suite à une synthèse accrue, ce déficit quantitatif est très souvent normalisé spontanément au cours de la grossesse. La normalisation documentée de ce déficit permet la réalisation d'une APM dans la majorité des cas. Les autres déficits constitutionnels de l'hémostase devront être évalués au cas par cas et leur énumération sort du cadre de cet article.

### ANTICOAGULATION

La gestion d'une thromboprophylaxie ou d'une anticoagulation pendant la grossesse est de plus en plus fréquente. A l'approche du terme, c'est le plus souvent des HBPM qui sont administrées. Le délai nécessaire, sous réserve d'une fonction rénale normale, entre la dernière injection d'HBPM et la réalisation d'une APM dépend de la dose administrée. Pour une dose prophylactique, un délai de minimum 12 heures sera nécessaire. Pour une dose intermédiaire ou thérapeutique, le délai sera de 24 heures. La réintroduction des HBPM ne pourra se faire que 4 heures après le retrait du cathéter ou de la réalisation d'une rachianesthésie <sup>[7]</sup>.

### ASPIRINE ET AINS

La prise d'aspirine ou d'AINS ne contre-indique pas la réalisation d'une APM en présence d'une numération plaquettaire normale <sup>[8]</sup>.

---

## BACTÉRIÉMIE ASSOCIÉE À UNE HYPERTHERMIE

La réalisation d'une APM chez une patiente hyperthermique est souvent sujette à controverse. Une telle fièvre peut être un signe d'infection telle qu'une chorioamniotite. Dans cette situation, c'est le développement d'un abcès péricrânien ou la survenue d'une méningite qui est redouté. Le risque de complication infectieuse est extrêmement faible. Dans leur méta-analyse, Ruppen et al. ont retrouvé un taux d'infection profonde péricrânien de 1/145 000 péridurales obstétricales<sup>[9]</sup>. Dans un contexte d'hyperthermie, la réalisation d'une APM est permise sous réserve d'une antibiothérapie adaptée avant la réalisation du geste et d'une volémie correcte afin d'éviter une hypotension suivant l'installation du bloc sympathique. L'existence d'une hyperleucocytose et d'un syndrome inflammatoire ne contre-indique pas l'APM.

---

## CARDIOPATHIES

La prévalence des cardiopathies associées à la grossesse est en augmentation et atteint 0.1 à 4%. Les causes les plus fréquentes sont les cardiopathies congénitales opérées, les valvulopathies post-rhumatismales, les cardiopathies arythmogènes et les cardiopathies ischémiques. Dans la majorité des cas, l'accouchement par voie basse est possible et recommandé, la césarienne étant réservée aux indications obstétricales<sup>[9,10]</sup>. L'APM, réalisée précocement, est ici d'indication médicale afin de limiter les répercussions hémodynamiques du travail et de permettre une extraction instrumentale pour limiter les efforts expulsifs. Le recours aux solutions diluées et les injections fractionnées permettent de limiter le bloc sympathique. La prise de médicaments interférant avec l'hémostase (HBPM) devra également être prise en considération. Pour ces raisons, l'accouchement devra être programmé.

---

## LES ANOMALIES ET ANTÉCÉDENTS DE CHIRURGIE DU RACHIS

### SCOLIOSE

La présence d'une scoliose (prévalence : 2%) peut représenter une difficulté à la réalisation d'une APM mais ne la contre-indique pas. De plus, le taux d'extraction instrumentale en cas de scoliose étant plus important, la mise en place d'une APM peut être conseillée. Même en cas de scoliose opérée et en présence de matériel chirurgical de type tiges de Harrington, l'APM reste envisageable. Le taux de succès de l'APM dans cette situation varie entre 70 et 90%. Une information adéquate devra être délivrée à la patiente concernant les possibles difficultés et les possibilités d'échec. Dans certains cas, l'écho-repérage pourra faciliter la réalisation du geste<sup>[11,12]</sup>.

### LOMBALGIE /SCIATALGIE

La réalisation d'une APM en cas de lombalgie ou de sciatalgie n'est pas contre-indiquée. Il convient cependant de documenter avec soin la symptomatologie préexistante. Les solutions diluées seront privilégiées pour éviter le bloc moteur et le plus grand soin sera apporté au positionnement de la patiente au cours du travail

### ANTÉCÉDENTS DE CHIRURGIE RACHIDIENNE

Les patientes ayant été opérées d'une hernie discale ne présentent pas de différence en termes de difficulté d'initiation du bloc, d'efficacité du cathéter ou de la concentration d'AL nécessaire au maintien du bloc sensitif. Chez les patientes ayant été opérées d'une laminectomie, l'APM reste possible et efficace moyennant un abord situé 1 ou 2 espaces plus haut que le niveau opéré. Le taux de succès à la première tentative est plus faible même en cas de ponction réalisée par un expert. Des remaniements de l'espace péridural peuvent entraver une diffusion homogène de la solution analgésique et aboutir à un taux de succès plus faible.

