

Rachianalgésie pour révision utérine : à propos de notre pratique à la maternité du CHU de Treichville

Lumbar analgesia for uterine revision: an overview of our practice at the maternity ward of Treichville University Hospital

Kouame KA, Ango PD, Sai SS, Kone K, Adingra SCE, Diomandé S, Boua N.

Université Felix Houphouët Boigny Abidjan. Service d'Anesthésie-Réanimation CHU de Treichville

Auteur correspondant : Kouame Kouadio Antoine. **Courriel :** kouamekantoine@hotmail.com

Contact : 00225 0708931894 (Côte d'Ivoire)

Résumé :

Introduction : L'anesthésie générale en obstétrique pose nombreux problèmes notamment le risque d'intubation difficile et d'inhalation bronchique. Le but de notre étude était d'évaluer l'efficacité de la rachianalgésie dans la prise en charge de la révision utérine. **Patients et méthodes :** Il s'agissait d'une étude prospective observationnelle réalisée sur une période de 1 an (janvier-décembre 2025) et ayant eu pour cadre d'étude la maternité du CHU de Treichville. Ont été incluses les patientes classées ASA 2 ou 3 chez qui une révision utérine était indiquée au décours d'un accouchement par voie basse. En revanche, les patientes instables hémodynamiquement ou présentant une hémorragie du post partum (HPP) sévère voire l'existence d'un trouble patent de l'hémostase ou chez qui l'on suspectait une rupture utérine étaient de facto exclues de l'étude. La rachianalgésie était réalisée entre les vertèbres lombaires L3-L4 ou L4-L5 en position assise. Après une anesthésie locale de la peau avec 2 ml de lidocaïne 1%, la ponction lombaire (PL) était faite avec une aiguille à PL 25 bout crayon avec 2,5 mg de bupivacaïne (0,5%) isobare associé à 25 µg de fentanyl en intrathécale (L4-L5). **Résultats :** Durant la période d'étude 32 patientes ont incluses. L'âge moyen des patientes étaient de 29 ans ± 11. Une parité moyenne de 2 accouchements a été retrouvée. La durée moyenne des interventions était de 41 min ± 16 min. Au cours de la manœuvre, les lésions de la filière génitale prédominaient (73%). La durée moyenne de l'analgésie était de 122 min ± 17 (score EVA ≤ 2). **Conclusion :** La rachianalgésie est une technique simple, peu onéreuse, efficace et sûre pour la prise en charge analgésique de la révision utérine dans notre contexte de pays à ressources limitées.

Mots clés : Rachianalgésie ; Bupivacaïne ; Révision Utérine ; CHU de Treichville.

Introduction : La rachianalgésie est une technique d'anesthésie locorégionale consistant à injecter en intrathécale de faibles doses de substances antalgiques (morphiniques et/ou des anesthésiques locaux) [1]. Contrairement à la rachianesthésie qui induit en plus d'un bloc sensitif un bloc moteur, la rachianalgésie vise à supprimer la douleur tout en préservant idéalement une partie de la capacité motrice. En obstétrique, elle est classiquement indiquée pour soulager les douleurs lors d'un accouchement par voie basse très avancé (dilatation de plus de 5-6 cm) où la pose d'une péridurale classique serait trop lente [2, 3]. Nous avons bien voulu élargi dans notre étude cette technique analgésique à la révision utérine. **Patients**

Abstract:

Introduction: General anesthesia in obstetrics poses numerous challenges, including the risk of difficult intubation and bronchial aspiration. The aim of our study was to evaluate the efficacy of epidural analgesia in the management of uterine revision. **Patients and Methods:** This was a prospective observational study conducted over a 1-year period (January–December 2025) at the maternity ward of Treichville University Hospital. The study included patients classified as ASA 2 or 3 who required a uterine revision following a vaginal delivery. However, patients who were hemodynamically unstable or presenting with severe postpartum hemorrhage (PPH), a known hemostatic disorder, or suspected uterine rupture were automatically excluded from the study. Epidural anesthesia was administered between the L3-L4 or L4-L5 lumbar vertebrae in the sitting position. After local anesthesia of the skin with 2 mL of 1% lidocaine, a lumbar puncture (LP) was performed using a 25-gauge LP needle with 2.5 mg of isobaric bupivacaine (0.5%) combined with 25 µg of intrathecal fentanyl (L4-L5). **Results:** During the study period, 32 patients were included. The mean age of the patients was 29 years ± 11. The mean parity was 2 births. The mean duration of the procedures was 41 min ± 16 min. During the procedure, injuries to the genital tract were the most common (73%). The average duration of analgesia was 122 min ± 17 (VAS score ≤ 2). **Conclusion:** Spinal analgesia is a simple, inexpensive, effective, and safe technique for pain management during uterine revision in our resource-limited setting.

