

INFORMATION MEDICALE SUR L'ANALGESIE PERIDURALE EN OBSTETRIQUE

Ce document, validé par la **SFAR**, est destiné à vous informer sur la technique d'analgésie péridurale, ses avantages et ses risques. Nous vous demandons de le lire attentivement, afin de pouvoir donner votre consentement à la procédure qui vous sera proposée par l'équipe médicale ou que vous demanderez vous-même pour votre futur accouchement.

Qu'est-ce que l'analgésie péridurale?

C'est une technique d'anesthésie locorégionale réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur, Elle est destinée à supprimer ou à atténuer les douleurs de l'accouchement et/ou, si besoin, en faciliter le déroulement. C'est à ce jour la méthode la plus efficace. Son principe est de bloquer la transmission des sensations douloureuses au niveau des nerfs provenant de l'utérus en injectant à leur proximité un produit anesthésique local associé ou non à un dérivé de la morphine

Cette technique assure une bonne stabilité des fonctions vitales, bénéfique pour la mère et l'enfant. Ce blocage se fait à proximité de la moelle épinière dans l'espace péridural, par l'intermédiaire d'un tuyau très fin (cathéter) introduit dans le dos à l'aide d'une aiguille spéciale. Le cathéter reste en place pendant toute la durée de l'accouchement afin de permettre l'administration répétée de l'anesthésique. S'il est nécessaire de pratiquer une césarienne ou toute autre intervention, l'anesthésie pourra être complétée par ce dispositif; ce qui n'exclut pas le recours à l'anesthésie générale au décours de l'accouchement.

Une consultation est réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur dans les quelques semaines précédant votre accouchement. N'hésitez pas à cette occasion à poser toutes les questions que vous jugerez utiles. Au moment de bénéficier de l'analgésie péridurale, vous aurez la visite du médecin Anesthésiste - réanimateur qui vous prendra en charge et les données de la consultation seront actualisées. Il peut arriver, en fonction de votre état de santé ou du résultat des examens complémentaires qui vous auront éventuellement été prescrits, que l'analgésie péridurale ne puisse être effectuée, contrairement à ce qui avait été prévu. C'est le cas, par exemple, s'il existe *de la fièvre, des troubles de la coagulation du sang, une infection de la peau au niveau du dos ou toute autre circonstance pouvant être considérée à risque*. Le choix définitif et la réalisation de l'acte relèvent de la décision du médecin anesthésiste-réanimateur et de sa disponibilité.

Comment serez vous surveillée pendant l'analgésie péridurale?

Comme tout acte d'anesthésie, l'analgésie péridurale se déroule dans une salle équipée d'un matériel adéquat, adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation.

Durant l'analgésie péridurale, vous serez prise en charge par une équipe comportant le médecin anesthésiste-réanimateur, la sage-femme, et éventuellement une infirmière anesthésiste diplômée d'état.

Quels sont les inconvénients et les risques de l'analgésie obstétricale ?

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque. Les conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie permettent de dépister rapidement les anomalies et de les traiter.

Pendant l'analgésie péridurale, une sensation de jambes lourdes et une difficulté à les bouger peuvent s'observer. C'est un effet sans gravité de l'anesthésique local. Au moment de la sortie du bébé, l'envie de pousser est souvent diminuée et une sensation de distension peut être perçue. Une difficulté transitoire pour uriner est fréquente lors d'un accouchement et peut nécessiter un sondage évacuateur de la vessie. Une baisse transitoire de la pression artérielle peut survenir. Si les dérivés de la morphine ont été utilisés, une sensation de vertige, des démangeaisons passagères, des nausées sont possibles. Des douleurs au niveau du point de ponction dans le dos peuvent persister quelques jours mais sont sans gravité.

L'analgésie peut être insuffisante ou incomplète pendant les contractions. Une nouvelle ponction peut alors être nécessaire, de même qu'en cas de difficulté de mise en place ou de déplacement du cathéter.

Exceptionnellement, des maux de tête majorés par la position debout peuvent apparaître après l'accouchement. Le cas échéant, leur traitement vous sera expliqué. Dans de très rares cas, une diminution transitoire de la vision ou de l'audition peut être observée.

Des complications plus graves convulsions, arrêt cardiaque, paralysie permanente ou perte plus ou moins étendue des sensations, sont extrêmement rares. Quelques cas sont décrits alors que des centaines de milliers d'anesthésies de ce type sont réalisées chaque année.

Enfin, pour votre bébé, l'accouchement sous analgésie péridurale ne comporte pas plus de risque qu'un accouchement sans péridurale.

Anatomiquement.

L'espace péridural se situe entre le ligament jaune et la dure mère (enveloppe méningée qui contient le liquide céphalo-rachidien ou LCR). Parfois on réalise une rachianesthésie, en particulier lorsqu'une césarienne est programmée : cela consiste à injecter l'anesthésique local directement dans le LCR. L'intérêt réside dans la rapidité d'installation de l'anesthésie (1 à 2 mm). La combinaison des 2 techniques (péri-rachi combinées) est utilisée également pour :

- l'anesthésie pour césarienne permettant une bonne analgésie post-opératoire
- l'analgésie de l'accouchement en cas de dilatation avancée (supérieure à 8cm) à l'arrivée en salle de naissance.

En pratique

L'analgésie péridurale est posée lorsque la dilatation du col a atteint 3 cm ou plus. Elle nécessite une ponction entre 2 vertèbres lombaires dans le bas du dos et donc une asepsie rigoureuse. Une anesthésie locale de la peau permet l'introduction de l'aiguille de péridurale, l'ensemble étant moins désagréable qu'une prise de sang.

Lors de la pose, vous serez installée soit en position assise, soit en position couchée « en chien de fusil » selon les habitudes du médecin anesthésiste.

L'analgésie s'installe en 10 à 15 mn après la 1ère dose d'anesthésique local, et la position en décubitus latéral est recommandée pendant la durée du travail afin d'éviter une baisse de votre tension artérielle. A dilatation complète vous serez mise en position demi-assise.