

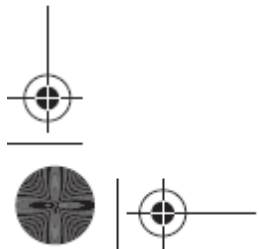
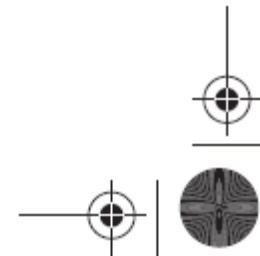
LES CEPHALEES POST EFFRACTION DURE-MERO-ARACHNOIDIENNE: Mythe ou Réalité?

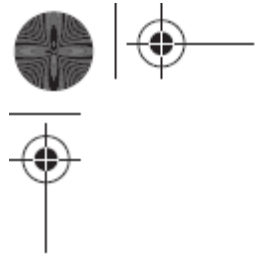
M.Mokrani; A.Benyoucef; K.Habchi; S.Atba benatba

Service d'anesthésie réanimation de l'HCA

Service de gynéco-obstétrique de l'HCA

3,4 et 5 Octobre 2012 Sheraton / ALGER



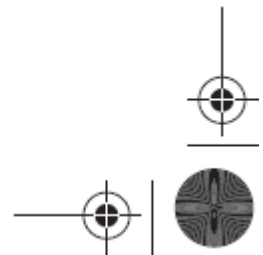


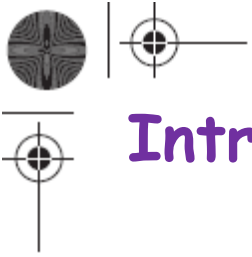
The versatile **August Bier** (1861-1949), father of spinal anesthesia

By Goerig M, Agarwal K, Schulte am Esch J.
Department of Anesthesiology, University Hospital Eppendorf,
Hamburg, Germany. goerig@uke.uni-hamburg.de *J Clin
Anesth.* 2000 Nov;12(7):561-9.

16 août 1898 : premier malade opéré sous rachianesthésie (cocaïne)

L'hypotension du LCR secondaire à une brèche méningée est connue depuis 1898.





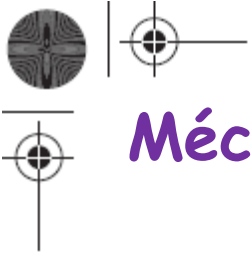
Introduction

- La rachianesthésie s'est largement imposée ces dernières années et est devenue la technique de choix pour les césariennes.
- **C'est une technique de réalisation simple, d'installation rapide, puissante et fiable.**
- **DÉFINITION**: « Céphalées ;posturales bilatérales ; frontales et/ou occipitales chez un patient non céphalalgique; survenant dans les 7jours d'une ponction durale » **(1)**
- **L'incidence** : L'incidence est variable entre 0,32 et 2% selon les séries.**(2)**
- **But**:
Évaluer l'incidence des CPEDA chez une population obstétricale, de reconnaître les facteurs déterminants et la prise en charge.

1. *The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. Cephalgia 2004; 24 (Suppl 1): 9-160*

2- *Miguil M, Salmi S, Younous S, Mouhaoui M, Mikou F. Tumeur cérébrale et césarienne. Cah Anesthesiol 2000 ; 48, 5 : 387-390.*





Mécanismes des CPEDM

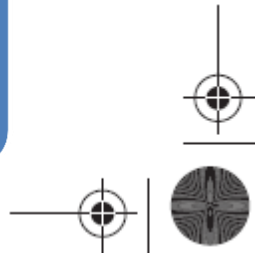
Brèche durale

- 1 • Fuite de LCR
- 2 • Hypotension du LCR
- 3 • Vasodilatation cérébrale

Céphalées

Tractions sur le névraxe

Stimulations nocicepteurs cérébraux

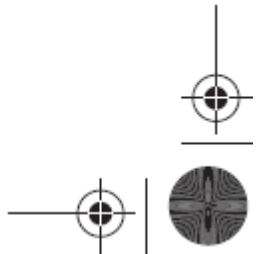


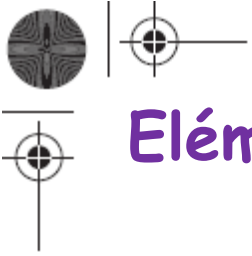


Eléments du diagnostic de CPEDM I

- **CEPHALEES posturales en « CASQUE »** → maximales en position debout (orthostatique) et assise et surtout calmée par le décubitus dorsal.
 - Apparition dans les 3jrs suivant la brèche, parfois précoce, rarement tardive (après J5)
- **Très sévères**
- **Siege:** fronto-occipital avec irradiations aux cervicales et aux épaules.

