

Anesthésie loco-régionale par péridurale et prise en charge de la douleur au cours de l'accouchement

Ce document est destiné à vous informer sur les techniques d'anesthésie loco-régionale en obstétrique, en particulier sur les avantages et les risques de la péridurale. Nous vous demandons de le lire attentivement afin de pouvoir donner un consentement éclairé à la procédure qui vous sera proposée par l'équipe médicale.

Un médecin anesthésiste réanimateur en maternité

- L'anesthésiste réanimateur possède une double compétence en anesthésie et en réanimation. Au sein de la maternité d'Antony, il est présent de façon continue en salle de naissance. Il assure le soulagement de la douleur (analgésie) par la péridurale ou d'autres techniques, l'anesthésie pour césarienne programmée et les anesthésies en urgence ainsi que la réanimation maternelle si nécessaire.
- Il collabore avec les obstétriciens et les sages femmes au suivi et au traitement des grossesses compliquées avant, pendant et après l'accouchement. Il veille également au suivi de la douleur post-opératoire après césarienne.
- Il travaille en lien avec d'autres spécialistes pour les futures mamans présentant des maladies préexistantes ou des traitements complexes.
- Parce que l'anticipation est garante de votre sécurité, vous devez rencontrer le médecin anesthésiste réanimateur en consultation lors du dernier trimestre de votre grossesse. Cette consultation est obligatoire. Elle permet de prendre connaissance de votre histoire médicale (apportez avec vous tout document sur votre état de santé) et rechercher des facteurs de risque spécifiques (allergique, hémorragique, thrombo-embolique, anesthésique...). Dans ce cas, vous serez informée de la stratégie envisagée. Vous pourrez également discuter de vos attentes et de tout antécédent de vécu difficile lors d'une anesthésie. L'ensemble des données pertinentes issu de la consultation est consigné dans un compte-rendu intégré à votre dossier obstétrical, disponible et consultable par l'équipe lors de votre venue pour l'accouchement.

Principales caractéristiques de la douleur au cours du travail

Le premier stade du travail s'étend du début des contractions utérines régulières jusqu'à la dilatation complète du col de l'utérus (10 cm). La douleur est due à la distension du col par les contractions dont la fréquence, l'intensité et la durée sont en général croissantes. Le second stade du travail correspond à la phase de descente puis d'expulsion du fœtus. La douleur pendant cette phase est liée à la distension des structures du petit bassin. Le troisième stade correspond à la phase de délivrance des annexes fœtales.

La douleur obstétricale de l'accouchement est donc provoquée par des mécanismes anatomiques précis mais elle ne se résume pas qu'à cela. Il est en effet bien difficile de savoir comment cette douleur est ressentie car, c'est sa particularité, elle n'est pas ressentie de la même façon par toutes les femmes. Certains facteurs physiologiques comme la position du fœtus ou la forme de l'utérus peuvent influencer la perception de la douleur. Le seuil de tolérance à la douleur varie selon les personnes et dépend de notre histoire personnelle, de notre vécu. Il est aussi éminemment lié à la fatigue, à la peur et aux expériences passées. L'environnement dans lequel se déroule l'accouchement joue également un rôle clé. D'où l'importance de bien se préparer à cet événement et d'être bien accompagnée par l'équipe le jour J.

Qu'est ce que l'anesthésie loco-régionale et quel est son mode d'action ?

L'anesthésie loco-régionale est un geste médical réalisé par un anesthésiste réanimateur qui a pour but de bloquer la transmission nerveuse de la douleur provenant des nerfs de la région lombaire et sacrée, en injectant à leur proximité un produit anesthésique local associé ou non à un dérivé de morphine.

