

Évaluation/Consultation pré-accouchement

Cours de sciences de base - Anesthésie obstétricale

C. Lamontagne

17 septembre 2026

Consultation pré-accouchement

1. Sera potentiellement consultée à 3h AM et/ou en urgence.
 - Documentation claire des éléments pertinents à la prise en charge anesthésique.
2. Mode d'accouchement impossible à prédire
 - Suggestions de prise en charge considérant les différents scénarios possibles (AVS, forceps, c/s semi-urgente, c/s extrême urgence)
3. Prise en charge doit aussi être claire pour le reste de l'équipe à l'UDN.
 - Vulgarisation et explication de concepts qui peuvent sembler évident pour nous.

Antécédents médicaux

- HTA chronique ou gestationnelle
- Maladie cardiaque congénitale
- Diabète type 1, type 2 ou gestationnel
- Obésité
- Thrombocytopénie, coagulopathie
- Anticoagulants, HBPM
- Anémie falciforme, thalassémie
- Douleur chronique
- Trouble d'abus de substances
- Épilepsie, Pseudotumor cerebi
- Scoliose, Spina bifida
- Maladie autoimmune systémique (Lupus, arthrite rhumatoïde)
- Asthme, fibrose kystique, SAOS

Antécédents chirurgicaux

- Chx de la colonne
- Chx abdominales
- Chx de l'utérus (myomectomie, curetage, c/s, grossesse ectopique)

Antécédents anesthésiques

- Intubation difficile
- Neuraxiale difficile
- Accès IV difficile
- Effets secondaires liés à l'anesthésie (nausée, prurit, céphalée, ...)
- Hyperthermie maligne / pseudocholinestérase atypique

Antécédents obstétricaux

- Hx des grossesses antérieures
 - Mode d'accouchement (AVS, forceps, c/s)
 - Complications (PES, HPP)
- Grossesse actuelle
 - Âge gestationnel (préma?)
 - Grossesse simple ou multiple (double setup?)
 - Estimation poids foetal, anomalies foetales et position foetus (siège? Besoin néonatal?)
 - Position du placenta (previa, accreta/increta/percreta?)

Examen physique

- Poids, taille, IMC
- TA de base
- Examen des voies aériennes
- Auscultation cardiaque et pulmonaire
- Colonne lombaire: Signe de spina bifida, scoliose, cicatrice,...
- Potentiel veineux

Bilan

- FSC et cross match
 - Selon histoire de la patiente et complications hémorragiques anticipées
- Bilans complémentaires
 - Prééclampsie - coag, fibrinogène, créat, E+, bilan hépatique
 - Mx cardiovasculaire - ETT
 - Fibrose kystique - TFR, RXP
 - Mx autoimmune - Imagerie colonne cervicale
 - Spina bifida - IRM colonne

