

Etre soigné,

c'est aussi être informé

Coordination des Services d'Anesthésie
du CHU de Toulouse

Hôpital Paule de Viguier

330, Avenue de Grande-Bretagne - TSA 40031 - 31059 Toulouse Cedex 9



**Information
sur les analgésies et anesthésies
pour l'accouchement**

PÔLE ANESTHÉSIE-RÉANIMATION

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TOULOUSE



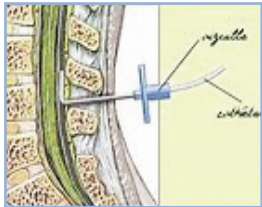
La naissance de votre enfant est un événement majeur qui peut nécessiter l'intervention d'un médecin anesthésiste pour prendre en charge la douleur ou réaliser une anesthésie. La consultation d'anesthésie avant l'accouchement a été rendue obligatoire dans l'établissement où est prévu l'accouchement depuis 1998 pour ces raisons.

Le motif d'intervention le plus fréquent d'un médecin anesthésiste pendant le travail et l'accouchement est la prise en charge de la douleur. La technique d'analgésie la plus fréquemment utilisée est l'analgésie péridurale. Elle est réalisée par un médecin anesthésiste présent dans l'établissement 24h sur 24 ou un interne en médecine préalablement formé à cette technique et exerçant par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève en raison du statut hospitalo-universitaire du CHU de Toulouse.

L'ANALGÉSIE PÉRIDURALE

1. Qu'est-ce qu'une péridurale ?

C'est une technique d'anesthésie qui sert à soulager la douleur provoquée par les contractions et la naissance. Elle consiste à mettre en place un cathéter (petit tuyau très fin), dans l'espace péridural situé au niveau de la colonne vertébrale lombaire. Ce cathéter est ensuite fixé le long du dos par du sparadrap et son



extrémité est placée sur l'épaule.

Grâce à ce cathéter, on pourra injecter aussi souvent que nécessaire

les produits anesthésiques (anesthésique local et médicament dérivé de la morphine) pour qu'ils imprègnent les nerfs qui traversent l'espace péridural, supprimant ainsi la perception de la douleur pendant toute la durée du travail

2. Quels sont les avantages de la péridurale ?

Le premier avantage est la **suppression de la douleur des contractions et de la naissance** sans altération de la conscience ni modification du déroulement de l'accouchement. Elle n'augmente pas le risque de césarienne, mais s'accompagne

d'une discrète augmentation du recours à une assistance à la naissance (forceps, ventouse ou spatules). Il est possible de conserver la perception de la présence des contractions dans le but d'être capable de participer activement et efficacement au processus de la naissance.

Elle évitera dans la plupart des cas l'anesthésie générale, si un geste obstétrical était nécessaire (par exemple : forceps, césarienne...), celui-ci pouvant être fait par simple réinjection de produits anesthésiques dans le cathéter.

C'est la technique d'analgésie la plus efficace pour l'accouchement parmi celles dont on dispose.

3. Existe-t-il des inconvénients ?

Ils peuvent exister même si vous avez été surveillée attentivement et même si le médecin anesthésiste a pris toutes les précautions pour les éviter.

Vous pouvez ressentir un malaise passager dû à une diminution de la tension artérielle.

Des tremblements peuvent également survenir, ainsi que des démangeaisons.

Vous pouvez parfois ressentir un engourdissement, des fourmillements, une lourdeur ou une faiblesse au niveau des jambes. Toutefois, actuellement les faibles concentrations de produit anesthésique permettent de limiter cette faiblesse. Ne plus pouvoir bouger les jambes est anormal et doit être signalé immédiatement à la sage-femme ou au médecin.

La péridurale diminue, voire supprime "l'envie de pousser". Même, si vous ne ressentez pas le besoin de pousser, vous serez capable de le faire en écoutant les conseils de la sage-femme.

Une difficulté transitoire pour uriner est fréquente et peut nécessiter un sondage évacuateur de la vessie.