Deux effets peuvent être recherchés :

- **Une analgésie** qui permet de calmer en douceur la douleur tout en conservant la motricité et certaines sensations comme le toucher, la perception des contractions et la descente du bébé dans le bassin. Son but est de préserver votre autonomie et la physiologie de l'accouchement par les voies naturelles.
- **Une anesthésie** qui repose sur l'injection d'un mélange plus puissant d'anesthésiques locaux qui va bloquer intensément la douleur et dans le même temps une grande partie de la motricité et des sensations. C'est l'effet recherché pour une césarienne en cours de travail ou programmée mais aussi pour les gestes de l'accouchement nécessitant l'utilisation d'instruments pour la naissance ou la vérification de la bonne délivrance du placenta.

Deux techniques d'anesthésie loco-régionale permettent de bloquer les nerfs de la région lombo-sacrée :

- **La péridurale** : est la technique de choix pour le travail obstétrical et l'accouchement : grâce à un cathéter (fin tuyau) disposé dans l'espace péridural. Ce cathéter reste en place pendant toute la durée de l'accouchement. Ainsi, il sera possible d'injecter régulièrement des anesthésiques locaux pour maintenir l'insensibilisation des nerfs lombo-sacrés. En fonction de la concentration de médicaments injectés, il sera possible de moduler l'effet de la péridurale entre analgésie et anesthésie. Dans la maternité d'Antony, il vous est proposé de gérer vous même votre niveau d'analgésie par une pompe mise à votre disposition. Cette méthode nommée PCEA (Patient Controlled Epidural Analgesia) vous délivre les doses d'antalgiques adaptées à vos besoins. L'administration des antalgiques est sécurisée et permet d'éviter autant les sous dosages que les surdosages.
- **La rachianesthésie** : consiste en une injection par une ponction unique dans l'espace rachidien qui permet une anesthésie puissante et rapide. La durée de cette anesthésie est limitée dans le temps et rarement compatible avec la durée habituelle du travail obstétrical (plusieurs heures). C'est la technique utilisée pour les césariennes programmées ou les gestes courts pendant la grossesse ou l'accouchement.

Quelles sont les conséquences de l'analgésie péridurale sur le travail obstétrical et le fœtus ?

Bénéfices attendus de la péridurale analgésique

- **Confort** : le premier bénéfice attendu de la péridurale est de retrouver du confort et de la sérénité. Cet effet apparaît dans les 15 à 20 minutes qui suivent la pose du cathéter : la douleur des contractions devient progressivement plus acceptable puis disparaît. Le soulagement est complet dans environ 90% des cas. De ce point de vue, aucune autre méthode antalgique ne parvient à égaler la péridurale.
- **Sécurité** : la péridurale apporte une forme de sécurité à l'accouchement : le cathéter laissé en place dans l'espace péridural peut être utilisé en cas de geste urgent (pour césarienne ou traitement d'une hémorragie) évitant ainsi le recours à l'anesthésie générale. Lorsqu'il existe un risque plus élevé d'extraction instrumentale ou de césarienne (grossesse gémellaire, présentation du siège, antécédent de césarienne...), la pose d'une péridurale peut relever d'une indication médicale. Dans certaines situations, une limitation de la fatigue et de la dépense énergétique pour les mamans et les fœtus les plus fragiles peut être observée.
- **Déambulation** : parce que la grossesse et l'accouchement sont un moment unique, nous recherchons constamment une meilleure adéquation entre les effets bénéfiques de la péridurale et votre vécu. La péridurale déambulatoire répond à cet objectif. Grâce à cette spécificité mise en place dans la maternité d'Antony depuis de nombreuses années, il vous est possible de marcher pendant le travail en toute sécurité grâce au monitoring continu du rythme cardiaque de votre bébé par télémetrie. Vous pouvez ainsi vous remettre en mouvement dans les meilleures conditions physiques et psychologiques. Accompagnée de votre conjoint ou de toute autre personne de votre choix, vous pouvez vous déplacer dans l'espace de la salle de naissance mais aussi pratiquer des exercices de posture et d'étirement sur des ballons mis à votre disposition. Cette verticalisation est possible une heure après l'installation de la péridurale après avoir vérifié l'absence de bloc moteur au niveau des membres inférieurs et si le monitoring fœtal autorise la déambulation. Par cette remise en mouvement, il n'est pas rare d'observer une progression favorable du travail obstétrical.
- **Effets connus sur le travail obstétrical et le fœtus**
Les effets de la péridurale sur le déroulement du travail et l'accouchement ont été beaucoup étudiés. La péridurale n'augmente pas le risque de césarienne

