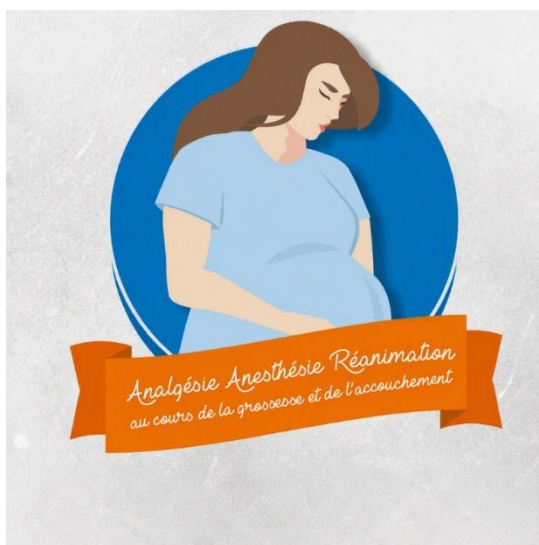


Analgésie - Anesthésie - Réanimation au cours de la grossesse et de l'accouchement



Maternité du CHU de Montpellier
Hôpital Arnaud de Villeneuve
Consultation d'anesthésie
Tel : 04 67 33 49 02



Votre livret

Toutes les questions que vous vous posez

1. L'anesthésiste-réanimateur en maternité, pour qui, pourquoi ?
2. Qu'est-ce que l'analgésie et l'anesthésie locorégionales pour l'accouchement ?
3. Quels sont les bénéfices et les effets de l'anesthésie péridurale sur le travail, l'accouchement et le bébé ?
4. Comment se déroule la prise en charge pendant le travail ?
5. Que se passe-t-il si un accouchement par césarienne non prévue devient nécessaire ?
6. Et s'il s'agit d'un accouchement par césarienne programmée ?
7. « On m'a dit que... » : démêler le vrai du faux.

Bienvenue à la Maternité du CHU de Montpellier

Chaque grossesse est unique.

L'équipe d'anesthésie-réanimation obstétricale du CHU de Montpellier vous accompagne tout au long de votre grossesse et de votre accouchement afin de vous offrir une prise en charge adaptée, dans les meilleures conditions de sécurité, de confort et de qualité des soins, pour vous comme pour votre bébé.

Ce livret a pour objectif de répondre aux **principales questions** que vous pouvez vous poser concernant la prise en charge de la douleur pendant le travail et l'accouchement, par voie haute ou par voie basse, les différentes techniques d'anesthésie utilisées en maternité ainsi que le rôle du médecin anesthésiste-réanimateur.

Vous y trouverez des informations claires, fondées sur les recommandations scientifiques actuelles, afin de vous aider à préparer sereinement la naissance de votre enfant.

Ce livret a été écrit sur base de la brochure en ligne co-écrite par le CARO et la SFAR, avec adjonction de nos protocoles de service.

PARTIE 1

Première partie : Le médecin anesthésiste-réanimateur en maternité : pour qui, pourquoi ?

Le médecin anesthésiste-réanimateur est un médecin spécialiste possédant une double compétence en anesthésie et en réanimation.

À la maternité du CHU de Montpellier, une équipe de 12 anesthésistes-réanimateurs spécialisés en obstétrique assure votre prise en charge. Un anesthésiste-réanimateur est présent 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, accompagné d'un infirmier anesthésiste diplômé d'État (IADE) et d'un interne en anesthésie-réanimation.

Quel est son rôle ?

L'anesthésiste-réanimateur intervient à chaque étape de votre prise en charge lorsque cela est nécessaire.

Il assure notamment :

- le **soulagement de la douleur pendant le travail** grâce à la péridurale ou à d'autres techniques d'analgésie ;
- la **réalisation des anesthésies nécessaires pour les accouchements par césarienne**, programmés ou réalisés en urgence ;
- la prise en charge anesthésique des gestes obstétricaux réalisés pendant ou après l'accouchement ;
- la réanimation maternelle lorsqu'une situation médicale particulière l'exige.

Pourquoi rencontrer un anesthésiste-réanimateur en consultation d'anesthésie avant un accouchement ?

La consultation d'anesthésie permet d'anticiper votre prise en charge. En cas de situation imprévue pendant le travail ou l'accouchement, les informations recueillies lors de cette consultation permettent à l'équipe de mettre en œuvre rapidement la stratégie anesthésique la plus adaptée.

Toutes les informations importantes sont consignées dans votre dossier obstétrical. Elles seront accessibles à l'équipe qui vous prendra en charge le jour de votre accouchement.

Un moment privilégié pour répondre à vos questions

Cette consultation est également l'occasion d'échanger sur les différentes méthodes de prise en charge de la douleur pendant l'accouchement.

Le médecin pourra vous présenter les bénéfices, les limites et les risques des différentes techniques disponibles.

