

Document d'information concernant la douleur en obstétrique et son traitement

> L'utérus est un muscle qui au bout de 38 semaines de grossesse, quand le fœtus est arrivé à maturité, se met spontanément à se contracter. Ces contractions utérines régulières provoquent dans un premier temps la dilatation du col utérin (de 0 à 10 cm) puis l'engagement du bébé dans la filière génitale jusqu'à son expulsion suivie de celle du placenta chargé de le nourrir pendant toute la vie intra-utérine.

> Lorsque les premières contractions apparaissent, c'est ce que l'on appelle se mettre en travail. Ce travail va s'accompagner de douleurs dont l'intensité est très variable d'une personne à une autre. Pour un premier accouchement, si un tiers des femmes en travail trouvent que les douleurs sont peu intenses, deux tiers d'entre-elles considèrent que leur accouchement s'accompagne de douleurs importantes voire difficilement tolérables. Cette proportion tend à s'accroître en cas de déclenchement. Les différentes techniques de relaxation et de respiration que vous avez apprises ou que vous apprendrez au cours de votre grossesse sont importantes. Si elles s'avèrent insuffisantes, vous pourrez alors demander de bénéficier d'une analgésie péridurale, seule méthode à même de vous soulager de façon efficace.

Qu'est-ce que l'analgésie péridurale ?

> Les techniques d'anesthésie loco-régionale permettent, par l'injection de substances anesthésiques, de bloquer la conduction nerveuse au niveau des structures nerveuses qui en sont imprégnées.

> L'espace péridural se situe entre le ligament jaune et la dure-mère (méninge qui contient le liquide céphalo-rachidien (LCR)). La moelle en elle-même se termine au niveau de la première vertèbre lombaire.

> La technique de l'anesthésie péridurale, c'est-à-dire l'injection dans l'espace péridural de substances anesthésiques, est plus que centenaire puisque la première description date de 1884.

> L' injection au niveau lombaire permet de bloquer les nerfs qui conduisent les influx douloureux provenant de votre utérus et de votre petit bassin et de supprimer la transmission de ces sensations douloureuses vers votre cerveau.

> Ainsi pour un accouchement, la partie du corps située sous l'ombilic sera plus ou moins anesthésiée

À quel moment peut-on initier une analgésie péridurale ?

> Quand les contractions sont bien régulières et efficaces et quand la sage-femme a la certitude qu'il ne s'agit pas d'un « *faux travail* », l'analgésie péridurale peut être débutée dès l'instant que les contractions sont douloureuses. Cela correspond souvent à une dilatation du col utérin de 3 cm environ.

Existe-t-il des contre-indications de l'analgésie péridurale ?

> Les **contre-indications médicales** de l'APD (*recherchées lors de la consultation pré-anesthésique qui a lieu un mois avant la date présumée de l'accouchement*) sont peu nombreuses mais elles sont sans appel. Il s'agit :

- des *troubles de la coagulation sanguine* ou la prise d'un traitement perturbant la coagulation : anticoagulants, aspirine (*un bilan sanguin devra être pratiqué dans les 15 jours qui précèdent votre accouchement*) ;
- d'une *infection cutanée au niveau du point de ponction* ou un *état infectieux généralisé* avec fièvre supérieure ou égale à 38°C ;
- d'un risque hémorragique prévisible comme par exemple un *placenta praevia* ;
- des conditions de sécurité non remplies telles que l'indisponibilité de l'anesthésiste ou bien encore l'impossibilité d'assurer la surveillance de l'analgésie péridurale.

Comment réalise-t-on une analgésie péridurale ?

> L'APD est un acte délicat, qui ne peut être réalisé que par un médecin anesthésiste.

> Pour pratiquer cette ponction dans le bas de votre dos (entre 2 vertèbres lombaires) vous serez installée en **position assise**. On vous demandera alors de faire le « *dos rond* », de bien vous détendre et de signaler l'arrivée de chaque contraction. En cas de mauvaise tolérance de la position assise, l'APD peut être

pratiquée en position couchée sur le côté « *en chien de fusil* ».

> Pour localiser le point de ponction, l'anesthésiste palpera les parties habituellement saillantes des vertèbres de votre dos. Puis, après avoir rigoureusement désinfecté la peau, il réalisera avec une très fine aiguille, une anesthésie locale à l'endroit choisi.

