

# **ACCOUCHER SOUS ANALGÉSIE**

**Un choix conscient et informé**

Ce livret est un outil informatif et instructif destiné à toutes les femmes qui souhaitent connaître la procédure médicale de l'accouchement sans douleur et qui pourront en bénéficier lors de leur accouchement à l'hôpital de Sassuolo.

## INTRODUZIONE

Nous vous invitons à lire attentivement ce qui suit et, en cas de doutes ou curiosités à lecture terminée, à les annoter afin que vous puissiez en parler avec le médecin Anesthésiste lors de la consultation d'anesthésie.

De fait pour accéder au service, il est indispensable d'effectuer avant l'accouchement, si possible entre la 35<sup>e</sup> et la 36<sup>e</sup> semaine de gestation, une consultation pré-anesthésique complète que cette brochure ne peut remplacer.

## DOULEUR ET NAISSANCE

La maîtrise de la douleur pendant l'accouchement, quelle que soit la méthode adoptée, a pour but d'obtenir une atténuation de la **douleur physiologiquement présente pendant le travail**, qui est perçue et rapportée de manière extrêmement différente par les femmes, vu l'influence de nombreuses variables individuelles.

Certaines femmes préfèrent accoucher de manière tout à fait naturelle, en acceptant également la composante douloureuse. Pour d'autres, la douleur est une trop rude épreuve à surmonter, un passage qui absorbe beaucoup d'énergie et qui limite les possibilités d'une participation active et sereine à l'événement.

On divise traditionnellement le travail en **3 stades (prodrome, dilatation et expulsion)** dans lesquels la sensation de douleur sera perçue de façon différente.

**Recourir à l'analgésie pour l'accouchement n'est pas une alternative à la naissance naturelle.**

Il existe des **méthodes non pharmacologiques** de modulation de la douleur durant le travail et l'accouchement. Ces approches, telles que les **soins obstétricaux individuels, le soutien émotionnel, l'immersion dans l'eau, les postures libres**, sont mises en œuvre tout au long du travail. De plus, des séances de préparation à la naissance expliquant des **exercices de relaxation et de respiration** ont pour but d'aider les femmes à composer avec le travail normal.

## MEDICAMENTS ET CONTRÔLE DE LA DOULEUR

### OPIOÏDES PAR VOIE INTRAVEINEUSE

Il s'agit d'analgésiques très efficaces, mais leur administration aux doses conventionnelles **n'est pas recommandée pendant le travail, en raison des effets secondaires potentiellement graves sur la mère et l'enfant à naître.**

Pendant le travail, ils sont donc utilisés mais avec un effet analgésique limité.

### PROTOXYDE D'AZOTE

L'effet analgésique du protoxyde d'azote est faible, néanmoins il offre quelques avantages aux patientes enceintes justifiant l'utilisation de cet agent inhalé, **à condition qu'une inhalation correcte** de ce produit soit administré, ce à travers des masques spéciaux.

### ANALGÉSIE PÉRIDURALE ET RACHIDIENNE

Elle représente la technique d'anesthésie la plus largement utilisée et approuvée dans le monde entier pour **un contrôle adéquat de la douleur aussi bien dans l'accouchement spontané que dans l'accouchement déclenché.**

En cas de déclenchement artificiel du travail, la mise en place d'une analgésie péridurale est recommandée.

Ces techniques **impliquent l'injection de médicaments** (anesthésiques locaux et opioïdes) à de très faibles concentrations au niveau du rachis lombaire.

## **QU'EST-CE QUE L'ANALGÉSIE À L'ACCOUCHEMENT**

Grâce aux techniques d'anesthésie (**péridurale, rachidienne et combinée**) les contractions ne sont parfois ressenties plus que comme de simples pressions au niveau de l'abdomen ; la patiente **continue à ressentir l'arrivée des contractions, qui ne sont cependant plus ressenties comme douloureuses.**

En effet, la femme doit conserver la force musculaire des jambes et de l'abdomen, déambuler et pousser pendant la période expulsive.

L'accouchement sous analgésie a un **effet favorable sur le bien-être materno-fœtal**, le soulagement de la douleur, **diminue le niveau de stress** et réduit de façon évidente la fatigue de la gestante. Un environnement calme et sans stress lié à la douleur rétablit le calme de la respiration de la mère ce qui permet, outre une meilleure participation à l'accouchement, d'écarter le risque de réduction d'oxygène pour l'enfant, bénéfice supplémentaire de la péridurale.

**Le passage placentaire, de la mère au fœtus, des médicaments utilisés lors de l'analgésie s'est avéré absolument négligeable sur l'état du bébé à la naissance.**

**Un ralentissement de la fréquence cardiaque fœtal (jusqu'à 70%des cas) peut survenir dans l'heure suivant la pose d'une analgésie péridurale, généralement sans retentissement sur le fœtus.**

L'accouchement sous analgésie s'est révélé efficace dans plus de 95% des cas en phase de dilatation, pourcentage qui se réduit en phase expulsive, lorsque la sensation de douleur peut être présente, bien qu'à un degré plus modéré.