C'est aussi un moment privilégié pour évoquer vos attentes, vos inquiétudes ou une éventuelle expérience difficile lors d'une précédente anesthésie ou d'un précédent accouchement. L'objectif est de construire avec vous une prise en charge personnalisée, adaptée à votre situation et à votre projet de naissance.



A noter :

Lors de vos hospitalisations et de votre accouchement, qu'il soit par voie basse ou par césarienne :

Il faut continuer à prendre vos traitements habituels sauf mention contraire de l'équipe médicale.

Prenez vos traitements habituels dans votre sac de maternité, et en cas de doute, posez la question à l'équipe.

PARTIE 2

Deuxième partie : Qu'est-ce que l'anesthésie locorégionale pour l'accouchement par voie basse ?

L'anesthésie locorégionale est une technique qui permet de **soulager efficacement la douleur** en bloquant temporairement la transmission des messages douloureux par les nerfs.

Pendant le travail et l'accouchement, les douleurs proviennent principalement des nerfs situés au niveau des régions lombaire et sacrée. L'anesthésie locorégionale agit directement sur ces nerfs afin de diminuer ou supprimer la douleur.

Deux techniques sont utilisées en maternité :

- L'analgésie ou anesthésie péridurale ;
- La rachianesthésie.

La péridurale

La péridurale est **la technique de référence en France** pendant le travail et l'accouchement.

Elle consiste à placer un très fin tuyau souple, appelé cathéter, dans l'espace péridural, situé à proximité des nerfs. Ce cathéter permet d'administrer des anesthésiques locaux tout au long du travail afin d'assurer un soulagement durable.

Selon les besoins, le médecin anesthésiste-réanimateur adapte les médicaments injectés afin d'obtenir :

- **Une analgésie** qui diminue fortement la douleur tout en préservant autant que possible la mobilité des jambes, la perception des contractions, la sensation de la descente du bébé. C'est l'objectif recherché pendant le travail et l'accouchement par voie basse.
- **Une anesthésie**. Elle supprime presque totalement la douleur mais entraîne également une baisse de la

sensibilité au toucher et de la mobilité des jambes. Elle est utilisée lorsqu'un geste obstétrical supplémentaire est nécessaire et qu'un cathéter péridural est déjà en place (par exemple : un accouchement par voie haute réalisé pendant le travail ou certains gestes réalisés après la naissance, comme la révision utérine).

La rachianesthésie

La rachianesthésie consiste à injecter un anesthésique directement dans le liquide céphalorachidien. Son action est très rapide et particulièrement efficace, mais sa durée est limitée dans le temps (1h-1h30). Elle est principalement utilisée pour les accouchements par césarienne programmée ou certains gestes obstétricaux ou chirurgicaux de courte durée sans péridurale mise en place initialement.

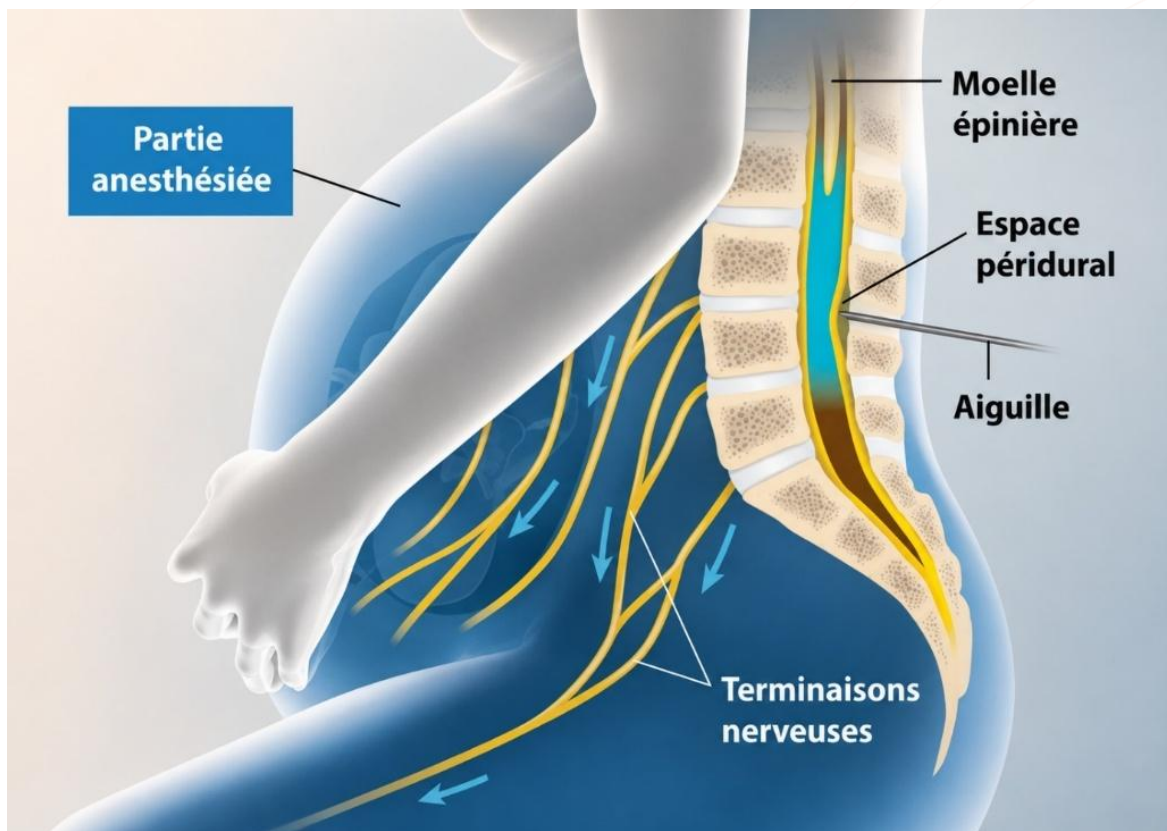
Qui peut bénéficier d'une péridurale ?