- **Signes associés :**
 - Scapulalgies/cervicalgies/dorso-lombalgies,
 - Malaise, vertiges, nausées, vomissements,
 - Parfois troubles visuels (diplopie, photophobies) et/ou auditifs (acouphènes),
 - Parfois paralysie des nerfs crâniens,
 - État dépressif.
- **Complications :**
 - Convulsions.
 - Hématomes sous-duraux intracrâniens.
 - Engagement et mort.





Éléments du diagnostic de CPEDM II

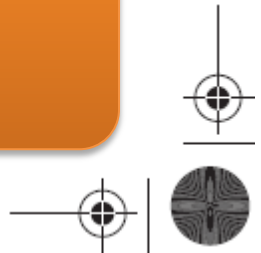
SFAR 2001

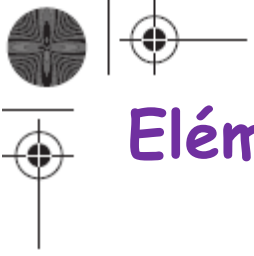


**En présence d'un tableau typique
aucun examen complémentaire
n'est indiqué ni nécessaire.**



**Tableau atypique:
avis neurologique,
TDM ou IRM cérébrale++++,
IRM médullaire,
transit isotopique du LCR**

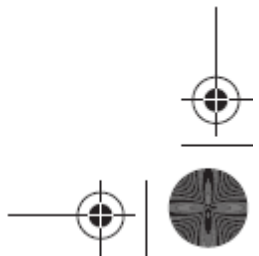




Éléments du diagnostic différentiel de CPEDM III

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL de la céphalée positionnelle :

1. Thrombose veineuse cérébrale,
2. Méningite,
3. Eclampsie.
4. Hypertension artérielle et fièvre
5. Pneumencéphalie





CAT Traitements conservateurs >>> 1ère intention

Mesures générales

- Repos au lit - en DD stricte ???
- Antalgiques palier 1 et/ou 2
- Caféine +++
- Hydratation ???
- Sumatriptan /// ACTH (Synacthène®)

Indications du blood patch → traitement de référence

Pas de blood-patch préventif.

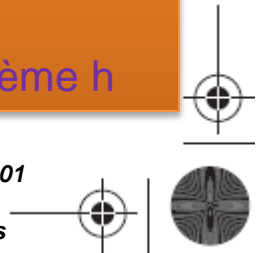
- Échec des autres thérapeutiques
- Céphalées sévères, voire invalidantes
- Pas de tendance à la résolution spontanée
- Possibilité de complications :
 - Paralysie des nerfs crâniens
 - Troubles auditifs
 - Hématome sous-dural

2ème intention

- Blood patch à la 48ème ou 72ème h

4 Société française d'anesthésie et de réanimation. Complications des brèches dures après ponction lombaire. Conférence d'Experts ; 2001 (à paraître).

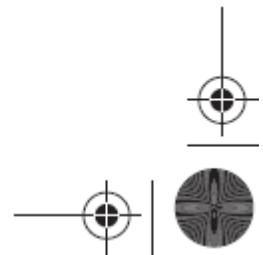
5 Souron V, Simon L, Hamza J. Brèches dure-mériennes au cours de l'analgésie péridurale du travail : prise en charge par les anesthésistes français en 1997. Ann Fr Anesth Réanim 1999 ; 18 : 941-8.





Patients et Méthodes I

- Etude prospective, descriptive au service de gynéco-obstétrique de l'HCA.
- Entre janvier 2011 a mai 2012 (soit 17 mois).
- Patientes bénéficiant d'une ALR pour césarienne s/RA.
- La ponction de rachianesthésie : réalisée en position assise, par voie médiane, le plus souvent entre L₂ et L₅ , biseau en direction céphalique avec une aiguille avec un biseau tranchant selon Quincke 25G . chez une patiente monitorée, avec remplissage préalable,
- L'anesthésie a été obtenue avec 10 mg de Bupivacaine hyperbare et 25µg de fentanyl ou 2,5µg de sufentanil +/- morphine 100µg.