Il peut arriver qu'après une certaine durée d'utilisation ou des injections répétées apparaisse une difficulté à bouger les jambes. Si cette immobilité est intense, la durée de poussée peut être allongée et une aide à l'expulsion peut être nécessaire. L'administration de stimulants du travail "ocytociques" n'est pas plus importante avec une péridurale que sans elle. Les anesthésiques locaux sont injectés dans un espace anatomique ne communiquant pas avec le fœtus. Néanmoins, il peut exister une faible diffusion vers le fœtus par voie sanguine qui est sans conséquence pour lui, au vu des faibles doses administrées.

Risques et effets indésirables

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des bonnes pratiques, comporte un risque d'incident ou de complications connus ou non, prévisibles ou non.

Incidents :

- **Absence ou insuffisance d'efficacité** sont le principal incident lié à la péridurale, que soit d'emblée après sa pose ou à distance. En cas d'inefficacité constatée immédiatement, la pose d'un nouveau cathéter peut être proposée. En cas de réapparition de la douleur au cours du travail, un réajustement des doses d'antalgiques peut être effectué avant d'envisager une nouvelle pose de péridurale. La douleur allant croissante au cours du travail et s'étendant de la région du ventre et des lombes vers le périnée, des adaptations de concentration de produit, en complément de ce qui est déjà administré, peuvent s'avérer nécessaires.
- **Effet excessif** : ce dernier peut aussi apparaître après une certaine durée d'utilisation ou après plusieurs injections. Il se manifeste par une difficulté à bouger les jambes (bloc moteur), un effet qui impose de diminuer les réinjections et d'être signalé à votre sage-femme.
- **Céphalées** : dans les heures ou les jours qui suivent l'accouchement sous péridurale, des maux de tête, majorés par la position debout ou assise, peuvent survenir. Vous devez le signaler. L'équipe d'anesthésie évaluera et diagnostiquera s'il y a un lien avec la pose de la péridurale (incidence très faible dans notre équipe < 0.003%). En effet, chez certaines patientes une brèche a été créée lors de la ponction dans la membrane appelée dure-mère. Dans ce cas différents traitements sont proposés. Pour réparer et cicatriser la brèche, un "blood patch" peut vous être proposé. Il s'agit de vous prélever quelques millilitres de votre sang pour les injecter dans l'espace péridural afin d'assurer un effet "pansement-rustine".
- **Maux divers** : dans les minutes ou heures qui suivent la pose du cathéter, il est parfois observé une baisse de pression artérielle, des vertiges, des tremblements, des démangeaisons ou une élévation de la température corporelle. Ces inconvénients sont aisément traitables et n'ont pas d'incidence sur l'enfant. Après l'accouchement, une sensation particulière au point de ponction peut subsister quelques jours à quelques semaines.