Les péridurales « trop fortes » peuvent être à l'origine de difficultés à pousser et d'une augmentation des techniques d'assistance à l'expulsion (spatules, forceps, ventouses).

Un traitement spécifique et des faibles concentrations permettront d'atténuer ces inconvénients, voire de les supprimer.

4. Quels sont les risques d'une péridurale ?

Les maux de tête sont rares (0,5 % à 1 %) mais constituent la complication la plus fréquente :

Ils sont dus à une difficulté technique au moment de la pose,

l'aiguille ayant été poussée trop loin jusque dans le liquide céphalo rachidien.

Vous diminuerez ce risque, si vous restez calme pendant la mise en place du cathéter.



- S'ils surviennent, plusieurs traitements existent, qui permettent de les réduire (repos allongé, boissons abondantes, perfusions, médicaments contre la douleur, caféine...)

- S'ils persistent une injection d'une petite quantité de votre propre sang dans l'espace péridural vous sera proposée. Cette technique est appelée blood patch. Elle permet de faire disparaître les maux de tête dans la majorité des cas parfois au prix d'un second blood patch.

Les lombalgies :

Elles peuvent exister après l'accouchement (effort pendant l'accouchement, modification de la statique vertébrale liée à la grossesse, mauvaise position sur la table...), mais ne sont pas liées à la péridurale. On les rencontre d'ailleurs avec la même fréquence chez les femmes qui ont accouché sans péridurale. Cependant des douleurs au point de ponction peuvent être présentes 48 heures environ.

L'infection (méningite ou abcès) est très rare (1/90 000). Elle est prévenue par le respect de règles d'hygiène très strictes lors de la pose.

La paralysie définitive, est un accident tout à fait exceptionnel si l'on respecte les contre-indications (1/500 000).

Une rachianesthésie « totale », par injection accidentelle dans le liquide céphalo rachidien des produits anesthésiques, est de survenue rarissime. Des mesures de prévention de cette complication sont appliquées systématiquement. Si elle survenait malgré tout, l'induction d'une anesthésie générale et un traitement spécifique seraient réalisés.

5. La péridurale est-elle dangereuse pour le bébé ?



Les produits utilisés sont sans danger pour votre enfant, car ils traversent très peu la barrière

placentaire. De nombreux travaux ont étudié l'effet de l'analgésie péridurale sur le fœtus pendant le travail ou le bébé à la naissance (rythme cardiaque, comportement, respiration, paramètres biologiques). Tous ces travaux concluent à l'absence d'effet nocif chez l'enfant.

6. Existe-t-il des contre-indications à la péridurale ?

Elles sont très peu nombreuses mais parfois sans appel :

- Les troubles de la coagulation sanguine non corrigés par la grossesse, une baisse importante des plaquettes ou la prise d'un traitement perturbant la coagulation (héparine par exemple). Si ces traitements sont arrêtés suffisamment longtemps avant l'accouchement vous pourrez bénéficier d'une péridurale.

- Une fièvre avec retentissement sur l'état général.

- Certaines maladies neurologiques évolutives (tumeur cérébrale, antécédent de méningite récente...) ou chirurgies sur la colonne vertébrale.

- Une hernie discale, une sciatique, une scoliose ne sont pas des contre-indications.

- La présence d'un tatouage n'est pas un obstacle à sa réalisation.

7. Quand peut-on la mettre en place ?

La décision d'avoir recours (ou de ne pas avoir recours) à cette technique se prend au moment du travail en concertation avec la sage-femme et/ou l'obstétricien qui transmettent la demande au médecin anesthésiste.

Dès que le travail est commencé et que les contractions deviennent difficiles à supporter, vous pouvez en bénéficier. L'obstétricien et/ou la sage-femme décideront avec vous du meilleur moment de la pose.

Si le travail est très avancé (8-9 cm de dilatation) ou progresse très rapidement, il est possible que vous ne puissiez pas avoir cette technique d'analgésie.

8. Comment la réalise-t-on ?

La visite pré anesthésique réalisée dans les minutes qui précèdent la pose, élimine les contre-indications de dernière minute.

