

Informations concernant l'anesthésie et l'analgésie en obstétrique

Ce document, rédigé selon les recommandations de la Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR), est destiné à vous informer sur les modalités de prise en charge en anesthésie obstétricale, leurs avantages et leurs risques. Nous vous remercions de le lire attentivement, afin d'avoir tous les renseignements concernant la procédure d'anesthésie ou d'analgésie qui vous sera proposée par le médecin anesthésiste réanimateur. Vous pouvez également poser des questions sur cette procédure lors de la consultation d'anesthésie qui est réalisée dans les semaines précédant votre accouchement ou votre césarienne.

La consultation d'anesthésie est obligatoire au cours du troisième trimestre de la grossesse. Le choix du type d'anesthésie sera prévu en fonction de votre état de santé et des résultats des examens complémentaires (bilan sanguins, échographie obstétricale...). Vous devez apporter tout document relatif à votre état de santé. Le médecin qui assurera l'anesthésie ne sera pas forcément celui que vous aurez vu en consultation mais il disposera de votre dossier médical. En cas de nécessité, il pourra être amené à modifier la technique prévue initialement et vous en informera sauf en cas d'urgence vitale.

L'anesthésie /analgésie pour l'accouchement ou césarienne programmée sont des techniques d'analgésie loco régionale qui permettent de réduire de façon ciblée la douleur en bloquant les transmissions nerveuses de la douleur. La douleur du travail et de l'accouchement vient des nerfs de la région lombaire et sacrée. Ces techniques assurent une bonne stabilité de fonctions vitales, bénéfique pour la mère et l'enfant. Une surveillance rapprochée est réalisée par l'équipe d'anesthésie et d'obstétrique.

L'analgésie péridurale est la technique de choix pour le travail obstétrical et pour l'accouchement ; grâce à un petit cathéter posé dans l'espace péridural, il est possible d'injecter régulièrement des anesthésiques locaux associés ou non à un dérivé de la morphine pour maintenir le blocage de ces racines nerveuses. En cas d'inefficacité de la péridurale, une nouvelle pose de cathéter peut être proposée.

Les avantages de l'analgésie péridurale : est la méthode d'analgésie de loin la plus efficace ; il y a peu ou pas du tout de conséquences pour le fœtus ; elle facilite la direction du travail et l'accouchement et peut éviter le recours à une anesthésie générale (en cas de forceps, délivrance artificielle, césarienne...), sauf urgence vitale où l'anesthésie générale sera privilégiée.

La rachianesthésie permet de bloquer les sensations douloureuses plus rapidement et plus puissamment, si nécessaire, en injectant grâce à une aiguille très fine au niveau lombaire, un anesthésique local avec un dérivé morphinique, dans le liquide céphalo rachidien ; il n'y a pas de cathéter et la durée est plus limitée dans le temps. C'est la technique de choix en cas de césarienne programmée mais elle peut être utilisée rarement pendant l'accouchement, en fin de travail si péridurale non posée ou en cas de délivrance artificielle.

Les contre-indications absolues ou relatives pour la péridurale /rachianesthésie sont peu nombreuses : allergie aux anesthésiques locaux, troubles de la coagulation, état cutané ou état septique ne permettant pas la pratique de l'analgésie loco régionale ; des antécédents neurologiques (sclérose en plaque en poussée, angiome de la région lombaire...) ou des antécédents chirurgicales (chirurgie de la scoliose..) ; s'il y a un risque de saignement brutal (placenta prævia, hématome retro placentaire) ; également s'il y a des troubles psychiques rendant impossible la pose de la péridurale et en cas de refus de la patiente.

Quelle technique d'anesthésie en cas de césarienne ?

On peut vous proposer une anesthésie générale ou une anesthésie loco régionale en fonction du degré d'urgence, de la présence d'une analgésie péridurale efficace et de la présence des contre-indications ou des risques pour une technique ou d'autre.

Si la **césarienne est programmée**, la **rachianesthésie** est la technique de choix.

Parfois, pendant le travail, une **césarienne imprévue** doit être réalisée, dans 10 à 15% de tous les accouchements. Si une analgésie péridurale efficace est en place, on va utiliser le cathéter de péridurale pour administrer des produits plus puissants afin de passer de stade d'analgésie à celui d'anesthésie. Dans le cas contraire, une rachianesthésie peut vous être proposée si l'on dispose de suffisamment de temps avant de faire naître l'enfant. Avec les techniques d'anesthésie loco régionale, vous aller garder un état de conscience normale et des certaines sensations peuvent être présentes (pression, étirements, mouvements) ; si ces sensations sont fort désagréables, une anesthésie générale peut être réalisée. Également, en cas **d'urgence vitale**, **l'anesthésie générale** est privilégiée.

S'il devait y avoir recours à une anesthésie générale (état comparable au sommeil), la préparation de la chirurgie est réalisée avant l'anesthésie générale de la maman, afin de limiter au maximum le passage des médicaments d'anesthésie dans la circulation fœtale.