Les complications qui peuvent survenir

- De façon tout à fait exceptionnelle après la pose d'une péridurale peuvent survenir un hématome péri-médullaire, une infection profonde, un traumatisme médullaire ou radiculaire. Ces événements particulièrement rares surviennent dans moins de 1/250 000 cas, soit par exemple, un cas tous les 100 ans pour une maternité réalisant 2500 accouchements par an.
- Une anesthésie trop étendue ou des convulsions, liées à une diffusion anormale du produit anesthésique dans le liquide céphalo-rachidien ou dans les vaisseaux, ont été rapportés de manière exceptionnelle. Les anesthésistes réanimateurs prennent toutes les précautions pour éviter ces complications. Néanmoins, tout symptôme inattendu doit être signalé à l'équipe soignante.
- Il est fréquent de penser que tout problème de dos ou de racine nerveuse après accouchement est dû à la péridurale. Or dans la plupart des cas, cela provient du travail et de l'accouchement par la pression continue du fœtus sur les zones de passage des racines nerveuses dans le bassin. Dans d'autres cas, il peut s'agir d'une mauvaise position du dos ou des jambes durant le travail, ce dont vous n'avez pas forcément conscience, car l'analgésie péridurale soulage également cette partie du corps. Nous attirons donc votre attention sur ce dernier point : ne conservez pas plus de 20-30 minutes une position contrainte, comme un fléchissement des cuisses sur le bassin, par exemple (pour favoriser la descente du fœtus dans le bassin) sans changer régulièrement de position. Les symptômes disparaissent avec le temps et l'anesthésiste réanimateur sera disponible pour un examen et une prise en charge conjointe avec les autres spécialistes dans les suites de l'accouchement.

Qui peut bénéficier d'une analgésie péridurale pour l'accouchement ?

Dans la plupart des cas, il est possible de bénéficier d'une péridurale lorsque le travail a démarré. Les rares exceptions qui sont des contre-indications (anomalies anatomiques lombaires, présence de matériel orthopédique, défauts de coagulation, traitements...) sont repérées à la consultation d'anesthésie. Dans ce cas, une prise en charge spécifique vous sera proposée. La présence d'un tatouage n'est pas une contre-indication à la péridurale.

Le jour J, l'équipe d'anesthésie-réanimation fera son possible pour répondre à vos demandes : en fonction de la charge de travail simultanée, votre souhait sur le moment de la pose sera respecté.

Il n'y a pas de dilatation minimale du col requise, il faut être en travail ou en phase de déclenchement de travail et ressentir le besoin d'être soulagée. Il n'y a pas de dilatation maximale au delà de laquelle toute péridurale est impossible : il faut juste savoir que cette dernière risque d'être peu, voire pas du tout efficace si elle est trop tardive.

En pratique

- La première étape est la mise en place d'une voie veineuse, du matériel de surveillance de la pression artérielle et du rythme cardiaque maternel et fœtal
- La pose est réalisée en position assise, le dos rond en présence de votre accompagnant si vous le souhaitez. Le geste commence par un temps de désinfection du dos et l'installation d'un drap stérile.
- Une anesthésie locale est réalisée après repérage de la zone de ponction entre deux zones appelées "apophyses postérieures" des vertèbres lombaires. Elle permet d'insensibiliser la zone de ponction par l'aiguille de péridurale. Ce temps délicat nécessite de votre part calme et immobilité. Ainsi, nous vous demanderons de nous prévenir lors de la survenue d'une contraction utérine afin d'éviter toute fausse manœuvre. Prévenez nous aussi de toute douleur lors de la ponction. Ce repérage peut être rendu difficile en cas d'obésité, de prise de poids importante pendant la grossesse ou en cas de scoliose majeure, de raideur ou de cambrure excessive.
- L'insertion du cathéter de péridurale dans l'espace péridural permet d'entretenir l'analgésie pour la suite du travail. Les produits injectés sont des anesthésiques locaux dilués associés à des dérivés morphiniques et parfois à d'autres molécules appelées adjuvants.
- Le but de la péridurale est de diminuer le caractère douloureux des contractions tout en conservant à la fois vos sensations et la possibilité de bouger. Cet objectif est envisageable grâce au système d'administration par la pompe PCEA disponible dans chaque salle de travail. Ce système est un véritable système de délivrance "à la carte" des anesthésiques locaux.
- Si l'accès aux boissons (eau et boissons claires sans bulles ni pulpe) est laissé libre, il ne vous est par contre plus possible de vous alimenter par des aliments solides.

Qu'est-ce qu'une anesthésie générale ?