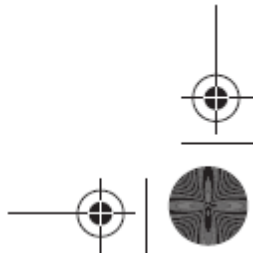




Patients et Méthodes II

Critères étudiés:

1. L'âge moyen et leurs antécédents.
2. L'incidence de survenue.
3. Les patients ont été suivis pendant les cinq jours postopératoires, a la recherche de CPEDA.
4. Le nombre de ponction.
5. La répartition selon leur siège, leurs signes accompagnateurs .
6. Le délai d'apparition et leur durées
7. La répartition selon leur intensités avec (EVS) et classées en trois grades:
 - le grade I → d'intensité modérées ne gênant pas l'activité quotidienne,
 - le grade II → d'intensité moyenne et imposant un alitement périodique
 - le grade III → d'intensité sévères empêchant la position assise ou l'alimentation.
8. La prise en charge thérapeutique.





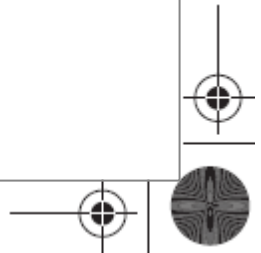
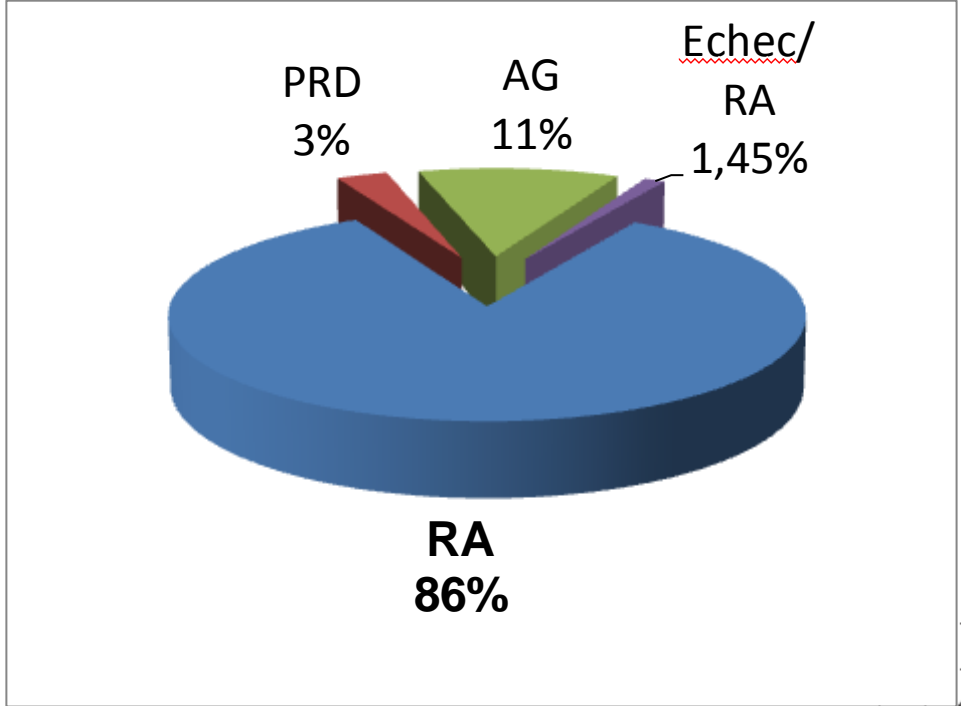
Résultats I

4342
Naissances

2833
AVB (65%)

1509
Césariennes
(35%)

1506 Césariennes soit 35%			
RA	PRD	AG	Echec /ALR
1309	46	179	19
86%	3%	11%	1,45%





Résultats II

L'âge moyen → 32,66 ans (27-41 ans)