---

## LES AFFECTIONS NEUROLOGIQUES

### SPINA BIFIDA

Le spina bifida occulta est présent chez 10 % de la population. Il consiste en une fermeture incomplète de la partie postérieure de la vertèbre sans protrusion des méninges et est le plus souvent limité soit à L5, soit à S1. Il est le plus souvent asymptomatique et il s'agit, la plupart du temps, d'une découverte radiologique fortuite. Cette forme mineure complique donc rarement la réalisation de l'APM, le défaut étant plus caudal que le site de ponction habituel. Aucune répercussion n'est à noter quant à la diffusion des AL. En cas de spina bifida intéressant plus de deux lames vertébrales la réalisation d'une IRM semble judicieuse. Le spina bifida aperta (ou cystica) est la forme la plus grave. La malformation entraîne une

hernie de tissus médullaire et nerveux appelé myéломéningocèle. Il est souvent associé à d'autres malformations : une hydrocéphalie nécessitant le plus souvent une dérivation du LCR, une syringomyélie ou une malformation d'Arnold-Chiari. L'IRM est l'examen de choix pour l'évaluation du spina bifida aperta. Il n'existe pas de recommandations claires dans la littérature quant à la possibilité de réaliser une APM dans cette situation. Sa réalisation reste un challenge. Il existe chez ces patientes un risque accru de traumatismes des structures nerveuses et méningées, de brèche duremérienne et la diffusion des AL peut être imprévisible. Ces risques devront clairement être exposés lors de l'évaluation préanesthésique <sup>[15]</sup>.

### **ANÉVRYSME ET MALFORMATION ARTÉRIO-VEINEUSE (MAV) INTRACÉRÉBRALE**

Les patientes ayant bénéficié d'un traitement neurochirurgical ou endovasculaire afin d'exclure ces malformations pourront bénéficier d'une APM comme toute autre patiente. Pour les patientes dont les malformations ne sont pas exclues, il est très important d'éviter la survenue d'une hypertension et de limiter les efforts de Valsalva. La réalisation d'une APM est donc d'indication médicale afin de réduire la stimulation douloureuse et de permettre une instrumentation au moment de l'accouchement afin de réduire les efforts expulsifs au strict minimum. <sup>[15]</sup>.

### **EPILEPSIE**

L'APM précoce est également d'indication médicale chez les patientes épileptiques. Elle permet de réduire les facteurs déclenchants de convulsions (douleur, fatigue, stress, hyperventilation, hypocapnie) En cas de crise convulsive suivant l'injection d'AL, un surdosage en AL devra être évoqué <sup>[14]</sup>.

### **SCLÉROSE EN PLAQUES (SEP)**

La SEP est la maladie neurologique invalidante la plus fréquente chez les jeunes adultes. Elle se caractérise par des atteintes focales de démyélinisation et d'inflammation du système nerveux central. Un frein à la réalisation d'une APM chez une patiente souffrant de SEP est la toxicité théorique des AL sur la moelle épinière démyélinisée et en particulier lors de la réalisation d'une rachianesthésie. Néanmoins, il n'existe pas d'argument formel clinique pour contre-indiquer une APM en cas de SEP. Pour le travail et l'accouchement, il est recommandé de privilégier l'analgésie péridurale et d'utiliser des AL à faible concentration. En présence de poussées de la maladie et de lésions médullaires mises en évidence à l'IRM, on évitera la rachianesthésie et l'exposition à de fortes concentrations d'AL. Il est important de bien informer les patientes, quelle que soit la technique d'anesthésie choisie, sur l'augmentation du risque de poussée en postpartum et de l'absence d'influence négative des blocs périmédullaires sur la progression de la maladie <sup>[15]</sup>.

### **PARAPLÉGIE ET TÉTRAPLÉGIE**

L'APM peut être réalisée chez la parturiente atteinte de lésions médullaires. Si le niveau de lésion est inférieur à T12, les contractions sont perçues comme douloureuses et le recours à l'instrumentation est plus fréquent au vu des efforts expulsifs inefficaces. La réalisation d'une APM est donc nécessaire. Les patientes présentant un niveau lésionnel supérieur à T10 malgré l'absence de perception des contractions utérines devraient également bénéficier d'une APM. En effet, celle-ci permet de prévenir le syndrome d'hyperréactivité du système nerveux autonome (SHA) caractérisé par une augmentation brutale de la pression artérielle liée à la vasoconstriction sous-lésionnelle consécutive à une hyperréactivité orthosympathique. Cette hyperréactivité fait suite à une stimulation nociceptive caudale au niveau lésionnel (sondage vésical, touchers vaginaux, contractions...) et peut avoir des conséquences graves telles qu'un AVC ou une décompensation cardiaque <sup>[14,15]</sup>. On soulignera que l'APM n'aggrave pas les lésions médullaires fixées et non évolutives à distance du traumatisme causal.