Dans la grande majorité des cas, toute femme en travail peut bénéficier d'une péridurale si elle le souhaite.

Les rares contre-indications (infection, troubles de la coagulation, certains traitements anticoagulants ou situations médicales particulières) sont le plus souvent identifiées lors de la consultation d'anesthésie.

Notre équipe met tout en œuvre pour répondre à votre demande. Le moment de la pose dépend toutefois également de votre situation obstétricale et de l'activité simultanée en salle de naissance.

Contrairement à certaines idées reçues, **il n'existe pas de dilatation minimale du col de l'utérus pour bénéficier d'une péridurale**. En revanche, sa réalisation nécessite votre présence en salle de naissance. Ainsi, avant votre arrivée à la maternité ou au début d'un déclenchement du travail, il existe **une période pendant laquelle vous devrez gérer les contractions sans péridurale**. Votre sage-femme peut vous proposer en préparation à l'accouchement différentes méthodes non médicamenteuses pour vous aider à mieux vivre cette phase du travail.



À l'inverse, **il n'existe pas non plus de dilatation maximale au-delà de laquelle une péridurale devient impossible**. La décision dépend essentiellement de la rapidité d'évolution du travail, car un délai d'environ 30 minutes après la pose du cathéter de péridurale est nécessaire pour obtenir une analgésie pleinement efficace.

Dans certaines situations médicales ou obstétricales, **il existe une indication médicale** à avoir une péridurale : lorsque celle-ci présente un bénéfice particulier pour votre sécurité ou celle de votre bébé (utérus cicatriciel, gémellaire, macrosome, etc...). Votre accord est toujours nécessaire, et cette indication est discutée en consultation d'anesthésie.

Si vous exprimez le souhait de ne pas bénéficier d'une péridurale en consultation d'anesthésie, et que vous changez d'avis avant votre arrivée à la maternité pour l'accouchement ou pendant le travail, vous pourrez bénéficier d'une péridurale au même titre que toutes les autres patientes.

Enfin, même si vous accouchez sans péridurale, **une rachianesthésie ou, plus rarement, une anesthésie générale** pourra être réalisée si un geste complémentaire obstétrical devient nécessaire après la naissance.

Comment se déroule la pose de la péridurale ?

Avant de commencer, une perfusion est mise en place et un monitoring permet de surveiller en continu votre tension artérielle, votre fréquence cardiaque ainsi que le rythme cardiaque de votre bébé.

Si vous le souhaitez et si les conditions le permettent, votre accompagnant peut être présent pendant la pose de la péridurale.



“Vous serez installée en position assise sur le lit, le dos arrondi, en tailleur ou les jambes pendantes en appui sur un tabouret, afin de faciliter l'identification de la zone d'injection par l'anesthésiste-réanimateur. Laissez vos mains se poser sur vos genoux, les épaules se relâcher, et votre tête partir en avant comme pour toucher votre poitrine avec votre menton. Vous sentez normalement le bas de votre dos s'arrondir, sans que votre buste parte vers l'avant. La position est importante pour faciliter la pose du cathéter.”

Vous pouvez la travailler en avance à la maison avant votre venue à la maternité

Après une désinfection et la mise en place de champs stériles, une anesthésie locale est réalisée, puis une aiguille permet de mettre en place le cathéter péridural, un tuyau, qui reste en place. Un pansement résistant est appliqué afin de maintenir le cathéter en position malgré vos éventuels mouvements.



Après la pose

Les médicaments administrés sont constitués d'anesthésiques locaux faiblement dosés, associés à de très faibles quantités de dérivés de la morphine.

L'objectif est de diminuer fortement la douleur tout en conservant autant que possible vos sensations et votre mobilité en endormant directement les nerfs.

Après la première dose, **l'effet s'installe progressivement**. Les contractions deviennent moins douloureuses et moins longues, avec pour objectif que vous soyez soulagée au bout de 30 minutes.