> Puis, à l'aide d'une aiguille spéciale (aiguille de *Tuhoj*), sur laquelle on adapte une seringue remplie de sérum physiologique, l'anesthésiste va rechercher l'espace péridural. Utilisant la technique de la « *perte de résistance* », il avance très progressivement l'aiguille en appuyant sur le piston de la seringue, jusqu'à ce que ce piston s'enfonce librement, signifiant l'arrivée du bout de l'aiguille dans l'espace péridural (*4 à 8 cm de profondeur selon la corpulence*).

> **Durant le repérage de l'espace péridural, temps délicat, vous devrez rester calme et immobile.**

> Une fois l'extrémité de l'aiguille dans l'espace péridural, la seringue sera ôtée et un fin tuyau, appelé cathéter, sera introduit de quelques centimètres dans l'espace péridural afin de pouvoir entretenir l'analgésie aussi longtemps que nécessaire.

> L'aiguille sera ensuite retirée et le cathéter sortant à la peau sera fixé par un sparadrap dans votre dos jusqu'à votre épaule. A son extrémité sera adapté un dispositif comportant un filtre anti-bactérien à travers lequel s'effectuera l'injection d'anesthésique local.

La piqûre fait-elle mal ?

> Une anesthésie locale de la peau étant faite avant l'introduction de l'aiguille de péridurale. La ponction est moins désagréable qu'une prise de sang.

En combien de temps serai-je soulagée après la mise en place de l'analgésie péridurale ?

> L'anesthésique local doit imprégner plusieurs racines nerveuses pour soulager la douleur entraînée par les contractions utérines.

> L'effet n'est pas immédiat et l'anesthésie sera obtenue entre 10 et 20 minutes après l'injection.

Est-ce que je ne sentirai plus rien ?

> Une insensibilisation totale n'est pas nécessaire ni souhaitable pour le bon déroulement de l'accouchement.

> Les médicaments utilisés actuellement pour l'analgésie, ont un effet sélectif sur la douleur. Malgré cette diminution voire abolition de la douleur, il est néanmoins possible que vous perceviez les contractions

et ressentiez les examens de la sage-femme ou de l'obstétricien.

> Selon les circonstances et en fonction de l'état de votre bébé, l'anesthésiste pourra ajuster le degré d'insensibilisation. Vous pourrez alors noter au niveau de vos jambes des fourmillements, une pesanteur, voire une faiblesse musculaire.

Combien de temps dure le soulagement de la douleur ?

> Après l'administration de la dose initiale de médicaments dans le cathéter par l'anesthésiste, l'APD peut être prolongée **aussi longtemps que cela sera nécessaire** par une perfusion continue effectuée à l'aide d'un pousse-seringue automatique et modulée selon vos besoins (**ACP = Analgésie Contrôlée par la Patiente**). Un bouton relié au pousse-seringue vous permettra d'administrer des petites quantités d'anesthésique en cas de résurgence de la douleur. Ce dispositif est sécurisé pour empêcher des injections trop fréquentes.

> Après votre accouchement, le cathéter sera retiré avant votre retour dans votre chambre. La normalisation de la sensibilité est habituellement constatée deux à trois heures après l'arrêt de l'administration des médicaments.

Peut-on avoir un côté endormi et l'autre non ?

> Malgré une technique rigoureuse, il arrive que le cathéter ne monte pas dans l'espace péridural strictement « *au milieu* » et que son extrémité « *parte à droite* » ou « *à gauche* ». L'anesthésie peut être plus marquée de ce côté.

> Le plus souvent on corrige cette asymétrie en se couchant sur le côté où l'anesthésie est déficiente. Si cette méthode échoue, ou si l'asymétrie est franche, l'anesthésiste peut être amené à reposer un nouveau cathéter ou pratiquer une rachianalgésie.

> Néanmoins, même avec une APD correctement réalisée, l'efficacité de cette technique n'est pas totale : pour 80 % des femmes le soulagement est total, pour 15 %, il est partiel et 5 % considèrent qu'il y a échec.

Est-ce que je pourrai « pousser » lorsque cela sera nécessaire et fait-on plus de forceps sous anesthésie péridurale ?

> L'APD permet de vous reposer pendant la partie la plus pénible du travail nécessaire à la dilatation du col utérin. Lorsque le col est complètement dilaté et qu'il est temps de « pousser », vous aurez de l'énergie en réserve... En raison de la réduction ou de l'absence de

douleur, le besoin de « pousser » n'est pas toujours ressenti, mais vous serez capable de le faire lorsque sage-femme et l'obstétricien vous le demanderont. Il n'y a donc aucune raison pour qu'un accouchement qui devrait être spontané ne le soit pas sous APD.

