

INFORMATION MEDICALE SUR L'ANESTHESIE EN MATERNITE

RÔLE DU MÉDECIN ANESTHÉSISTE-RÉANIMATEUR EN MATERNITÉ :

L'anesthésiste réanimateur est un médecin spécialiste avec une double compétence en anesthésie et en réanimation. A la maternité du val d'ouest, il est présent 24 h sur 24 pour assurer le soulagement de la douleur (analgésie) par la péridurale ou d'autres techniques, les anesthésies pour césarienne programmée ou en urgence ainsi que la réanimation maternelle si nécessaire, et parfois la réanimation de l'enfant à naître en collaboration avec le pédiatre.

POURQUOI UNE CONSULTATION D'ANESTHESIE AVANT UN ACCOUCHEMENT ?

Parce que l'anticipation est garante de sécurité, et qu'elle est obligatoire : en cas de situation urgente en salle de naissance, l'évaluation et la synthèse de votre état de santé réalisées en amont, permettront une prise en charge sans délai. Classiquement l'anesthésiste réanimateur vous rencontre au dernier trimestre de la grossesse, et prend connaissance de votre histoire médicale, de vos traitements en cours, et de tout document utile vous concernant. En cas de risque ou de difficulté prévisible vous serez informée de la stratégie envisagée. L'ensemble des données de la consultation est consigné dans un compte rendu intégré à votre dossier obstétrical, disponible au moment de l'accouchement. En effet il est peu probable que vous rencontriez le même anesthésiste en consultation et lors de l'accouchement. C'est également lors de cette consultation que vous pourrez être informée et poser des questions sur la prise en charge de la douleur lors de l'accouchement.

QUELLES SONT LES TECHNIQUES ANESTHESIQUES UTILISEES EN MATERNITE ?

L'anesthésie loco-régionale est une méthode qui permet de réduire de façon ciblée la douleur en bloquant les transmissions nerveuses d'une zone donnée. Pour les douleurs de l'accouchement et de la césarienne, deux techniques permettent de bloquer ces nerfs : la rachianesthésie et l'anesthésie péridurale.

La rachianesthésie consiste en une injection dans l'espace rachidien qui permet une anesthésie rapide et puissante. La durée de cette anesthésie est limitée dans le temps et rarement compatible avec la durée habituelle du travail obstétrical (plusieurs heures), mais elle peut aussi être combinée à l'anesthésie péridurale pour obtenir un soulagement plus rapide. C'est aussi la technique utilisée pour les césariennes programmées ou les gestes courts pendant la grossesse ou l'accouchement (cerclage utérin par exemple).

L'anesthésie péridurale consiste à mettre en place un fin tuyau (cathéter) glissé dans l'espace péridural, pour pouvoir injecter régulièrement des anesthésiques locaux jusqu'à l'accouchement. En fonction de la puissance du mélange injecté l'anesthésiste réanimateur pourra moduler l'effet entre analgésie et anesthésie. L'analgésie permet de réduire la douleur tout en conservant des sensations (toucher, contractions, descente du bébé) et la motricité. C'est la technique de choix pour le travail obstétrical et l'accouchement. L'anesthésie permet de supprimer totalement la douleur, les sensations et la motricité, par l'injection d'un mélange plus puissant, et est utilisée pour les césariennes en cours de travail ou pour certains gestes de l'accouchement (instruments pour la naissance, vérification de la délivrance du placenta).

QUI PEUT BENEFICIER D'UNE ANALGESIE PERIDURALE POUR L'ACCOUCHEMENT ?

La plupart des patientes en travail ou en phase de déclenchement du travail et sentir le besoin d'être soulagée. Les contre-indications sont très rares, même si il n'y a pas de dilatation minimale ou maximale du col de l'utérus requise, la seule limite est le délai prévisible de la naissance, car le temps incompressible avant l'efficacité de l'analgésie est d'environ 15 minutes. Après un accouchement sans péridurale, une rachianesthésie ou une anesthésie générale peut également être réalisée si des gestes complémentaires sont nécessaires.

ASPECTS TECHNIQUES

La pose est réalisée en position assise, le dos rond, ou allongée sur le côté. Après anesthésie locale de la peau, un fin tuyau souple appelé cathéter péridural est mis en place à travers une aiguille spécifique. Des difficultés techniques avec un temps de pose plus long peuvent s'observer en cas de scoliose de fort surpoids. Les produits utilisés (anesthésiques locaux dilués, dérivés de la morphine) sont injectés par l'intermédiaire d'une pompe à votre disposition, vous permettant de participer vous-même à la gestion de votre analgésie. Les sages-femmes sont habilitées à surveiller l'efficacité et la tolérance d'une analgésie péridurale.

BENEFICES ATTENDUS DE L'ANESTHESIE RACHIPERIDURALE

Le premier bénéfice est de retrouver du confort tout en conservant à la fois des sensations et la possibilité de bouger. Elle apporte aussi une forme de sécurité à l'accouchement en évitant le recours à l'anesthésie générale en cas de césarienne urgente. On observe également une limitation de la fatigue et de la dépense énergétique, bénéfique pour les mamans et les fœtus les plus fragiles.

RISQUES ET EFFETS INDESIRABLES

L'anesthésie est plus sûre que beaucoup de pratiques quotidiennes (voiture, vélo ...) mais comme tout acte de soin, elle peut être émaillée d'incidents ou de complications, prévisibles ou non.