La pompe est ensuite branchée au cathéter et une machine administre une dose chaque heure afin de maintenir une analgésie stable dans le temps. Vous pourrez également administrer vous-même une dose supplémentaire si le soulagement vous paraît devenir insuffisant. Un système de sécurité limite automatiquement la quantité maximale pouvant être administrée.

Tout au long du travail, l'équipe d'anesthésie et les sage-femmes surveillent régulièrement l'efficacité de votre péridurale ainsi que sa bonne tolérance.

Pour en savoir plus

Vous pouvez retrouver ci-dessous une vidéo réalisée par l'équipe du CHU de Montpellier présentant le déroulement de la pose de la péridurale en salle de naissance.



PARTIE 3

Troisième partie : Quels sont les effets de la péridurale sur moi, le travail, l'accouchement et le bébé ?



Les bénéfices attendus de la péridurale

Le premier bénéfice de la péridurale est le **soulagement de la douleur**. Celui-ci est complet ou très satisfaisant dans environ 90 % des cas, ce qui en fait aujourd'hui la méthode la plus efficace pour soulager les douleurs du travail.

La péridurale présente également un **intérêt en terme de sécurité**. Le cathéter restant en place pendant toute la durée du travail, il peut être utilisé rapidement si un geste obstétrical ou un accouchement par césarienne devient nécessaire. Dans la majorité des situations, cela permet d'éviter le recours à une anesthésie générale.

En diminuant la douleur, la péridurale réduit également la fatigue et la dépense énergétique liées au travail. Cet effet est particulièrement bénéfique lorsque la mère ou le bébé présentent une certaine fragilité.

Enfin, une péridurale efficace n'empêche pas de boire, de changer de position ni, dans certaines situations, de marcher (voir chapitre 4).

Les effets indésirables possibles

Comme tout acte médical, la péridurale comporte des effets indésirables et des risques connus. Heureusement, les complications graves sont exceptionnelles.

Une efficacité incomplète ou insuffisante

Dans certains cas, la péridurale peut être insuffisamment efficace dès le début ou perdre progressivement de son efficacité au cours du travail.

Une adaptation des doses, un repositionnement du cathéter ou, plus rarement, **la pose d'une nouvelle péridurale peuvent alors être proposés**.

Il est important de signaler toute réapparition de la douleur. Celle-ci évolue naturellement au cours du travail, notamment lorsque le bébé descend dans le bassin, ce qui peut nécessiter un ajustement de l'analgésie. **Parfois, les douleurs de fin de travail liées à l'avancée de la tête du bébé dans le bassin ne sont pas entièrement soulagées par la péridurale, car elles concernent des racines nerveuses plus basses que celles concernant l'utérus.**

Une diminution de la mobilité des jambes

Après plusieurs heures d'utilisation ou après plusieurs injections, il peut arriver que la péridurale devienne plus intense et entraîne une diminution de la force musculaire des jambes. Il est recommandé d'espacer les doses supplémentaires et d'en informer l'équipe d'anesthésie.

D'autres effets passagers

Dans les heures suivant la pose, certaines patientes peuvent présenter : une baisse de la tension artérielle ; des tremblements ; des démangeaisons ; une légère augmentation de la température

corporelle. Ces effets sont bien connus, le plus souvent transitoires et facilement pris en charge.

Une sensibilité au niveau du point de ponction

Une gêne ou une sensibilité au niveau de la peau peut persister quelques jours, parfois quelques semaines après l'accouchement. Cette sensation disparaît spontanément dans la grande majorité des cas.

Les maux de tête après une péridurale

Des maux de tête peuvent apparaître dans les heures ou les jours suivant l'accouchement. Ils doivent toujours être signalés à l'équipe soignante. **Dans environ 1 % des cas, ils sont liés à une brèche de la membrane qui entoure le liquide céphalorachidien (la dure-mère), créée lors de la ponction.** Si une brèche est faite pendant la pose d'un cathéter péridural, vous serez informée et surveillée de façon plus accrue après l'accouchement. Si cette situation survient, plusieurs traitements peuvent être proposés. Pour réparer et cicatriser la brèche, il peut être proposé de prélever quelques millilitres de votre sang pour les injecter dans l'espace péridural après l'accouchement : cette technique s'appelle le blood-patch.

Les complications exceptionnelles

Les complications graves de la péridurale sont extrêmement rares.

Il peut exceptionnellement survenir **un hématome dans l'espace péridural, une infection profonde, une atteinte d'un nerf ou, de façon tout à fait exceptionnelle, de la moelle épinière**. Ces complications concernent moins d'une patiente sur 250 000.

Des symptômes — **anesthésie trop étendue ou convulsions** — liés à une diffusion anormale du produit dans le liquide céphalorachidien ou dans les vaisseaux ont été également rapportés de manière exceptionnelle.

Et les douleurs du dos après l'accouchement ?

Il est fréquent d'attribuer à la péridurale toute douleur du dos ou toute sensation anormale dans les jambes après l'accouchement.

