

1.2 L'anesthésie péridurale

1.2.1 Principe et technique de pose

L'anesthésie péridurale est une technique d'anesthésie loco-régionale consistant à bloquer les nerfs rachidiens (nerfs sortant de la moelle épinière, responsables de la sensibilité et de la motricité). C'est la technique choisie pour le travail obstétrical et l'accouchement car elle permet de vous soulager très efficacement des douleurs liées aux contractions avec un effet minimal sur le fœtus. Le geste consiste à mettre en place un fin tuyau (cathéter) dans l'espace péridural (encore appelé épidural) afin d'y injecter, par l'intermédiaire d'une pompe, des anesthésiques locaux qui vont bloquer temporairement les nerfs rachidiens et du coup supprimer la douleur. Pour se faire, vous serez installée en position assise au bord du lit et il vous sera demandé de faire un dos « rond vers l'arrière ». Au préalable, une perfusion vous sera posée et des appareils de surveillance de votre tension et de votre fréquence cardiaque seront installés. Une fois que vous serez en position assise, l'anesthésiste-réanimateur procédera à une anesthésie locale de la peau avant de réaliser le geste en lui-même. Votre accompagnant ne sera pas autorisé à rester dans le box lors de la pose de la péridurale pour des raisons d'asepsie.

Lors du travail obstétrical, on recherche une analgésie péridurale, c'est-à-dire une diminution de la douleur jusqu'à un seuil qui soit acceptable pour vous. Vous êtes la plus à même d'estimer votre douleur et de définir ce qui est supportable pour vous et ce qui ne l'est pas. C'est pourquoi vous serez amenée à gérer vous-même le nombre et la fréquence des injections d'anesthésiques locaux que vous recevrez dans la péridurale. En appuyant sur un bouton si la douleur est trop importante, vous déclencherez une injection d'anesthésiques locaux. Le but est de vous administrer la « juste » dose, c'est-à-dire ce qui est nécessaire et suffisant pour vous soulager, cette dose variant forcément d'une patiente à une autre. Il existe bien sûr une sécurité sur la pompe pour éviter les risques de surdosage.

Cette analgésie permet de conserver une motricité des jambes et certaines sensations (toucher, contractions, descente du fœtus). Sachez cependant que de par son mécanisme d'action, la péridurale affecte tout de même partiellement la motricité des jambes. Si vous souhaitez marcher alors que la péridurale est déjà fonctionnelle, cela ne pourra se faire qu'après accord explicite du médecin anesthésiste et accompagné par une 2^e personne.

Il n'y a pas de dilation minimale du col utérin requise pour poser une péridurale : vous pourrez donc en bénéficier à n'importe quel moment du travail selon l'intensité de la douleur ressentie. Nous ferons notre possible pour réaliser le geste le plus rapidement possible. Il peut arriver néanmoins de devoir patienter si l'équipe d'anesthésie-réanimation est occupée avec d'autres patients.

1.2.2 Péridurale et césarienne non programmée

En cas de césarienne non programmée (représentant de 10 à 20 % des accouchements), si une péridurale est déjà en place, il suffira à l'anesthésiste réanimateur de réinjecter dans le cathéter de péridurale des anesthésiques locaux plus puissants qui bloqueront totalement les nerfs rachidiens et du coup supprimeront totalement la douleur mais aussi la motricité des jambes. Moins de 10 minutes après l'injection de ces produits puissants, il est possible de réaliser la césarienne sans avoir à vous endormir ! Bien que ces produits suppriment la douleur, ils ne suppriment pas la sensation de toucher. Vous sentirez donc que l'on vous touche durant l'éventuelle césarienne mais vous n'aurez pas mal.

Si vous n'avez pas encore de péridurale en place et qu'il est décidé de réaliser une césarienne, il sera alors pratiquée une **rachianesthésie** ([renvoi vers l'onglet Rachianesthésie](#))

L'avantage de la péridurale (comme de la rachianesthésie) est d'éviter de vous faire courir les risques inhérents à toute anesthésie générale, notamment le risque d'inhalation (passage de liquide gastrique dans les poumons).

1.2.3 Péridurale et révision utérine/délivrance artificielle

De temps en temps, après un accouchement normal par voie basse, il est nécessaire de réaliser une révision utérine (geste consistant à examiner manuellement le fond utérin) ou une délivrance artificielle (extraction manuelle du placenta lorsque celui-ci reste dans l'utérus). Dans ce cas, tout comme pour une césarienne, le médecin anesthésiste réanimateur réinjectera des anesthésiques locaux plus puissants dans le cathéter de péridural permettant en une dizaine de minutes de permettre un examen manuel de l'utérus sans entraîner de douleur.