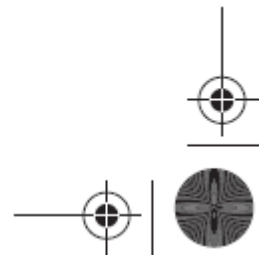
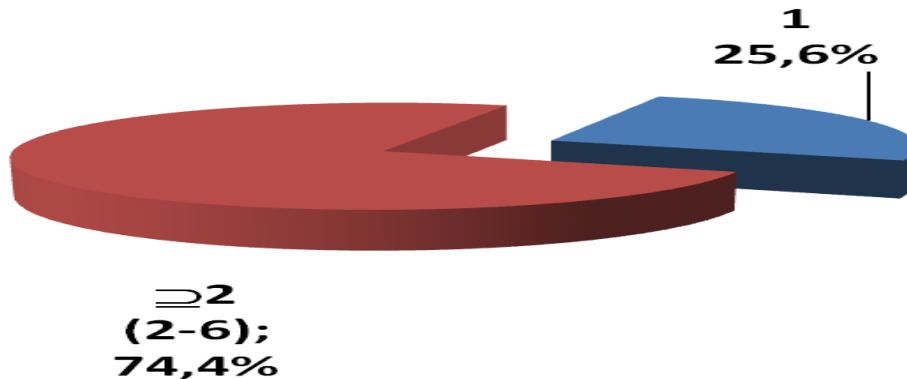
Antécédents : 2 cas de CPEDA lors des césariennes soit 4,24%

L'incidence → 3,12 % (n = 47)

Nombre de ponction en moyenne → 03 [2-6]