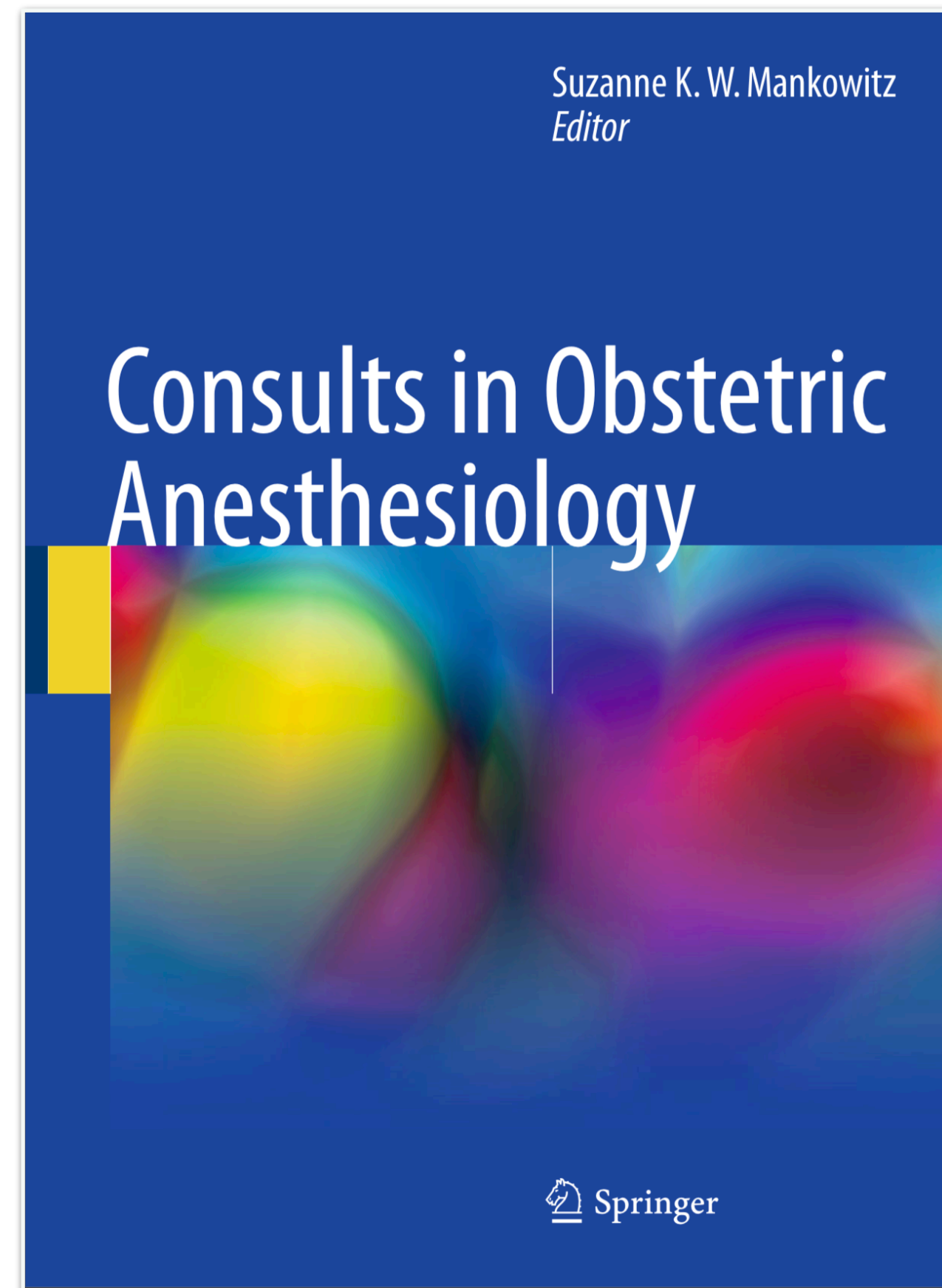
Plan anesthésique

- Résumé des considérations anesthésiques surtout si maladie coexistante rare.
- Pensez aux informations à retrouver rapidement en cas de P1:
 - Contre-indication à succinylcholine ou volatils? - Complications à anticiper?
- Plan anesthésique:
 1. Si accouchement vaginal: ... Analgésie neuraxiale, ACP rémi, ...
 2. Si c/s: ... Anesthésie rachi vs épidurale vs combinée vs AG, ...
 3. Si c/s d'extrême urgence: ... Anesthésie neuraxiale vs AG, TAP block ou ACP post-op, ...
- Discussion risques et bénéfices de chaque alternative et obtenir consentement.

Plan anesthésique

- Si AW non rassurant: Plan de prise en charge des VA
- Si pathologie cardiaque ou PES: Rappel des cibles hémodynamiques
- Si thrombocytopénie/coagulopathie:
 - Consulter le plan de l'hémato
 - Préciser le seuil de plaquettes pour neuraxiale selon le contexte spécifique
- Si accès IV potentiellement difficile:
 - Suggérer de laisser la 1ère tentative à l'équipe d'anesthésie.
 - PICC line
 - Canule artérielle si prélèvements fréquents anticipés.

Références





Questions ?

christina.lamontagne@umontreal.ca