L'anesthésie générale est une technique qui permet la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical en supprimant ou en atténuant la douleur pendant et après l'intervention dans des conditions optimales de sécurité. Elle provoque un état comparable au sommeil, dont la profondeur peut être adaptée, par l'injection de médicaments et/ou par la respiration de vapeurs anesthésiques. Dans le cas des césariennes, il est nécessaire de procéder à une intubation et à une ventilation artificielle, afin de protéger les voies aériennes de tout risque d'inhalation du contenu gastrique.

Cette technique n'est utilisée qu'en cas d'urgence extrême, en cas de contre-indication ou d'échec de l'anesthésie loco-régionale. Dans la limite du possible, le recours à l'anesthésie loco régionale est privilégié en raison du risque d'inhalation et d'intubation difficile qui sont plus importants chez la femme enceinte, ce en plus du risque de passage des médicaments de l'anesthésie de la circulation maternelle chez le fœtus.

La réhabilitation précoce en cas de césarienne urgente ou programmée

Pour les césariennes, une autre spécificité de notre exercice au sein de la maternité est la gestion de la douleur post-opératoire. La réhabilitation précoce, véritable démarche qualité mise en place par notre équipe, vise à vous redonner le plus rapidement possible votre autonomie après votre césarienne. Elle recherche également à améliorer votre confort et la relation avec votre enfant ou à favoriser une sortie précoce de la maternité si tel est votre souhait.

Son principe repose sur un ensemble de moyens :

- **Traitement anti-douleur par voie orale** : reposant sur l'administration précoce de comprimés d'antalgiques (paracétamol, anti-inflammatoires et néfopam) dans les deux heures suivant la césarienne, avant le retour en chambre. Ce traitement est poursuivi pendant 2-3 jours et doit être pris systématiquement à heure régulière sans attendre l'apparition de la douleur. Il peut être complété par une administration de morphine orale si besoin. Tous ces traitements sont compatibles avec l'allaitement. Au delà de 48h, la prise d'antalgique n'est plus systématique.
- **Reprise de l'alimentation** : en l'absence de nausées ou de vomissements, l'absorption de liquides clairs est autorisée (2 heures post-opératoires) et l'alimentation par une alimentation légère dans les 6 heures post-opératoires. En cas de nausées ou de vomissements, un traitement spécifique est disponible. L'alimentation précoce accélère la reprise du transit et peut diminuer la durée d'hospitalisation.
- **Ablation précoce de la sonde urinaire** : avant la sortie de la salle de naissance, sauf si indication de maintien nécessaire. Le retrait précoce de la sonde urinaire diminue l'inconfort et les risques d'infections urinaires tout en favorisant la mobilisation. Il est

toutefois nécessaire de prévenir l'équipe soignante si vous n'êtes pas parvenue à uriner dans les 8 heures qui suivent votre retour en chambre. Un sondage évacuateur peut être pratiqué.

- **Retrait du cathéter de péridurale** : indolore, avant la sortie de la salle de naissance.
- **Retrait des lignes de perfusion** : seul un cathéter obturé est maintenu en place jusqu'au lendemain
- **Lever précoce** : en l'absence de faiblesse dans les jambes, il est possible de vous lever pour vous occuper de votre enfant. Une meilleure reprise du transit a été démontrée après chirurgie grâce à la déambulation précoce.
- **Traitement préventif de la phlébite** : par le port de chaussettes ou de bas de contention classe II préalablement achetés en pharmacie. Un traitement par héparine de bas poids moléculaire peut être associé.

L'ensemble des anesthésistes réanimateurs de la maternité d'Antony reste à votre écoute. Toute question peut être posée lors de la consultation d'anesthésie ou lors de la réunion mensuelle d'information sur la péridurale.

Nous vous souhaitons l'accouchement le plus heureux possible et un excellent séjour dans notre établissement.

L'équipe des anesthésistes réanimateurs de la maternité d'Antony

*Ce document a été élaboré en conformité avec les recommandations
du CARO (Club d'Anesthésie Réanimation obstétricale)
et de la SFAR (Société Française d'Anesthésie Réanimation)*