1506 Césariennes soit 35%	
ALR	Echec /ALR
1355	19
90%	1,45%

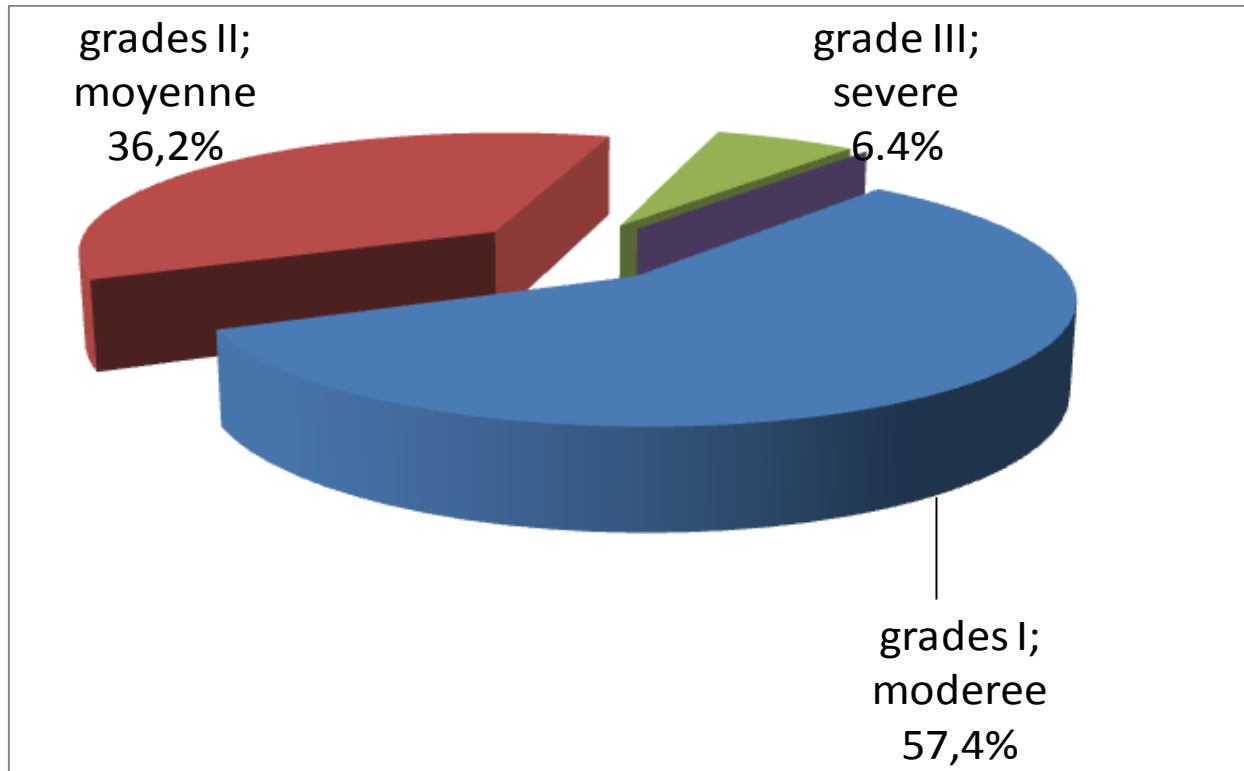
nombre de tentatives



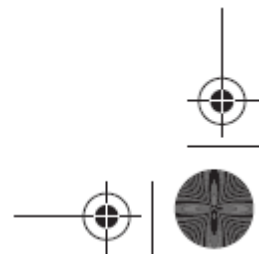


Résultats III

Répartition selon leur gravite : 3 stades cliniques



N = 47 parturientes		
Grade I	Grade II	Grade III
27 soit 57,4%	17 soit 36,2%	3 Soit 6,4%

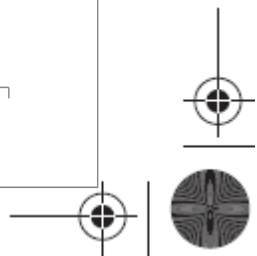
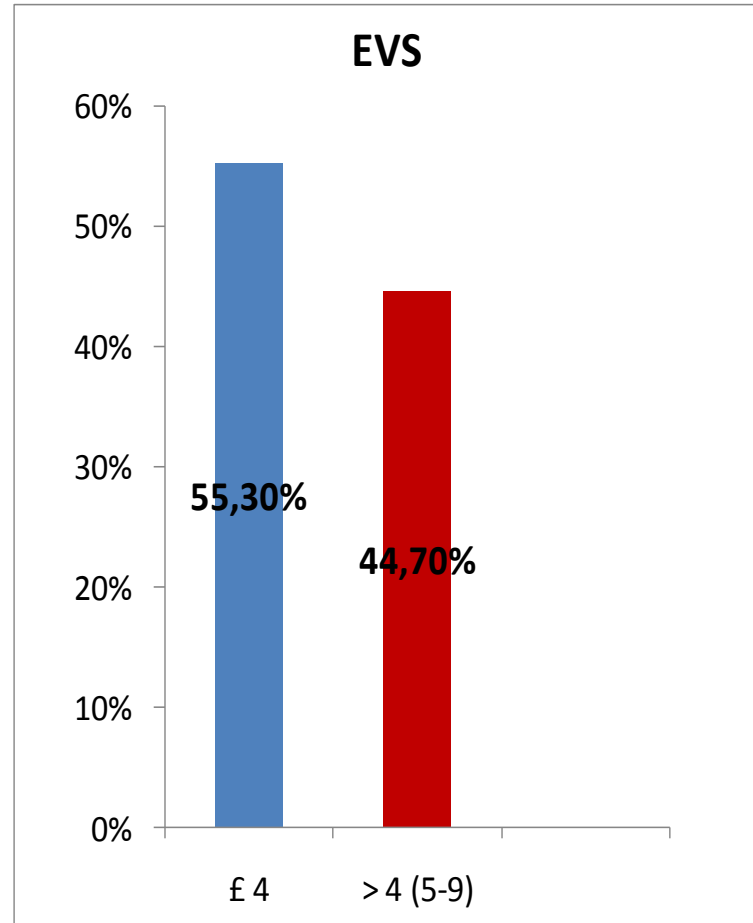