En réalité, la plupart de ces douleurs sont liées au travail lui-même, à la pression exercée par le bébé dans le bassin ou aux positions adoptées pendant plusieurs heures au cours de l'accouchement. La péridurale diminuant la perception de certaines douleurs, il est également possible de maintenir plus longtemps une position inconfortable sans s'en rendre compte.

Dans la très grande majorité des cas, ces symptômes disparaissent progressivement.

Les effets de la péridurale sur le déroulement de l'accouchement

Les études montrent notamment que **la péridurale n'augmente pas le risque d'accouchement par césarienne et que le recours aux médicaments destinés à stimuler le travail (ocytociques) n'est pas plus fréquent chez les femmes bénéficiant d'une péridurale.**

Chez certaines patientes, une diminution importante de la force musculaire des jambes peut prolonger la phase de poussée. Si cette situation persiste, une aide instrumentale (ventouse, spatules ou forceps) peut parfois être nécessaire pour faciliter la naissance.

Les effets sur le bébé

Les anesthésiques locaux sont injectés à proximité des nerfs de la mère, dans un espace qui ne communique pas directement avec le bébé.

PARTIE 4

🕒 Quatrième partie : Pendant la durée du travail et pour un accouchement par voie basse

🍷 Boissons et alimentation

Vous serez autorisée à boire des liquides clairs (eau, thé, café, jus de pomme, sirop), sauf dans les 30 minutes suivant la pose de la péridurale, et sauf en cas de complications.

Les sociétés savantes recommandent la **prise de boissons isotoniques sucrées** (sans stimulant de type caféine), tout au long de l'accouchement, comme lors d'un effort sportif. Vous pouvez en apporter de chez vous, car nous ne disposons pas de ce type de boissons au CHU.

En présence d'une péridurale efficace, après validation de l'absence de contre-indication auprès de l'équipe d'anesthésie et si le travail évolue de manière satisfaisante, une alimentation légère pourra être autorisée pendant la durée du travail, uniquement avec des aliments **fournis par le CHU** (type yaourt, compote, Petit Lu ou biscuit sec).

👶 Péridurale déambulatoire

Vous pourrez bénéficier, si vous le souhaitez, d'une péridurale déambulatoire. Elle peut vous permettre de marcher, d'utiliser un ballon, de faire du positionnement et de rester active tout au long du travail.

Il s'agit de la même péridurale que pour les autres patientes, mais cela nécessite :

- une péridurale bien installée avec absence de faiblesse musculaire au niveau des jambes ni de baisse de la tension ;
- la présence continue d'un accompagnant ;
- l'accord de l'équipe obstétricale.

Un membre de l'équipe anesthésique et un membre de l'équipe obstétricale vous aideront à vous relever progressivement pendant une dizaine de minutes. Si vous tolérez bien la position debout, la pompe de la péridurale sera branchée sur un pied à perfusion avec lequel vous pourrez vous balader et le monitoring sans fil pour votre bébé sera mis en place.

En cas d'échec du premier lever, un deuxième lever pourra être essayé plus tard après mesure correctrice.

Sachez que **même si l'équipe n'est pas disponible pour vous permettre de vous lever**, ce qui arrive régulièrement en salle de naissance, il est possible de faire du positionnement accompagné par votre sage-femme dans le lit médical.



N'hésitez pas à parler de la péridurale déambulatoire à votre anesthésiste dès votre arrivée à la maternité.

💖 Après l'accouchement

Après la naissance de votre enfant, si son adaptation à la vie extra-utérine est satisfaisante, il vous sera immédiatement confié pour un premier contact en peau à peau. Dans certaines situations, votre bébé peut nécessiter un examen complémentaire par les pédiatres dans la salle de pédiatrie, située juste à côté de votre salle d'accouchement.

🚫 Les complications possibles

La principale complication après l'accouchement est l'**hémorragie du post-partum** (ou hémorragie de la délivrance), qui concerne environ 5 % des accouchements.

Afin d'éviter tout retard de prise en charge, l'ensemble de l'équipe (sage-femme, obstétriciens et anesthésistes) est **appelé de façon systématique**. Pendant ce temps, votre accompagnant peut être amené à patienter avec votre bébé dans une salle attenante.

Il est donc tout à fait normal, même si cela peut être impressionnant, de voir plusieurs professionnels entrer dans la salle et communiquer à l'aide de termes médicaux. Nous vous expliquons les soins et les traitements mis en œuvre, et un membre de l'équipe reste à vos côtés pour répondre à vos questions et vous informer tout au long de la prise en charge.

Si une prise en charge chirurgicale est nécessaire, une réinjection d'anesthésique dans la péridurale peut être réalisée. En l'absence de péridurale efficace, une rachianesthésie ou, plus rarement, une anesthésie générale peut être nécessaire.

Si l'hémorragie persiste malgré les différentes thérapeutiques mises en œuvre, l'équipe d'anesthésie peut être amenée à vous faire une transfusion, uniquement si votre état le nécessite.

PARTIE 5

🕒 Cinquième partie : Et si un accouchement par césarienne non programmée devient nécessaire ?