Vous devez rester calme pendant la pose pour faciliter le travail du médecin anesthésiste et diminuer le risque de complications. L'immobilité n'est nécessaire que quelques minutes entre deux contractions.

Vous serez installée en position assise ou couchée sur le côté en

fonction de l'avancée du travail.

Le médecin anesthésiste repérera l'espace péridural (entre deux vertèbres lombaires).

Il désinfectera soigneusement votre dos et pratiquera une anesthésie locale avec une très fine aiguille pour rendre la pose de la péridurale très peu douloureuse.

Il installera ensuite le cathéter qui peut entraîner une sensation désagréable, mais fugace puis le fixera le long du dos. Aucune aiguille ne reste en place dans le dos.

Il pratiquera la première injection, puis vous confiera la commande de la pompe d'auto-analgésie. Cette pompe est programmée pour vous permettre de réaliser une analgésie sur mesure, correspondant à vos besoins, en toute sécurité puisque des doses maximales sont programmées dans le réglage.

Vous serez soulagée dans les 10 minutes qui suivent la pose de la péridurale.

9. Existe-t-il des échecs ?

Parfois, même si le médecin anesthésiste est très entraîné, la péridurale peut-être impossible à réaliser. Ces échecs sont le plus souvent liés à une obésité ou à une anomalie de la colonne vertébrale.

Même avec une péridurale correctement posée le soulagement peut-être incomplet ou latéralisé (c'est à dire un côté analgésié et l'autre non). Ces imperfections techniques peuvent être atténuées ou corrigées.

En cas d'échec une seconde tentative est la solution pour obtenir l'efficacité.

10. Après l'accouchement ?

Après 2 heures de surveillance en salle de naissance, le cathéter sera retiré. Ce geste est indolore. Vous serez ensuite reconduite

dans votre chambre. Votre premier lever sera obligatoirement accompagné par un soignant ou une personne de votre entourage. Vous ne devez jamais vous lever seule la première fois. Dans les heures qui suivent l'accouchement sous analgésie péridurale, des difficultés à uriner peuvent survenir. Si vous n'urinez pas dans les heures qui suivent votre accouchement, il faut en informer la sage-femme

AUTRES ANALGÉSIES ADMINISTRÉES PAR LE MÉDECIN ANESTHÉSISTE PENDANT LE TRAVAIL

En cas de contre-indication à l'analgésie péridurale, une analgésie par voie intraveineuse peut être utilisée.

Le médicament, puissant dérivé de la morphine, est administré au moyen d'une pompe d'auto analgésie au tout début de la contraction.

Ce médicament ne procure pas une aussi bonne analgésie que la péridurale et implique, en cas de nécessité d'intervention

chirurgicale (césarienne), le recours à l'anesthésie générale. Il a été choisi pour sa très courte durée d'action et la possibilité pour le bébé de l'éliminer très rapidement à la naissance.

Il peut entraîner une sédation (envie de dormir) au cours de son utilisation, il nécessite une surveillance de votre respiration et parfois de l'oxygène au masque.

ANALGÉSIES PRATIQUÉES PAR LES SAGES-FEMMES PENDANT LE TRAVAIL

Les sages-femmes peuvent vous administrer certains médicaments dérivés de la morphine ou de la morphine. Elles peuvent également utiliser le protoxyde d'azote en mélange avec de l'oxygène pendant le travail. Elles réalisent également des anesthésies locales immédiatement avant la

naissance ou pour la suture des déchirures ou épisiotomies lorsque cela est nécessaire.

Ces stratégies peuvent être employées si vous ne souhaitez pas d'analgésie péridurale ou dans l'attente de celle-ci ou encore si vous accouchez très vite.

ANESTHÉSIES POUR CÉSARIENNE ET AUTRES GESTES OPÉRATOIRES NÉCESSAIRES AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

D'une manière générale, l'anesthésie générale est évitée pour la naissance car elle expose à des complications essentiellement d'ordre respiratoire pour vous, à un retentissement sur le bébé sous la forme d'une difficulté à s'adapter à la vie extra utérine et d'une sédation et enfin parce qu'elle prive les parents du vécu de la naissance. Pour toutes ces raisons et chaque fois que possible, l'anesthésie locorégionale (péridurale, rachianesthésie) est préférée. Cependant, il existe des

circonstances exceptionnelles où l'anesthésie générale est incontournable.