Résultats IV

Répartition selon leur intensités :EVS

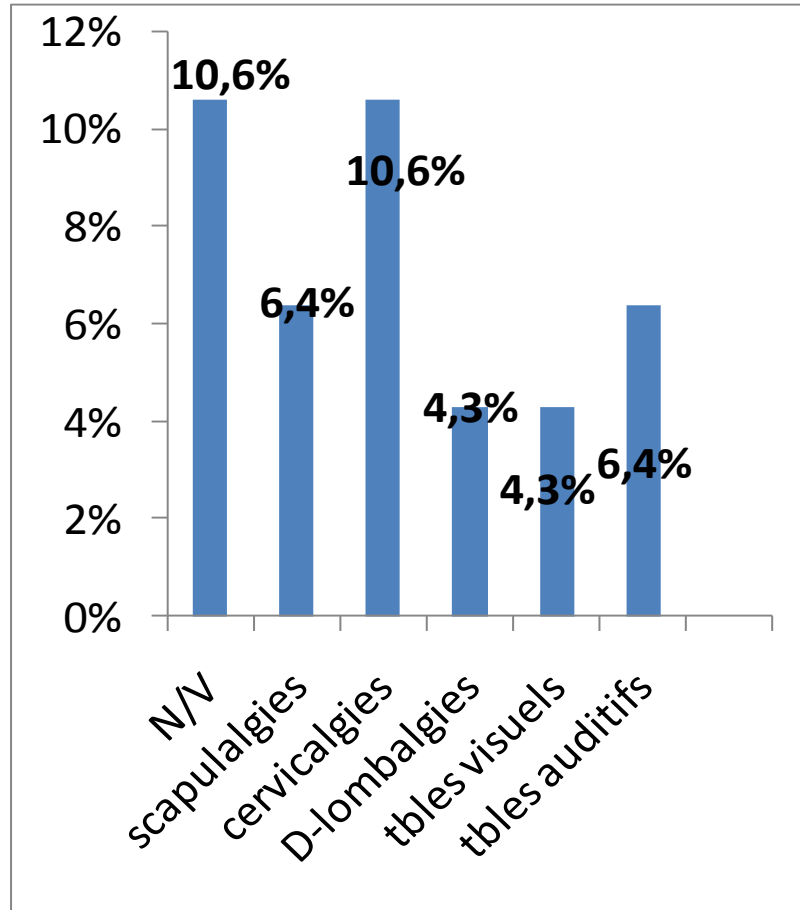
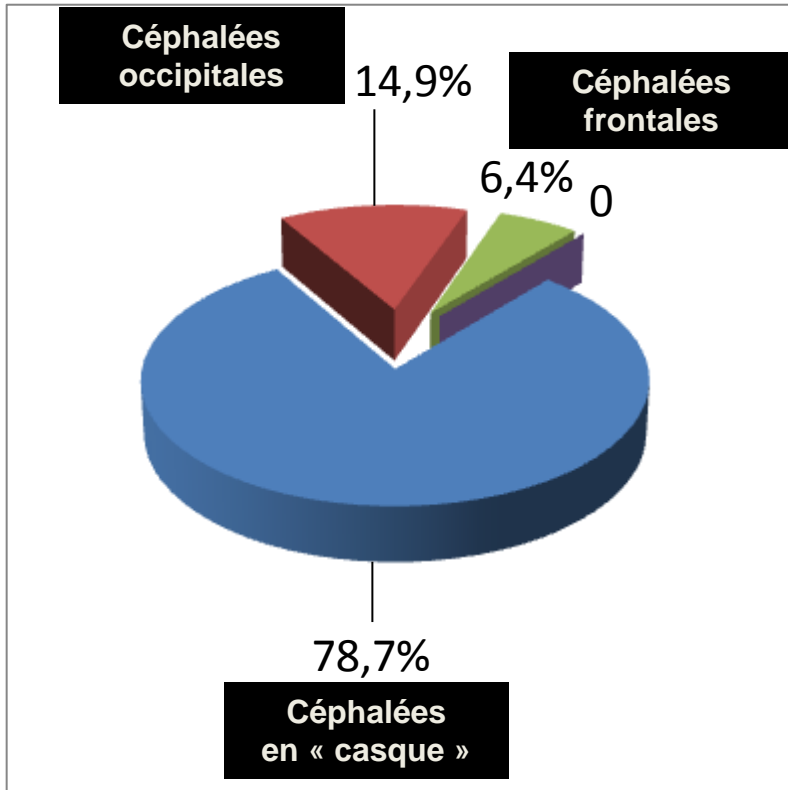
la majorité des céphalées soit 55,3% étaient d'intensité modérées