Pendant toute la durée du travail, la femme enceinte est prise en charge par le personnel obstétrique et le bien-être fœtal est vérifié avec le **tracé cardiotocographique**.

## **OU ÇA SE DÉROULE ET DE QUELLE FAÇON**

La manœuvre est toujours **réalisée par le médecin**

**Anesthésiste en salle d'accouchement**, il faut remarquer que l'anesthésie péridurale est exécutée sous le couvert de l'asepsie la plus rigoureuse et tout le matériel nécessaire est stérile.

## **LA SÉDATION EST-ELLE NÉCESSAIRE ?**

**Elle n'est pas nécessaire, une anesthésie locale** de la peau du dos est suffisante. Pendant la manœuvre vous

communiquerez à votre médecin Anesthésiste toute forme d'inconfort (douleur à l'injection, sensation de « décharges électriques » au niveau lombaire ou dans les membres inférieurs, sensation de brûlure, etc.).

## **PRENONS CONNAISSANCES DES DIFFÉRENTES TECHNIQUES.**

**1.L'analgésie péridurale** implique la mise en place d'un **cathéter** très fin dans l'espace péridural situé au niveau de la **colonne vertébrale lombaire**.

L'administration de médicaments sera effectuée par l'anesthésiste, soit personnellement, soit avec l'aide de pompes électroniques PCI, chaque fois que la gestante commencera à ressentir des contractions douloureuses.

**Le soulagement de la douleur survient généralement 10 à 15 minutes après l'administration du médicament.**

**2.L'analgésie rachidienne** **consiste à injecter des médicaments dans l'espace sous-arachnoïdien.**

Cet espace est situé quelques millimètres plus en profondeur de l'espace péridural, directement en contact avec les fibres nerveuses, cela signifie que l'effet analgésique survient plus tôt que l'analgésie péridurale.

Cependant, **ce type d'analgésie ne peut être répété**, donc si la gestante n'a pas encore accouché, il est nécessaire de

poursuivre l'analgésie avec la mise en place d'un cathéter péridural (technique combinée rachidienne-péridurale).  
**Grace à cette technique, le soulagement de la douleur survient généralement 2 à 3 minutes après l'administration du médicament.**

## **LE CHOIX DE LA TECHNIQUE LA PLUS APPROPRIÉE RELÈVE DE LA DECISION DU MEDECIN ANESTHÉSISTE.**

De plus, au moment de l'accouchement, les conditions cliniques d'aptitude à l'accouchement sous analgésie doivent être confirmées par le gynécologue et l'anesthésiste.

## **LES ÉTAPES QUE JE DOIS SUIVRE ...**

**1. Le choix maternel** d'accoucher sous analgésie pharmacologique **doit être libre, conscient et informé**, par conséquent, l'information et l'expression du consentement doivent de préférence être effectuées en dehors de la phase douloureuse du travail

2. Il existe des **conditions cliniques**, qui peuvent être liées ou non à la grossesse, ou des situations qui surviennent pendant le travail, durant lesquelles l'équipe peut proposer une analgésie à la gestante, qui est libre d'accepter ou non.

3. Il est nécessaire de **vérifier la formule sanguine et les valeurs de coagulation** de la patiente, **au plus tôt 30-40 jours à compter de la date prévue de l'accouchement.**

4. Pour initier l'analgésie périmédullaire, le travail doit généralement être bien en cours avec des **contractions fortes et régulières** (au moins 2-3 contractions douloureuses en 10 minutes)

## LES INDICATIONS CLINIQUES

En cas de manœuvres opératoires post-partum, le cathéter péridural est utilisé pour l'anesthésie lors de la suture et / ou lors de l'extraction manuelle du placenta (post-accouchement manuel).

En cas **d'indication** à la **césarienne urgente**, grâce à la présence du cathéter péridural, **l'analgésie peut être rapidement et en toute sécurité transformée en anesthésie chirurgicale**, réduisant ainsi les risques liés aux techniques d'anesthésie alternatives pratiquées en urgence.

Cette conversion prend environ 10 minutes de temps, il est donc possible, en cas de situation émergente, de recourir à une anesthésie générale. Par ailleurs, le cathéter peut aussi être utilisé pour le contrôle de la douleur postopératoire.

Les effets de l'analgésie épidurale sur la progression du travail ont été largement étudiés.

La première phase de travail (dilatation) n'est pas prolongée, tandis que la seconde (expulsive) pourrait s'allonger en moyenne de 15-30 min comportant un plus ample recours à l'ocytocine voire même l'utilisation de la ventouse.

Parmi les causes possibles de cet effet, il faut aussi considérer l'interférence des anesthésiques sur le réflexe de poussée et sur la force expulsive. Cependant, l'analgésie péridurale n'augmente pas le risque de césarienne, ni le risque d'hémorragie post-partum et ni l'extraction manuelle du placenta ou des lacérations périnéales.