Même lorsqu'un accouchement par voie basse est prévu, il peut arriver qu'un accouchement par césarienne/par voie haute soit nécessaire au cours du travail.

À la maternité du CHU de Montpellier, cela concerne environ **15 à 20 % des femmes en travail**.

La décision de réaliser un accouchement par voie haute est toujours prise par l'équipe obstétricale lorsqu'elle estime qu'il s'agit de la solution la plus sûre pour la mère, le bébé ou les deux.

💰 Quelle anesthésie sera utilisée ?

Le choix de la technique dépend principalement de deux éléments :

- l'urgence de la naissance ;
- la présence ou non d'une péridurale efficace.

Le principe est simple : plus le temps est court, plus on utilise ce qui agit vite.

Quand la naissance n'est pas immédiatement urgente

C'est le cas le plus fréquent. L'équipe dispose du temps nécessaire pour installer une anesthésie confortable.

Vous avez une péridurale efficace

Lorsque vous bénéficiez déjà d'une péridurale efficace, celle-ci est utilisée pour l'accouchement par voie haute/la césarienne.

L'anesthésiste-réanimateur injecte alors des médicaments plus concentrés dans le cathéter déjà en place afin de transformer l'analgésie en une anesthésie complète du bas du corps, jusqu'à la poitrine. Cette stratégie permet, dans la majorité des cas, d'éviter une anesthésie générale.

Vous n'avez pas de péridurale

Une rachianesthésie vous est proposée s'il n'y a pas de contre-indication.

Quand la naissance doit avoir lieu rapidement

Vous avez déjà une péridurale efficace

L'anesthésiste-réanimateur injecte alors des médicaments plus concentrés dans le cathéter déjà en place afin de transformer l'analgésie en une anesthésie complète du bas du corps, jusqu'à la poitrine. C'est ce qui permet, dans la majorité des cas, d'éviter une anesthésie générale.

Vous n'avez pas de péridurale

Une rachianesthésie reste possible si le délai le permet. Sinon une anesthésie générale est nécessaire : vous dormez pendant l'intervention. Cette décision vous est expliquée et votre accord est recueilli.

Si c'est une césarienne en code rouge

Le code rouge correspond à **l'urgence la plus importante** : le bébé doit naître dans un délai très court. Là encore, si votre péridurale fonctionne, elle est utilisée ; sinon, c'est le plus souvent une anesthésie générale qui est choisie, car c'est la technique la plus rapide à mettre en œuvre.

Vous verrez alors les équipes agir très vite. Cette rapidité fait partie de notre organisation habituelle : même si l'ambiance peut vous sembler plus intense, chacun connaît précisément son rôle.

Pendant toute la durée de l'intervention, un médecin anesthésiste-réanimateur reste à vos côtés pour vous surveiller, répondre à vos besoins et veiller à votre confort.

Les explications arrivent parfois après certains gestes urgents eux-mêmes. Si des questions subsistent, n'hésitez pas à demander à revoir les professionnels avant votre sortie : nous prendrons le temps de reprendre avec vous ce qui s'est passé.

👤 Que va-t-il se passer avant la naissance ?

Vous pouvez participer activement à ce moment en vous concentrant sur votre respiration. Cette attention portée à votre souffle aide souvent à mieux gérer le stress et les émotions, et apporte de l'oxygène à votre bébé.

👤 Votre accompagnant/accompagnante peut-il être présent ?

Lorsque le degré d'urgence le permet, votre accompagnant(e) pourra vous rejoindre au bloc opératoire.

Vous serez d'abord installée et anesthésiée. Pendant ce temps, votre accompagnant(e) se préparera et patientera à proximité du bloc opératoire. Il/elle vous rejoindra dès que votre installation sera terminée et que les conditions de sécurité seront réunies.

Pendant l'intervention, il/elle disposera d'un siège à côté de vous. Pour des raisons de sécurité et de maintien de la stérilité, il/elle devra rester assis(e) et éviter de toucher au matériel médical ou aux champs opératoires.

👤 La rencontre avec votre bébé

À la naissance, si votre bébé s'adapte bien à la vie extra-utérine, les sage-femmes vous le présenteront dès que possible afin que vous puissiez partager ce premier moment avec votre accompagnant(e). La température du bloc opératoire étant volontairement basse, votre bébé sera ensuite installé en nurserie afin d'être maintenu bien au chaud. Un peu-à-peu avec votre accompagnant(e) pourra être proposé pendant cette période, lorsque son état de santé le permet.

Il peut aussi être nécessaire que l'équipe pédiatrique examine ou soigne votre bébé dans la salle de pédiatrie juste à côté de la salle avant de vous le présenter.

👤 Après l'accouchement

À la fin de l'intervention, vous serez surveillée pendant environ deux heures en salle de surveillance post-interventionnelle.