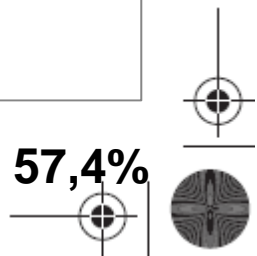


Résultats V

Répartition selon le siège et les signes accompagnateurs

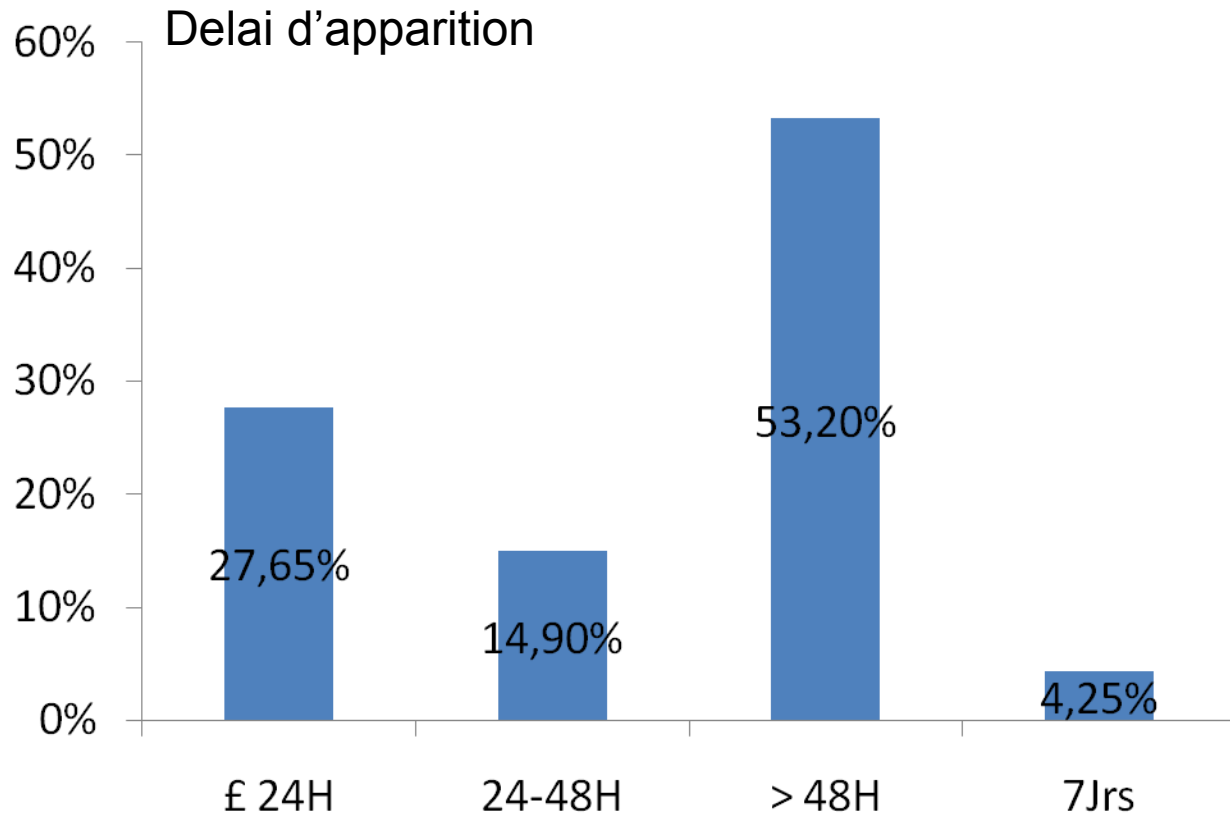


Ces CPEDA étaient le plus souvent sans signes accompagnateurs: 57,4%

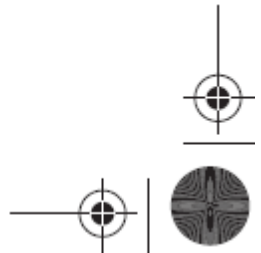




Résultats VI



Délai moyen d'apparition → 3.36jours
Délai de résolution 2 et 5jours → 48,7%
> 7jours → 51,3%





COMMENTAIRES I

Les céphalées sont conditionnées par la rapidité et la durée de la fuite du LCR à travers la brèche dure-mérienne [1] [2]. En obstétrique, toutes les céphalées survenant après une rachianesthésie ou une péridurale,

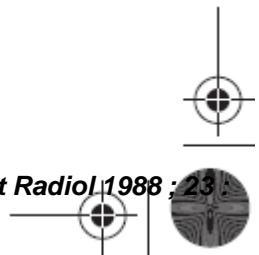
❑ Les CPEDA prédominent chez le jeune **entre 20 et 30 ans** avec un incidence maximale chez le femme enceinte varie de 0,26 à 2,6 %.

Dans notre série l'âge moyen était de 32ans et leur l'incidence est 3,12% [n=47]s/est.

❑ Elles apparaissent de 24 a 48h après la rachianesthésie.

Dans notre série, il apparait majoritairement dans les 3.36jrs dans plus de 50% des cas.