## **LES CONTRE-INDICATIONS CLINIQUES**

### **Absolues**

- Maladies hémorragiques, thrombocytopénie sévère
- Thérapie avec des médicaments anticoagulants
- Manque de coopération de la gestante

- Infections généralisées ou cutanées
- Maladies neurologiques en cours
- Allergie aux anesthésiques locaux
- Malformations de la colonne vertébrale

## Relatives

- Opérations précédentes sur la colonne vertébrale
- Tatouages sur le site d'insertion de l'aiguille
- Thérapie avec certaines classes d'antiagrégants plaquettaires ou avec des héparines de faible poids moléculaire, où il n'y a aucune possibilité de respecter les temps d'attente prévus.
- Certaines difficultés anatomiques.

## EFFETS SECONDAIRES ET COMPLICATIONS

L'analgésie à l'accouchement est une méthode efficace et sûre, toutefois, elle peut être techniquement difficile (ou impossible) et / ou incomplète.

Comme dans tout actes médicaux, des réactions indésirables et des complications peuvent survenir.

Les effets secondaires sont rares. Occasionnellement, peuvent survenir :

## **Paresthésie**

Sensation désagréable et transitoire de « choc électrique » lors de l'introduction du cathéter et / ou lors de la ponction vertébrale

## **Pas de soulagement adéquat**

Si certaines racines nerveuses n'ont pas été suffisamment imprégnées par l'anesthésique, il peut être nécessaire de répéter la ponction ou d'abandonner la procédure.

## **Frissons**

Une réaction transitoire et sans conséquences qui peut survenir au cours de l'accouchement sous analgésie.

## **Démangeaisons**

Cela peut survenir à la suite de l'utilisation de certains médicaments pour contrôler la douleur. Généralement légères, tolérées et peu fréquentes, elles s'estompent spontanément environ une heure après la fin de la procédure analgésique.

## **Hypotension (baisse de la pression artérielle)**

Cela survient rarement vu les faibles doses d'anesthésique utilisé pour l'analgésie à l'accouchement.

D'autre part, l'hypotension est aisément traitée par l'administration de liquides intraveineux (goutte à goutte) et / ou par l'utilisation de médicaments appropriés.

## Fièvre

Les femmes subissant une analgésie péridurale ont plus facilement une hausse de la température corporelle par rapport aux femmes en travail sans analgésie. Cela survient surtout durant les accouchements de longue durée.

## Lombalgie

Les douleurs dorsales ou sciatiques sont liées au stress auquel la colonne vertébrale est soumise pendant la grossesse, pendant l'accouchement et le post-partum, indépendamment du fait d'avoir pratiqué une analgésie péridurale ou non. Ces problèmes ne sont que rarement causés par la ponction et, dans ce cas, ils se résolvent en 3-4 jours.

## Rétention urinaire

Peut survenir dans un faible pourcentage de personnes en raison de l'action des anesthésiques. Dans ces cas, il est nécessaire la pose temporaire d'une sonde urinaire pour vider la vessie.

## Maux de tête (Céphalée Post-Ponction Durale)

**Ils peuvent survenir endéans les 72 heures de l'accouchement avec une incidence comprise entre 1% et 3% des cas.** Ils peuvent être contrôlés en assumant la position allongée pendant les 48 premières heures, boissons abondantes et la prise de médicaments

analgésiques. Des troubles de l'équilibre et une intolérance à la lumière peuvent être associés.

Cet inconfort peut durer quelques jours, de sorte que la maman pourrait rester hospitalisée plus longtemps avec son bébé.

**La durée du mal de tête varie, de 2-3 jours à environ une semaine.**

Dans les cas les plus graves, en plus du repos, de l'hydratation et de l'utilisation de médicaments analgésiques courants, il peut être nécessaire de recourir au colmatage péridural pour accélérer la résolution : le « **Blood Patch** » constitue le traitement de référence des céphalées post-brèche. Une **nouvelle péridurale sera réalisée en injectant un peu de votre propre sang dans l'espace péridural lombaire au plus près de la brèche durale.**

La survenue de **réactions allergiques aux anesthésiques locaux** utilisés sont **très rares**, mais lorsqu'elles surviennent, elles peuvent être problématiques : c'est pourquoi **il est important de procéder à la visite anesthésique au préalable.**

Les complications graves telles que lésions neurologiques permanentes (1 cas sur 200 000), hématomas épiduraux (environ 1 cas sur 150 000), infections (méningite, abcès épidural, arachnoïdite, septicémie généralisée) sont considérées comme très rares.

## PUIS-JE ALLAITER?

Après l'accouchement, vous pouvez allaiter, vu que les médicaments administrés sont rapidement éliminés de l'organisme.

### JE DOIS AUSSI SAVOIR QUE ...

**1. Pour des raisons d'organisation** (contemporanéité d'autres interventions chirurgicales urgentes ou émergentes), **l'analgésie peut être retardée ou doit être temporairement suspendue.**

Nous nous excusons au préalable au cas où cela se produirait, mais nous vous assurons que, dans la mesure du possible, nous satisferons vos demandes.

**2. Vous pouvez demander l'arrêt de l'analgésie à tout moment.**

**3. Une fois la procédure d'analgésie commencée, vous ne pourrez plus vous immerger dans la baignoire qui se trouve dans la salle d'accouchement.**

## REMARQUES