Les inconvénients et les risques de l'analgésie et l'anesthésie obstétricale :

La grande majorité des anesthésies se déroule sans problème particulier. Toutefois, tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données actuelles de la science, comporte un risque. Les conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie permettent de dépister rapidement les anomalies et les traiter.

Pendant l'analgésie péridurale ou la rachianesthésie :

Une sensation de jambes lourdes et une difficulté à les bouger peuvent s'observer. Une difficulté transitoire pour uriner est fréquente lors d'un accouchement et peut nécessiter un sondage évacuateur de la vessie ; une baisse temporaire de la pression artérielle peut survenir, ou très rarement, une diminution transitoire de la vision ou de l'audition. Des douleurs au niveau du point de ponction dans le dos peuvent persister quelques jours mais sont sans gravité. Le risque de douleurs lombaires à long terme est le même que l'accouchement a eu lieu avec ou sans péridurale.

En cas de dos difficile, anatomie particulière, mauvaise participation de la parturiente, il peut survenir un échec de la pose de la péridurale (moins de 10%).

L'analgésie péridurale permet d'atténuer les douleurs de l'accouchement et, rarement, moins de 5%, l'efficacité peut être incomplète, en fonction de plusieurs facteurs

(présentation du bébé, rapidité du travail, asymétrie de la péridurale, péridurale en damier...)

Dans les heures ou les jours qui suivent l'accouchement/la césarienne, des maux de tête peuvent apparaître ; vous devez les signaler. Ces douleurs peuvent être dues à une brèche durale créée lors de la pose de péridurale ; des différents traitements sont proposés dont le Blood patch si les douleurs sont invalidantes.

De façon tout à fait exceptionnelle (1cas /250.000) peuvent survenir un hématome péri-médullaire, une infection profonde, un traumatisme médullaire ou radiculaire, une anesthésie trop étendue, des convulsions ou un arrêt cardiaque.

Quelles sont les risques associés à l'anesthésie générale ?

Des nausées et des vomissements peuvent survenir au réveil ; une rougeur passagère au niveau de la veine utilisée pour les traitements peut s'observer. L'introduction d'un tube dans la trachée pour assurer la respiration pendant l'anesthésie (intubation), peut provoquer de maux de gorge ; des accidents liés au passage de vomissements dans les poumons sont possibles mais rares. Des traumatismes dentaires sont également possibles ; c'est pourquoi il est important de signaler toute prothèse ou toute fragilité dentaire. Après anesthésie générale, des souvenirs de la période opératoire peuvent subsister. Des troubles de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures qui suivent l'anesthésie.

Des complications imprévisibles comportant un risque vital comme une allergie grave, un arrêt cardiaque, une asphyxie, sont extrêmement rares.

Et la transfusion sanguine ?

Dans l'éventualité d'une hémorragie grave de la délivrance (5 cas/10.000 accouchements), il est possible que la décision de transfusion soit prise alors que vous serez sous anesthésie générale. En conséquence, cette information est diffusée en amont, et le fait qu'elle vous soit communiquée ne signifie pas nécessairement que vous recevrez une transfusion. Si vous avez dû recevoir une transfusion durant l'anesthésie, nous vous informerons de votre réveil. Si une solution alternative à la transfusion est possible, telle une augmentation du nombre de globules rouges par apport en fer et/ou en érythropoïétine, une information adaptée sera délivrée.

Il est impératif de réaliser, avant toute situation à risque transfusionnel, une carte de groupe sanguin et une recherche d'agglutinines irrégulières. La recherche systématique de virus après une transfusion n'est plus recommandée. En revanche, la recherche des RAI un mois après la transfusion, est recommandée.

Comme tout traitement, la transfusion comporte des risques d'effets secondaires. Des réactions sans conséquences graves peuvent survenir pendant ou après la transfusion, comme l'urticaire, une gêne respiratoire, une montée transitoire de la tension artérielle, des frissons ou de la fièvre sans cause infectieuse.

Les risques de contamination et de rejet sont aujourd'hui très limités, grâce aux mesures systématiques de détection et de prévention (moins de 5 cas/an en France).

Des risques liés aux très nombreux groupes et sous-groupes sanguins : le grand nombre de sous-groupes sanguins différents d'une personne à l'autre impose de faire des examens obligatoires avant transfusion pour assurer votre sécurité. Malgré ces précautions, des anticorps irréguliers apparaissent chez certaines patients (moins1%). Ils sont sans

conséquence immédiate mais doivent faire l'objet de précautions particulières en cas de nouvelle transfusion.

Le refus de la transfusion sanguine, pour des raisons personnelles, peut entraîner des altérations graves des fonctions vitales. L'anémie aigue peut-être responsable soit d'une simple fatigue prolongée, soit du décès de la parturiente, soit de la souffrance du fœtus si l'hémorragie se produit avant l'accouchement.

***L'équipe médicale reste à votre disposition pour répondre à vos questions.
N'hésitez pas à en parler avec eux.***

Fait à Carcassonne, le :

Signature :