La césarienne est l'intervention la plus pratiquée (environ 20% des naissances).

- Lorsqu'elle est décidée en cours de travail, sous analgésie péridurale, une réinjection d'un produit plus fort et plus concentré que celui utilisé pendant le travail est pratiquée par le cathéter péridural. Elle a pour but de supprimer toute douleur jusqu'au milieu du

thorax. Elle entraîne une difficulté à bouger les jambes qui dure environ deux heures.

La perception du toucher ou de la pression persiste alors que la douleur liée à la chirurgie n'est plus perçue.

- Lorsqu'elle est programmée, la technique d'anesthésie la plus utilisée pour la césarienne est la **rachianesthésie**, qui consiste à injecter un anesthésique local associé à des médicaments de la famille de la morphine dans le liquide céphalo rachidien en piquant entre deux vertèbres lombaires à un niveau de la colonne vertébrale où il n'y a plus de moelle épinière. Elle entraîne l'impossibilité de bouger les jambes pendant deux heures environ. Elle peut entraîner une baisse de la tension artérielle qui est prévenue par la surveillance très étroite de votre tension artérielle et l'administration par voie veineuse de médicaments pour la maintenir. Avec cette technique également, la perception du toucher ou de la pression peut persister alors que la douleur liée à la chirurgie est supprimée.

- **L'anesthésie générale** est évitée chaque fois que possible, mais elle peut être rendue nécessaire par le degré de l'urgence à faire naître le bébé ou par l'existence dans votre cas de contre-indications à l'anesthésie péridurale ou rachidienne. Dans

ce cas, votre compagnon ne pourra pas être présent en salle d'intervention.

- **Des effets indésirables** peuvent survenir en cours de césarienne ou dans les suites immédiates : tremblements, nausées ou vomissements. Des traitements seront entrepris pour les atténuer ou les supprimer en fonction de leur intensité.

- Enfin, après une césarienne un traitement pour limiter ou supprimer la **douleur post opératoire** est entrepris systématiquement. Il comporte des médicaments de plusieurs familles (paracétamol, anti-inflammatoires, morphine, anesthésiques locaux) qui sont administrés en fonction de la technique d'anesthésie, soit par voie péridurale, rachidienne ou intraveineuse et finalement par voie orale.

D'autres gestes demandant une anesthésie peuvent être nécessaires pendant ou après la naissance tels que assistance à la naissance par spatules, forceps ou extraction du placenta :

- Chaque fois qu'un cathéter péridural est en place, il est utilisé par réinjection d'un complément d'anesthésiques.
- En l'absence de péridurale pour le travail, une anesthésie locale

est pratiquée pour les spatules par exemple.

- Après la naissance, la rachianesthésie peut être utilisée pour l'extraction du placenta et pour des sutures.
- Exceptionnellement, une anesthésie générale peut être nécessaire après la naissance, en cas d'hémorragie sévère par exemple.

Votre cas particulier a été ou sera évoqué avec le médecin anesthésiste au cours de la consultation.

Des séances collectives d'information sur le fonctionnement de la maternité et les techniques d'analgésie et anesthésie sont organisées 1 à 2 fois par mois. Les dates de ces séances sont disponibles par voie d'affichage et une inscription préalable n'est pas nécessaire.



Hôpital Paule de Vguier

330, Avenue de Grande Bretagne
TSA 70034
31059 Toulouse Cedex 9

Conception

Coordination des Service d'Anesthésie et de Réanimation

Création graphique (mois de mai 2009) - Mis à jour juin 2015 : Direction de la Communication

Impression : Centre de Reprographie du CHU de Toulouse

© 2009, CHU Toulouse - 2, rue Viguerie - TSA 80035 - 31059 Toulouse Cedex 9