Keywords: Spinal analgesia; Bupivacaine; Uterine revision; Treichville University Hospital.

et méthodes : Il s'agissait d'une étude cohorte prospective observationnelle sur une période de 1an (janvier-décembre 2025) au service de gynéco-obstétrique du CHU de Treichville (Côte D'Ivoire). Ce service disposait en plus d'un pôle de réanimation-anesthésie dédié. Ont été incluses après un consentement éclairé, les patientes classées ASA 2 ou 3 et chez qui une révision utérine était indiquée au décours d'un accouchement par voie basse. En revanche, les patientes instables hémodynamiquement ou présentant une hémorragie du post partum (HPP) sévère voire l'existence d'un trouble patent de l'hémostase ou chez qui l'on suspectait une rupture utérine étaient de facto exclues de l'étude.

La rachianalgésie était réalisée entre les vertèbres lombaires L3-L4 ou L4-L5 en position assise. Après une anesthésie locale de la peau avec 2 ml de lidocaïne 1%, la ponction lombaire (PL) était faite avec une aiguille à PL 25 gauge bout crayon avec 2,5 mg de bupivacaïne (0,5%) isobare associé à 25 µg de fentanyl en intrathécale. La collecte des données était faite à partir d'une fiche d'enquête individuelle. Les paramètres étudiés étaient : les données socio-démographiques (l'âge, la parité, la gestité) ; la durée des interventions ; le diagnostic retenu. Notre principal critère de jugement était la qualité de l'analgésie procurée. Ainsi, l'intensité de la douleur

était évaluée à l'aide de l'échelle visuelle analogique (EVA). Le seuil de performance était un score EVA ≤ 2 . Les incidents ou accidents éventuels liés à la technique étaient également recensés (échec ou défaut d'analgésie, dépression respiratoire, hypotension artérielle réfractaire). Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Word et analysées par le logiciel Epi.info version 7. **Résultats** : Un effectif de 32 patientes a été colligé pendant la période d'étude. L'âge moyen des patientes était de 29 ans ± 11 . Une parité moyenne de 2 accouchements a été retrouvé (**Tableau**).

Tableau : Récapitulatif des données sociodémographiques et clinique des patientes (N= 32)

Paramètres	Valeurs
Age moyen	26,34 \pm 11,51 ans [16 – 42]
Gestité moyenne	3,26 \pm 2,05
Parité moyenne	2,54 \pm 1,17
Etiologies :	
- Lésions de la filière génitale	n = 28
- Rétention placentaire	n = 4
- Atonie utérine	n = 1
Durée moyenne de l'analgésie (score EVA ≤ 2)	122 min \pm 17
Incidents :	
- Echec de la technique	Néant
- Défaut d'analgésie	Néant
- Hypotension artérielle réfractaire	Néant
- Dépression respiratoire	Néant

La durée moyenne des interventions était de 41 min \pm 16 min. Au cours de la manœuvre, les lésions de la filière génitale prédominaient (73%). La durée moyenne de l'analgésie était de 122 min \pm 17 (score EVA ≤ 2). L'analgésie rachidienne procurée était suffisante et satisfaisante chez l'ensemble des patientes. Aucun cas d'échec ou de défaut d'analgésie nécessitant une analgésie complémentaire n'a été observé. Par ailleurs, nous n'avons ni recensé de cas de dépression respiratoire ni d'hypotension artérielle réfractaire au décours de la rachianalgésie.

Discussion : La révision utérine (RU) est un geste obstétrical manuel urgent visant à explorer la cavité utérine après l'accouchement pour en retirer des débris placentaires ou membranaires, souvent en cas d'hémorragie. Elle est surtout indiquée en cas de rétention placentaire partielle ou totale, hémorragie du post-partum ou doute sur l'intégrité du placenta [4, 5]. Réalisée de principe sous analgésie (péridurale ou rachianesthésie), la RU est bien parfois encore réalisée sans analgésie aucune dans nos pays à ressources limitées. Or, la RU est une procédure douloureuse, partie intégrante des douleurs obstétricales souvent décrite comme plus intense ou différente des contractions de l'accouchement, car elle implique une manipulation directe à l'intérieur de l'utérus. Elle est souvent décrite comme semblable à des crampes menstruelles extrêmement intenses ou à une sensation de déchirure, en particulier si elle est réalisée sans anesthésie adéquate [6 - 8]. Or le socle de l'analgésie obstétricale repose incontestablement sur l'analgésie périmédullaire qu'il s'agisse d'une APD (analgésie péridurale), d'une PRC (péri-rachis