1.2.4 Les effets secondaires et complications de la péridurale

Il existe, comme pour tout geste, des risques à la péridurale qui sont résumés par fréquence et gravité dans le tableau ci-dessous.

Néanmoins, le rapport bénéfice/risque est largement en faveur de la réalisation d'une péridurale, raison pour laquelle ce geste est réalisé dans la grande majorité des accouchements par voie basse (plus de 80 % en France)

Fréquent mais bénins	Peu fréquent et bénins (10/1000)	Graves mais rarrissimes (1/250 000)
Hypotensions artérielle Nausées et vomissements tremblements	Brèche méningée	Hématome péri-médullaire Infection (abcès, épidurite, méningite) Lésions nerveuses traumatiques

L'hypotension artérielle se traite facilement par l'utilisation de médicaments permettant de la faire remonter.

La brèche méningée est liée à une ponction un peu trop profonde qui entraîne une fuite de liquide céphalorachidien (liquide entourant les méninges et la moelle épinière). Elle est responsable d'importantes céphalées réfractaires au traitement médical classique. Il est nécessaire de réaliser un blood-patch afin de les traiter correctement. Ce geste consiste à refaire une péridurale et d'injecter votre propre sang dans l'espace péridural afin de bloquer la fuite de liquide céphalo-rachidien. L'effet antalgique est immédiat.

Il est fréquent de penser que tout problème de lombalgie ou de sciatgie après un accouchement est dû à la péridurale. Or, dans la plupart des cas cela provient du travail obstétrical et de l'accouchement par la pression continue du fœtus dans le bassin et/ou d'une mauvaise position du dos ou des jambes pendant le travail. Les symptômes disparaissent avec le temps

1.2.5 Les conséquences de l'anesthésie péridurale sur le travail obstétrical et le fœtus

La péridurale, contrairement aux idées reçues, n'augmente pas le risque de césarienne ni ne prolonge de manière significative la durée du travail, hors surdosage manifeste.

Il peut arriver qu'apparaisse une difficulté à bouger les jambes. Si cette immobilité est intense et prolongée, la durée de poussée peut être allongée et une aide à l'expulsion s'avérer nécessaire. Ce risque est néanmoins fortement diminué par le fait que c'est vous qui gérez votre douleur en vous injectant ou non des doses d'anesthésiques locaux.

L'administration de « stimulants » du travail n'est pas non plus augmentée par le fait de bénéficier d'une péridurale.

Les anesthésiques locaux sont injectés dans un espace anatomique ne communiquant pas avec le fœtus. Néanmoins, il peut exister un faible passage vers le fœtus par voie sanguine qui est sans conséquence pour celui-ci. C'est justement parce que cette diffusion au fœtus est quasi nulle que la péridurale est préférée à une gestion classique de la douleur par voie intraveineuse.

1.2.6 Les idées fausses sur la péridurale

“ La péridurale pour l'accouchement et c'est le mal de dos assuré pendant des années ? ”

Les douleurs lombaires sont fréquentes pendant et après la grossesse. Le risque de douleurs lombaires à long terme est le même que l'accouchement ait eu lieu avec ou sans analgésie péridurale.

“ Je suis migraineuse de nature alors le migraine après la péridurale c'est pour moi ? ”

Si vous êtes migraineuse vous pouvez au décours de l'accouchement déclencher une crise de migraine qui ne sera pas liée à votre péridurale. Certains maux de tête qui peuvent apparaître après une péridurale sont une complication mécanique rare de la péridurale et sans relation avec l'état migraineux.

“ J'ai un tatouage en bas du dos alors j'oublie la péridurale ? ”

Un tatouage n'est pas une contre-indication à l'analgésie péridurale. Généralement les anesthésistes essaient de glisser l'aiguille à côté du tatouage mais s'il est exactement sur la zone de ponction il faut savoir que le passage de l'aiguille peut laisser un minuscule point blanc dans un tatouage coloré.

“ Je suis épileptique je risque des convulsions si j'ai une péridurale ? ”

Les crises d'épilepsie surviennent fréquemment lors de moments de stress et de dépenses énergétiques ou lorsque l'on interrompt le traitement. Lors d'un accouchement l'analgésie péridurale limite le stress et la dépense énergétique. Elle est donc recommandée aux patientes épileptiques. Les complications de type convulsions exceptionnellement décrites avec l'analgésie péridurale surviennent sans aucun terrain favorisant.