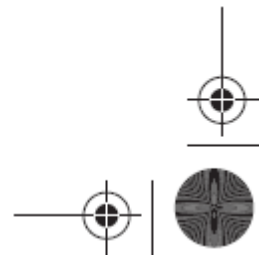
❑ Elles sont positionnelle, maximales en position debout , assises et calmées par le décubitus dorsale. Et dans 59.2% des cas isoles [soit n=27].





COMMENTAIRES II

- ❑ Dans notre série 57,4% (n=27) des patients avaient des CPEDA de grade I, 36,2% (n=17) de grade II et 6,4% (n=3) de grade III.
- ❑ L'évaluation de l'intensité de la douleur reste difficile du fait de l'absence d'homogénéité.
- ❑ Leur localisation était surtout **diffuses en casque** ou **fronto-occipital (78,7% des cas)**, **occipitales (14,9%)** ou **frontales (6,4%)**; irradiant vers les épaules et les cervicales .
- ❑ Ces CPEDA étaient **le plus souvent sans signe accompagnateur (57,4%)**, parfois accompagnées de **N/V dans 10,6% des cas** , on peut noter une atteinte des nerfs crâniennes avec **photophobie dans 4,3% des cas** , **acouphènes dans 6,4% des**





COMMENTAIRES III

❑ Les CPEDA sont dans la majorité des cas étaient résolutive en 3-5j soit plus de 50% sauf pour 4 cas soit 8,5% persistées au delà de 7j.

❑ Tous nos cas de CPEDA ont bénéficié d'un traitement conservateur :

✓ décubitus dorsal strict pendant 24 heures, ???

✓ une augmentation des apports hydriques , ???

✓ des traitements antalgiques déjà débutés en post opératoire immédiat (notamment à base de paracétamol) et/ou AINS et/ou CAFÉINE.

❑ Dans notre série le « Blood patch » ne s'était pas avéré nécessaire.

Il n'est donc pas toujours urgent de réaliser un blood-patch, et il faut parfois temporiser en rassurant le patient, si l'évolution semble favorable ; un délai de 36 à 48 heures est acceptable .

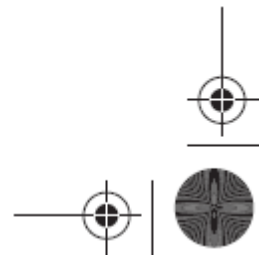




COMMENTAIRES IV

Il a été démontré que l'utilisation d'aiguilles spinales à bout tranchant (telles que les aiguilles de 25G comme celles utilisées) entraînait une brèche ellipsoïdale, ovale semi lunaire ou en forme de « U », favorisant l'apparition des CPEDA ; d'autant plus que leur calibre est élevé .

En effet, l'incidence des céphalées après rachianesthésie pour césarienne est passée de 15 % en moyenne (3-25 %) avec des aiguilles 25 gauge Quincke à moins de 0,5 % maintenant avec les aiguilles 27 gauge pointe crayon.



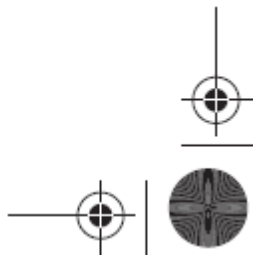


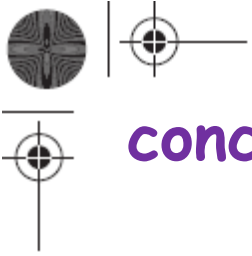
COMMENTAIRES V

Les facteurs déterminants des CPEDA:

(Etabli sur la base de plusieurs publications différentes).

1. L'âge jeune.
2. Le sexe féminin.
3. La grossesse.[facteur intercurrent]
4. Les ponctions multiples
5. Le matériel → les caractéristiques l'aiguille sont des facteurs majeurs : plus le diamètre est important, plus le biseau est tranchant et plus l'incidence et la sévérité seront importantes .





conclusion

- ❑ **Le risque de CPEDA est actuellement bien maitrise grâce au développement technique des aiguilles « points crayon » ,ce qui a réduit sensiblement l'incidence des CPEDA Ainsi, le recours au *blood-patch* est *considérablement limité*.**
- ❑ ***Elle impose un diagnostique précoce et un traitement adapte en fonction de leur sévérité.***
- ❑ ***Leur prévention est basée avant tout sur le choix du matériel adapte.***