combiné) ou d'une rachianalgésie [9-11]. Classiquement indiquée pour soulager les douleurs lors d'un accouchement par voie basse très avancé, nous avons bien voulu étendre la rachianalgésie à la révision utérine, vu ses nombreux avantages (simple à réaliser, peu onéreux, bloc sympathique moindre...). Et surtout que l'anesthésie générale en obstétrique posait déjà de nombreux problèmes notamment le risque d'intubation difficile et d'inhalation bronchique [12, 13]. En effet, Les problèmes respiratoires représentent trois quarts des causes de décès liés à l'anesthésie en obstétrique, qu'il s'agisse de ventilation difficile (38 %), intubation difficile (18 %) et intubation œsophagienne (17 %) [14]. En outre, conformément aux recommandations [1], nous avons pris soin d'exclure de notre cohorte les cas d'hémorragie sévères du post partum pour lesquels une anesthésie générale s'imposait de facto. La rachianalgésie ainsi procurée a permis la réalisation de la révision utérine chez l'ensemble de nos patientes sélectionnées avec une durée moyenne d'analgésie de 122 min \pm 17 (score EVA ≤ 2). Aucun cas d'échec ou de défaut d'analgésie n'a été recensé dans notre étude. Elle s'est avérée séduisante par son innocuité et sa simplicité de réalisation (aucun incident majeur notamment hémodynamique et respiratoire). Par ailleurs, il est admis selon la littérature [1], qu'en injection intrathécale initiale et unique le fentanyl (15 à 25 µg) induisait une analgésie de 1,5 à 2 heures en moyenne au cours du travail. Cette durée pouvait être prolongée par l'adjonction de bupivacaïne intrathécale (1 à 2,5 mg).

La dose maximale de bupivacaïne alors recommandée était de 2,5 mg, afin de prévenir le bloc-moteur. En effet, les anesthésiques locaux ne sont utilisés que pour potentialiser les morphiniques liposolubles. Ainsi, Hughes et al. [15] ont montré qu'une rachianalgésie pour le travail avec 2,5 mg de ropivacaïne (+ 15 µg de fentanyl) n'avait entraîné qu'un seul cas de bloc moteur détectable par le score de Bromage chez 20 parturientes versus 8 cas de bloc moteur chez 20 parturientes lors de l'emploi de

Références :

1. **Les blocs périmédullaires chez l'adulte.** Recommandations pour la pratique clinique. Ann Fr Anesth Reanim 2007 ; 2007 ; 26(7-8):720-752. doi: 10.1016/j.annfar.2007.05.010
2. **Hawkins JL.** Epidural analgesia for labor and delivery. N Engl J Med. 2010 Apr 22;362(16):1503-10. doi: 10.1056/NEJMc0909254.
3. **American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia.** Practice guidelines for obstetric anesthesia: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. Anesthesiology. 2007 Apr;106(4):843-63. doi: 10.1097/01.anes.0000264744.63275.10.
4. **Lansac J, Perrotin F.** Délivrance et examen du placenta. In : Lansac J, Descamps P,
5. **Oury JF.** Pratique de l'accouchement, 5ème édition. Paris : Masson ; 2012. p. 91-106.
6. **Dreyfus M, Beucher G, Mignon A, Langer B.** Prise en charge obstétricale initiale en cas d'hémorragie du post-partum. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2004 Déc ; 33 (8) : 57-64.
7. **J. Pottecher, D. Benhamou.** Douleur et analgésie obstétricales. J Gynecol Obstet Hum Reprod. Vol 33 - N° 3 - mai 2004. p:179-191. Doi : JGYN-05-2004-33-3-0368-2315-101019-ART1
8. **A. Delabaere, B. Cotte, A. Mansoor, M. Canis, G. Mage.** Douleur périnéale du post-partum inhabituelle : apport de l'échographie. Gyn Obstet Fertil Senol. Volume 36, Issue 2, 2008, Pages 169-172. doi.org/10.1016/j.gyobfe.2007.10.023.
9. **Leah L. Albers, Noelle Borders.** Minimizing Genital Tract Trauma and Related Pain Following Spontaneous Vaginal Birth. Journal of Midwifery & Women's Health. Volume 52, Issue 3, 2007, Pages 246-253. doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.12.008
10. **Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L.** Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Dec 7;(12):CD000331. doi: 10.1002/14651858.CD000331.pub3.
11. **Jones L, Othman M, Dowswell T, et al.** Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews.2012;Issue 3:CD009234.
12. **Audrey Stalla-Bourdillon, Gabriela Moyano, Sonia Levenet, Clément Hoffmann, Frédéric J. Mercier.** Influence de l'analgésie locorégionale sur la mécanique obstétricale. Anesthésie & Réanimation. Volume 1, Issue 2, 2015, Pages 167-172. doi.org/10.1016/j.anrea.2014.12.009.
13. **Vincent Minville*,1, Roland Desprats, Kamran Samii.** Intubation difficile en obstétrique, que faut-il faire ? Le Praticien en anesthésie réanimation (2008) 12, 4 – 45. doi.10.1016/j.pratan.2008.01.004.
14. **Hawkins JL.** Anesthesia-related maternal mortality. Clin Obstet Gynecol 2003;46:679-87.
15. **Cheney FW.** The American Society of Anesthesiologists Closed Claims Project: what have we learned, how has it affected practice, and how will it affect practice in the future? Anesthesiology 1999;91:552—6.
16. **Hughes D, Hill D, Fee JPH.** Intrathecal ropivacaine or bupivacaine with fentanyl for labour. Br J Anaesth 2001 87 :733-7. doi.org/10.1093/bja/87.5.733.