> Si l'utilisation d'un forceps est nécessaire pour guider la sortie de votre bébé, l'anesthésie péridurale est suffisante pour réaliser cette technique sans douleur.

Quels sont les risques de l'anesthésie péridurale ?

> Bien que rares, des désagréments et des complications peuvent survenir lors de l'installation de l'APD. Vous devez signaler immédiatement toute sensation qui vous paraît anormale ou bizarre, afin que l'anesthésiste prenne les mesures appropriées sans retard. Il s'agit :

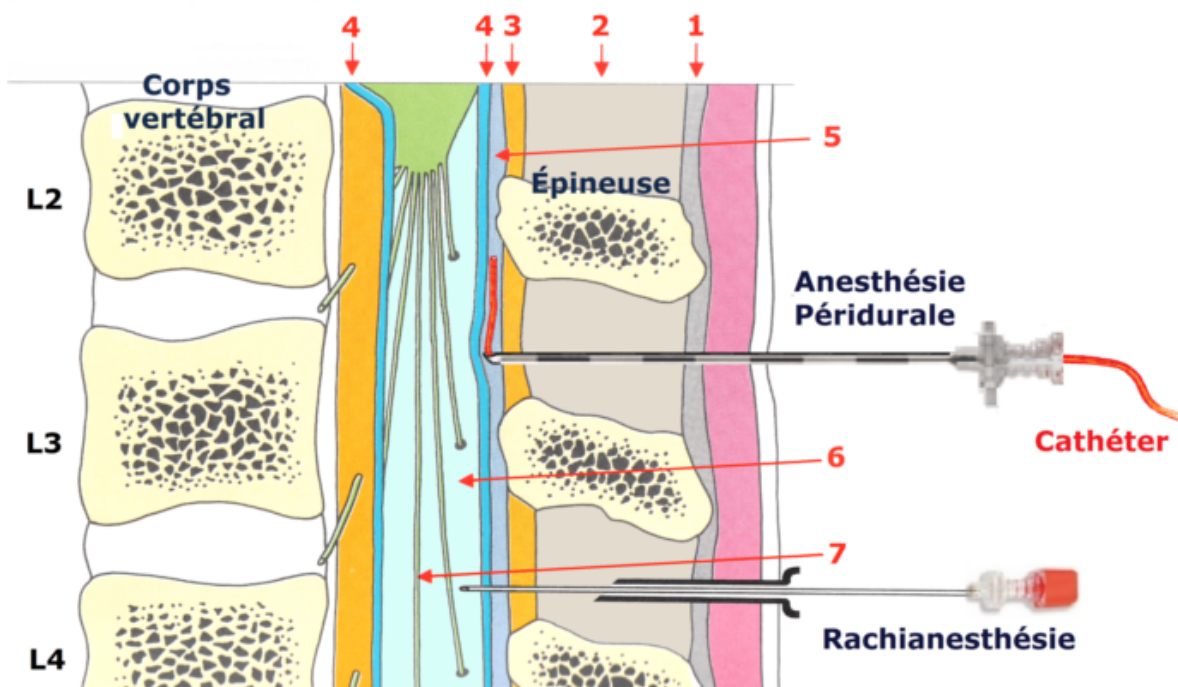
- de sensations qui peuvent apparaître lors de l'installation de l'anesthésie péridurale : **décharge électrique** lors de la mise en place du cathéter, **fourmillements** dans les jambes et parfois **nausées** ;
- de frissons qui sont fréquents au cours du travail et de l'accouchement, même en l'absence d'anesthésie péridurale ;

- d'une **baisse de votre tension artérielle**. Pour la prévenir, vous aurez systématiquement une perfusion au niveau du bras. Vous devrez vous allonger sur le côté si malgré cela la tension reste basse.

> En outre, une surveillance régulière et automatisée de votre tension artérielle sera mise en place dès votre arrivée en salle de travail et maintenue jusqu'à votre retour dans votre chambre, 2 heures en moyenne après votre accouchement.

> L'anesthésique local utilisé pour votre anesthésie péridurale ne doit pas être injecté par voie intraveineuse. La dilatation des veines situées dans l'espace péridural au cours de la grossesse favorise une telle injection. Pour éviter cet incident, le médecin anesthésiste vérifie l'absence de sang dans le cathéter et injecte une première dose faible du produit. Après cette « dose-test », il vous interrogera sur vos sensations afin de vérifier que tout va bien.