Durant cette période, votre bébé restera auprès de votre accompagnant ou de l'équipe de maternité, et nous essaierons de vous l'amener le plus souvent possible, en fonction de l'activité du bloc opératoire. Si votre bébé ne nécessite pas de soins supplémentaires, vous serez réunis dès votre départ de la salle de réveil pour la maternité afin de poursuivre ensemble les premiers moments avec votre enfant.

PARTIE 6

Sixième partie : Et s'il s'agit d'un accouchement par césarienne programmée ?



Lorsque les obstétriciens estiment, avant la naissance, qu'un accouchement par voie haute est la meilleure option pour vous ou votre bébé, celle-ci est programmée à l'avance.

LA VEILLE DE L'INTERVENTION

Vous serez hospitalisée la veille dans le service d'obstétrique. Dans certaines situations, et après accord médical, il est également possible d'arriver à la maternité le matin même de l'intervention.

L'anesthésiste de garde viendra vous rencontrer afin de s'assurer que tout va bien, répondre à vos éventuelles questions et vérifier, si nécessaire, les derniers résultats de vos examens sanguins.

Vous devrez rester à jeun à partir de minuit.

LE JOUR J

Le lendemain, vous serez accompagnée jusqu'au bloc opératoire par un brancardier, en présence de votre accompagnant(e).

Avant votre entrée en salle d'intervention, l'ensemble de l'équipe (obstétriciens, anesthésistes, sage-femmes, infirmiers) viendra se présenter à vous. Pendant ce temps, votre accompagnant(e) ira revêtir une tenue adaptée au bloc opératoire.

Une fois installée en salle, nous mettrons en place une perfusion ainsi que les appareils permettant de surveiller en permanence votre cœur, votre tension artérielle, votre respiration et votre oxygénation.

L'ANESTHÉSIE

Dans l'immense majorité des cas, l'accouchement par voie haute est réalisé sous anesthésie locorégionale, soit par rachianesthésie, soit par péri-rachianesthésie combinée (association d'une péridurale et d'une rachianesthésie ; voir chapitre 2).

Ces techniques permettent d'endormir complètement la partie inférieure de votre corps jusqu'au niveau de la poitrine, tout en vous laissant parfaitement éveillée pour assister à la naissance de votre enfant.

Il existe, plus rarement, certaines contre-indications à ces techniques. Elles seront recherchées lors de votre consultation d'anesthésie. Dans ces situations exceptionnelles, une anesthésie générale peut être nécessaire.

Après l'injection de l'anesthésie, vous ressentirez rapidement une sensation de chaleur au niveau des fesses, puis un engourdissement qui remontera progressivement jusqu'au haut de votre ventre.

PENDANT L'INSTALLATION DE L'ANESTHÉSIE

La rachianesthésie peut parfois entraîner une baisse de la tension artérielle, pouvant provoquer une sensation de fatigue, ou des nausées. Ces effets sont fréquents, généralement sans gravité, et nous les traitons rapidement.

Nous vérifierons ensuite que l'anesthésie est suffisamment efficace au niveau de votre ventre à l'aide de tests avec un glaçon, afin de contrôler précisément son niveau d'installation. Pendant ce temps, les obstétriciens mettront en place possiblement une sonde urinaire et prépareront le champ opératoire.

Environ dix minutes après la réalisation de la rachianesthésie, les obstétriciens effectueront quelques tests de sensibilité sur votre abdomen. Si vous êtes parfaitement confortable, votre accompagnant(e) pourra entrer en salle d'intervention et l'accouchement débutera.

Même si vous ne ressentirez aucune douleur, il est normal de conserver certaines sensations : vous pourrez notamment percevoir des mouvements, une impression de balancement de droite à gauche, ou une sensation de pression sur l'estomac au moment de la naissance de votre bébé. Ces sensations sont habituelles et ne signifient pas que l'anesthésie est insuffisante.

Si vous ressentez des douleurs, il faudra en informer votre anesthésiste, qui fera le nécessaire pour soulager ces dernières. Dans de très rares cas, une anesthésie générale peut être nécessaire.

APRÈS LA NAISSANCE

Si toutes les conditions de sécurité sont réunies (bonne adaptation de votre bébé à la naissance et absence de complication chirurgicale), votre enfant pourra rester auprès de vous en salle d'intervention afin de favoriser les premiers instants en famille.

Si votre bébé nécessite des soins particuliers, il sera pris en charge par l'équipe de pédiatrie dans la salle de pédiatrie située à proximité. Votre accompagnant(e) pourra le rejoindre rapidement.

APRÈS L'INTERVENTION

Vous resterez en salle d'intervention jusqu'à la fin de l'opération.

Vous serez ensuite transférée en salle de surveillance post-interventionnelle (salle de réveil), où vous resterez au minimum deux heures. Cette période permet de surveiller votre récupération, votre confort, l'absence de saignement et l'efficacité du traitement contre la douleur.

À l'issue de cette surveillance, vous retrouverez votre accompagnant(e) avant de regagner votre chambre.