---

## **DIVERS**

### **LES TATOUAGES**

Certains anesthésistes hésitent à réaliser une APM en présence d'un tatouage lombaire. Ces craintes reposent sur les conséquences théoriques potentielles liées à l'introduction de pigments colorés dans l'espace péridural ou le LCR. Néanmoins, aucune complication n'a été décrite dans la littérature. Il conviendra, dans la mesure du possible de ponctionner à un endroit vierge de pigment. En cas d'impossibilité, certains auteurs recommandent une incision cutanée de quelques millimètres dans la zone pigmentée afin d'éviter d'introduire des pigments en profondeur <sup>[16]</sup>.

### **LA DILATATION CERVICALE**

Trop longtemps certains obstétriciens et anesthésistes ont considéré, à tort, qu'une péridurale placée précocement pouvait prolonger significativement le travail et augmenter le taux de césariennes. Une revue systématique de 2014 comparant la mise en place précoce ou tardive de l'APM durant le travail ne met en évidence aucune différence en terme de taux de césarienne, d'instrumentation, de durée du travail, de score d'Apgar <7 à 1 et 5 minutes <sup>[17]</sup>. Il faut donc considérer que quelle que soit la dilatation cervicale et pourvu que le travail soit avéré, la simple demande de la patiente est un critère suffisant à la réalisation de l'APM.

## CONCLUSION

Les contre-indications à l'APM se rencontrent chez moins de 0.5% des patientes. La connaissance de ces contre-indications est primordiale afin de ne pas exposer de rares patientes à un risque majoré de complications mais aussi de ne pas priver certaines patientes des bénéfices de ces techniques qui font partie intégrante de la bienveillance en obstétrique.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] **Anim-Somuah M, Smyth RM, Cyna AM, Cuthbert A.** Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane database Syst Rev.* **2018;5** :CD000331.
- [2] **Santos A, Finster M.** Local anesthetics. In : Chestnut DH, ed. *Obstetric Anesthesia : Principles and Practice.* Elsevier M. Philadelphia; **2004** :190-210.
- [3] **Johnson M, Zavisca F.** Intracranial and spinal cord lesions. In : Gambling DR, Douglas MJ, *Obstetric Anesthesia and Uncommon Disorders.* Saunders C. Philadelphia; **1998** :219-237.
- [4] **Moen V, Irestedt L.** Neurological complications following central neuraxial blockades in obstetrics. *Curr Opin Anaesthesiol.* **2008;21(3)** :275-280.
- [5] **Molliex S, Pierre S, Blery C, Marret E, Beloeil H.** Routine preinterventional tests. *Ann Fr Anesth Reanim.* **2012;31(9)** :752-763.
- [6] **Breivik H, Bang U, Jalonen J, Vigfusson G, Alahuhta S, Lagerkranser M.** Nordic guidelines for neuraxial blocks in disturbed haemostasis from the Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine. *Acta AnaesthesiolScand.* **2010;54(1)** :16-41.
- [7] **Gogarten W, Vandermeulen E, Van Aken H et al.** Regional Anaesthesia and Antithrombotic Agents : recommendations of the European Society of Anaesthesiology. *Eur J. Anaesthesiol* **2010; 27** :999–1015
- [8] **Ruppen W, Derry S, McQuay H, Moore RA.** Incidence of epidural hematoma, infection, and neurologic injury in obstetric patients with epidural analgesia/anesthesia. *Anesthesiology.* **2006;105(2)** :394-399
- [9] **Regitz-Zagrosek V.** “Ten Commandments” of the 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. *Eur Heart J.* **2018;39(35)** :3269.
- [10] **Regitz-Zagrosek V, Blomstrom Lundqvist C, Borghi C, et al.** ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy : the Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* **2011;32(24)** :3147-3197.
- [11] **Ko JY, Leffert LR.** Clinical implications of neuraxial anesthesia in the parturient with scoliosis. *Anesth Analg.* **2009;109(6)** :1930-1934.
- [12] **Bauchat JR, McCarthy RJ, Koski TR, Wong CA.** Labor analgesia consumption and time to neuraxial catheter placement in women with a history of surgical correction for scoliosis : A case-matched study. *Anesth Analg.* **2015;121(4)** :981-987.
- [13] **Kuczkowski KM.** Labor analgesia for pregnant women with spina bifida : what does an obstetrician need to know ? *Arch Gynecol Obstet.* **2007;275(1)** :53-56.
- [14] **Bader M.** Neurologic and neuromuscular disease. In : Chestnut DH, ed. *Obstetric Anesthesia : Principles and Practice.* Elsevier M. Philadelphia; **2004** :872-891.
- [15] **Ducloy-boutors AS, Dalma-Laurent AF, Richart P.** Maladies neurologiques. In : *Anesthésie-Réanimation Obstétricale.* Masson. Paris; **2009** :219-227.
- [16] **Mercier FJ, Bonnet M-P.** Tattooing and various piercing : anaesthetic considerations. *Curr Opin Anaesthesiol.* **2009;22(3)** :436-441.
- [17] **Sng BL, Leong WL, Zeng Y, et al.** Early versus late initiation of epidural analgesia for labour. *Cochrane database Syst Rev.* **2014;(10)** :CD007238.