> Même entre des mains expertes, l'anesthésie péridurale peut être impossible à réaliser. Ces difficultés de ponction sont le plus souvent liées à une obésité, une anomalie de la colonne vertébrale ou à une intervention chirurgicale sur le rachis.



- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 1 - Ligament sus-épineux 2 - Ligament inter-épineux 3 - Ligament jaune 4 - Duremère | <ul style="list-style-type: none"> 5 - Espace péridural 6 - Liquide céphalorachidien 7 - Racine nerveuse |
|--|---|

Aurai-je mal à la tête après l'anesthésie péridurale ?

> Des maux de tête peuvent survenir après une APD. Ils peuvent être liés à une fuite de liquide céphalo-rachidien consécutive à la pénétration trop importante de l'aiguille lors de la ponction qui a perforé la dure-mère. Votre calme et votre immobilité pendant sa réalisation délicate est requise afin de prévenir cet incident. S'il survient malgré tout, vous en serez informée par le médecin anesthésiste. Mais, le plus souvent, cette brèche passe inaperçue et ce n'est que 6 à 12 heures après l'accouchement qu'apparaissent les maux de tête.

> Si ces maux de tête sont vraiment très invalidants, on fait une nouvelle anesthésie péridurale où on injecte un peu de votre propre sang afin d'arrêter la fuite de liquide céphalo-rachidien. Cette technique, appelée « *blood patch* », a pour effet de calmer ces maux de tête de façon totale et rapide dans la quasi-totalité des cas.

Est-ce que je peux rester paralysée après une anesthésie péridurale ?

> Les deux complications qui peuvent conduire à une paralysie par compression de la moelle épinière ou des racines nerveuses sont :

- l'hématome péri-durémérien en cas de troubles de la coagulation ;
- l'abcès durémérien avec épidurite voire méningite, observé en cas d'infection maternelle.

> Ces accidents sont exceptionnels et peu probables dans la mesure où toutes les contre-indications sont respectées. Détectés précocement, ils sont curables.

Et si je dois avoir une césarienne ?

> En cas de césarienne programmée par l'obstétricien, la technique de choix est :

- la rachianesthésie qui consiste à injecter à l'aide d'une aiguille très fine un anesthésique local et de la morphine directement dans le liquide céphalo-rachidien ; elle permet d'obtenir rapidement (1 à 2 minutes) une anesthésie de très bonne qualité avec une faible dose de médicaments et excellente analgésie pour les 24 heures qui suivent l'intervention ; le bas du corps est totalement insensibilisé et paralysé pour une durée de deux heures

environ, puis la récupération sensitive et motrice permet la remontée dans votre chambre, 2 à 3 heures après la césarienne.

> Quand une césarienne s'avère nécessaire en cours de travail et qu'une APD est déjà en place, deux solutions sont possibles :

- une réinjection par le cathéter des mêmes médicaments à une concentration plus élevée afin d'obtenir une anesthésie chirurgicale ; l'installation est progressive (20 à 30 minutes) et la durée de deux heures environ ; la récupération sensitive et motrice permet la remontée dans votre chambre 2 à 3 heures après la césarienne, l'analgésie postopératoire est alors assurée par des injections de morphine.
- Une rachianesthésie ; elle complète plus rapidement l'analgésie déjà en place et permet d'obtenir un relâchement musculaire plus important, ce qui facilite l'acte chirurgical.

> Dans les deux cas, une infirmière vous administrera en salle de soins postopératoires d'autres antalgiques (*paracétamol* et *anti-inflammatoires* s'il n'existe pas de contre-indication à ces produits) en complément afin que la douleur soit parfaitement contrôlée.

Est-ce que l'anesthésie péridurale peut nuire au bébé ?

> De très nombreuses études scientifiques ont démontré que **l'APD ou la rachianesthésie étaient sans danger pour le bébé**. Le seul effet indirect possible est lié à la baisse éventuelle de la tension artérielle maternelle. Mais cette éventualité, bien connue, est très facilement prévenue ou traitée par l'anesthésiste quand elle survient.

Que proposez-vous s'il y a une contre-indication à l'APD ?

> Si l'accouchement a lieu par voie basse, un dispositif d'auto-analgésie (ACP) vous permettra de vous administrer par voie intraveineuse un dérivé de la morphine de façon adaptée. Cette méthode, qui est sécurisée afin qu'aucun effet nocif pour le mère et l'enfant ne survienne, diminue notablement la douleur sans cependant atteindre l'efficacité de l'anesthésie péridurale.

En cas de césarienne, on pratiquera une anesthésie générale avec intubation trachéale.