LES RISQUES

Comme tout accouchement, qu'il ait lieu par voie basse ou par césarienne, cette intervention comporte certains risques, notamment un saignement plus important que prévu ou, plus rarement, une anesthésie incomplète. L'équipe d'anesthésie reste présente à vos côtés tout au long de l'intervention afin de détecter immédiatement toute difficulté et d'y répondre sans délai.

Voici une vidéo réexpliquant l'accouchement voie haute programmée au CHU de Montpellier :



PARTIE 7

Septième partie : « On m'a dit que... »

Démêler le vrai du faux



De nombreuses idées reçues circulent à propos de la péridurale. Voici les questions les plus fréquemment posées à notre équipe.

« La péridurale donne forcément mal au dos pendant des années. »

Faux. Les douleurs lombaires sont fréquentes pendant la grossesse et dans les semaines qui suivent l'accouchement, qu'une péridurale ait été réalisée ou non.

Les études scientifiques montrent que le risque de douleurs lombaires à long terme est identique chez les femmes ayant accouché avec ou sans péridurale.

« Je suis migraineuse. Je vais forcément avoir une migraine après la péridurale. »

Faux. Le stress, la fatigue, les modifications hormonales ou le manque de sommeil peuvent favoriser une crise de migraine après l'accouchement, indépendamment de la péridurale.

Les maux de tête qui peuvent exceptionnellement survenir après une péridurale correspondent à un mécanisme totalement différent (voir chapitre 3). Ils ne sont pas liés à votre terrain migraineux.

« J'ai un tatouage dans le bas du dos, je ne pourrai pas avoir de péridurale. »

Faux. Un tatouage n'est pas une contre-indication à la péridurale.

Lorsque cela est possible, l'anesthésiste choisira un espace situé à proximité du tatouage. Si la ponction doit être réalisée au travers de celui-ci, cela peut laisser un très discret point clair, parfois visible sur certains tatouages colorés, mais sans conséquence médicale connue.

« Je suis épileptique. La péridurale augmente le risque de convulsions. »

Faux. Au contraire, la péridurale est souvent recommandée chez les patientes épileptiques.

En diminuant la douleur, le stress et la fatigue, elle réduit certains facteurs pouvant favoriser une crise d'épilepsie.

Les convulsions exceptionnellement rapportées après une péridurale correspondent à une complication anesthésique extrêmement rare, sans lien avec l'épilepsie (voir chapitre 3).

« Je suis en surpoids, très mince, j'ai une scoliose ou j'ai été opérée du dos. L'anesthésiste peut-il refuser de me poser une péridurale ? »

Le plus souvent, non. Ces situations peuvent rendre la pose de la péridurale plus technique, mais elles constituent rarement une contre-indication.

La procédure peut être un peu plus longue, nécessiter une échographie du dos ou l'aide d'un second anesthésiste.

Si aucune contre-indication médicale n'est retrouvée, une péridurale pourra généralement être réalisée. Cette question sera discutée avec vous lors de la consultation d'anesthésie.

« Je prends un traitement au long cours. Est-ce compatible avec une péridurale ? »

Le plus souvent, oui. La majorité des traitements habituels ne contre-indiquent pas la péridurale.

Une attention particulière est toutefois portée aux médicaments qui fluidifient le sang (anticoagulants et certains antiagrégants plaquettaires). Dans ce cas, des protocoles spécifiques permettent d'organiser votre prise en charge en toute sécurité.

Les médecins qui suivent votre grossesse vous expliqueront les modalités adaptées à votre traitement.

« Si je dis en consultation que je ne souhaite pas de péridurale, je ne pourrai plus changer d'avis le jour de l'accouchement. »

Faux. La consultation d'anesthésie est obligatoire, quel que soit votre projet de naissance.

Elle permet d'évaluer votre état de santé, de rechercher d'éventuelles contre-indications et de répondre à toutes vos questions.

Le projet de naissance est toujours respecté, mais il peut évoluer. Chaque accouchement est différent, et votre ressenti peut être différent de celui que vous aviez imaginé.

Vous êtes libre de demander une péridurale pendant le travail, même si vous aviez initialement prévu un accouchement sans analgésie.

De la même façon, si vous aviez envisagé une péridurale mais que vous ne la souhaitez finalement plus, cette décision sera également respectée si elle reste compatible avec votre sécurité et celle de votre bébé.

L'équipe d'anesthésie sera disponible tout au long de votre accouchement pour répondre à vos questions et réévaluer avec vous la prise en charge la plus adaptée à votre situation.



En résumé

Chaque grossesse, chaque accouchement et chaque femme sont uniques.

Notre équipe d'anesthésie-réanimation obstétricale est à votre écoute pour vous accompagner, répondre à vos interrogations et vous proposer une prise en charge personnalisée, fondée sur les données scientifiques les plus récentes et adaptées à votre projet de naissance.

N'hésitez jamais à poser vos questions : il n'y a pas de « mauvaise question » lorsqu'il s'agit de votre santé ou de celle de votre enfant.