Les incidents qui peuvent survenir après la pose de l'analgésie péridurale :

Le plus souvent il s'agit d'une insuffisance d'efficacité, d'émblée, ou dans un deuxième temps, qui peut nécessiter un repositionnement ou un changement du cathéter péridural. Après plusieurs injections, une lourdeur des jambes peut apparaître. Si vous avez à disposition la pompe, vous devez diminuer les réinjections dans la péridurale et le signaler à la sage-femme. Il peut être observé occasionnellement une diminution de la pression artérielle, une élévation de la température corporelle, des tremblements ou des démangeaisons. Ces inconvénients sont aisément traitables et n'ont pas de retentissement sur l'enfant. Après l'accouchement, une sensation particulière au point de ponction peut subsister quelques jours à quelques semaines. Les autres douleurs lombaires sont fréquentes pendant et après la grossesse, et leur survenue n'est pas

influencée par la péridurale. Dans les heures ou les jours qui suivent l'accouchement sous péridurale des maux de tête peuvent apparaître. Vous devez le signaler. L'équipe d'anesthésie évaluera et diagnostiquera s'il y a un lien avec la pose de la péridurale. En effet, chez certaines patientes (environ 1%), une brèche peut survenir lors de la ponction, dans une membrane appelée dure-mère. Dans ce cas, pour réparer et cicatriser cette brèche, il peut être proposé de réaliser un « blood patch » qui consiste à prélever quelques millilitres de votre sang pour les injecter dans l'espace péridural. Il est à noter qu'un terrain migraineux ne majore pas le risque de survenue de ce type de brèche.

Les complications qui peuvent survenir après la pose de l'analgésie péridurale

Exceptionnellement peuvent survenir un hématome péri-médullaire, une infection profonde, un traumatisme de la moelle épinière ou d'une racine nerveuse. Ces événements 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. Des convulsions liées à une diffusion anormale du produit dans le liquide céphalo-rachidien ou dans les vaisseaux ont été également rapportés de manière exceptionnelle.

Il est fréquent de penser que tout problème de dos ou de racine nerveuse après l'accouchement est dû à la péridurale. Or dans la plupart des cas cela provient plutôt du travail et de l'accouchement, par la pression continue du fœtus dans le bassin, ou d'une mauvaise position du dos ou des jambes. Les symptômes disparaissent avec le temps, et l'anesthésiste réanimateur sera disponible pour un examen et une prise en charge conjointement avec l'équipe obstétricale dans les suites de l'accouchement.

CONSEQUENCES SUR LE TRAVAIL OBSTETRICAL ET LE FŒTUS

Les effets de la péridurale sur le déroulement du travail et l'accouchement ont été beaucoup étudiés, et sont avec les techniques actuelles, faibles voire inexistantes. Le risque de césarienne n'est pas augmenté. Il peut arriver qu'après une certaine durée d'utilisation ou après plusieurs injections successives, apparaisse une difficulté à bouger les jambes. Si cette immobilité est intense et perdure, la durée de poussée peut être allongée et une aide à l'expulsion s'avérer nécessaire. 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 sur l'enfant aux doses administrées.

ET SI UNE CESARIENNE ETAIT NECESSAIRE

Chez 10 à 15 % des femmes en travail, une césarienne imprévue doit être réalisée : Si une analgésie péridurale efficace est en place, elle sera utilisée avec des produits plus puissants afin de passer du stade d'analgésie à celui d'anesthésie, permettant d'éviter l'anesthésie générale. Le recours à l'anesthésie générale est très rare et se limite aux situations les plus urgentes.

INFORMATION ANNEXE SUR LA TRANSFUSION SANGUINE

Si votre état de santé nécessite une transfusion sanguine, il est possible que la décision de transfuser soit prise alors que vous serez sous anesthésie. En conséquence, cette information est assez largement diffusée en préopératoire ou avant un accouchement, 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 une anesthésie générale, nous vous en informerons dès votre réveil.

A quoi sert une transfusion et quels en sont les principaux risques ?

La transfusion est un traitement qui peut être nécessaire en cas de manque de globules rouges, de plaquettes, de facteurs de coagulation, de globules blancs. Pour chacune de ces situations, il existe un produit spécifique. Comme tout traitement, la transfusion comporte des avantages et des inconvénients. Elle n'est envisagée par votre médecin que lorsque les bénéfices attendus pour votre santé sont supérieurs aux risques encourus. Les inconvénients sont rares et le plus souvent sans gravité (urticaire, réaction fébrile). Les précautions prises permettent de rendre exceptionnels les risques liés à la transmission de bactéries, et d'infections virales, comme les hépatites ou le SIDA.

Le refus de transfusion sanguine pour raisons personnelles peut entraîner des dysfonctionnements de l'organisme dans la phase post-opératoire. Une anémie aigue, selon son importance peut être responsable, soit d'une simple fatigue prolongée, soit d'un retard dans la rééducation, soit du décès du patient si le saignement est majeur avec trouble de la coagulation associés.

Quelle surveillance après transfusion ?

La seule surveillance encore recommandée actuellement est une recherche d'anticorps irréguliers à distance de la transfusion afin d'améliorer la sécurité d'une éventuelle transfusion ultérieure. Il vous sera remis un document comportant la nature et le nombre de produits sanguins que vous aurez reçus, à conserver, et à communiquer, à votre médecin pour lui permettre d'assurer votre suivi.

Pour en savoir plus

Une information plus détaillée est consultable sur le site de la Société française d'anesthésie réanimation :

(<https://sfar.org/wp-content/uploads/2018/06/infosgSFAR06.pdf>)

Je soussignéestime avoir été suffisamment informé des bénéfices et des risques de l'anesthésie au cours de la consultation.

J'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies.

J'ai pris connaissances des informations mentionnées sur le présent document.

J'accepte les modifications de méthodes qui pourraient s'avérer nécessaires pendant ma prise en charge.

Mon accord concerne aussi la transfusion de sang ou de dérivés sanguins jugés nécessaires par le médecin anesthésiste-réanimateur.

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur à mon égard.

Date :

Signature de ou de son représentant légal