



Service d'Anesthésie Bloc Opératoire-Maternité

Dr Francis Maigrot (Chef de Service)

Dr Sophie Barbe-Richaud, , Dr Marie Josée Fister, Dr Jacky Latrassé,

Dr Ariane Légaut, Dr Frédéric Plantevin,

Dr Lydia Arroudj (Assistante)

Secrétariat : 03 85 27 53 02

Médecins Algologues (Centre anti douleur) : Dr Denis Péronnet, Dr Frédéric Plantevin

Information médicale sur l'anesthésie Bloc obstétrical et Salle d'accouchement

1. Généralités

L'anesthésie est un ensemble de techniques qui permet la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical ou médical (endoscopie, radiologie...), en supprimant ou en atténuant la douleur.

L'**anesthésie générale** est un état comparable au sommeil, produit par l'injection de médicaments, par voie intraveineuse et/ou par la respiration de vapeurs anesthésiques, à l'aide d'un dispositif approprié.

L'**anesthésie locorégionale** n'endort qu'une partie de votre corps mais nécessite parfois une anesthésie générale de complément. Elle favorise le traitement de la douleur post-opératoire. Son principe est de bloquer les nerfs de cette région, en injectant à leur proximité un produit anesthésique local. On distingue l'anesthésie plexique ou tronculaire (anesthésie d'un bras ou d'une jambe par exemple) et l'anesthésie centrale (rachianesthésie, péridurale et caudale chez l'enfant) où le produit anesthésique est injecté à proximité des nerfs issus de la moelle épinière.

Une consultation d'anesthésie est obligatoire au minimum 48 heures avant votre intervention (à l'exception des urgences). Le choix du type d'anesthésie sera déterminé en fonction de l'acte prévu, de votre état de santé, de votre traitement habituel (apportez vos ordonnances) et du résultat des examens complémentaires. L'anesthésiste répondra à toutes vos questions concernant l'anesthésie, la douleur post-opératoire, la transfusion.

2. Précautions

Dans tous les cas à l'exception des urgences, vous devez rester à jeun dans les 8 heures précédant l'anesthésie (pas manger, pas boire, pas fumer). Certains médicaments vous seront donnés par l'infirmière dans un petit verre d'eau. Apporter et signaler les médicaments que vous prenez habituellement. Eviter les verres de contact, le vernis à ongles et le rouge à lèvres. Otez vos appareils dentaires avant l'anesthésie, n'apportez pas d'objets de valeurs. Retirez tous les piercing, en particulier au niveau de la bouche et du nez.

Lors d'un acte ambulatoire, vous ne dormez pas à l'hôpital mais une hospitalisation ne peut être exclue. Prenez une douche avant de vous rendre à l'hôpital. Vous devez être accompagné par une personne valide et responsable, en particulier lors de votre sortie de l'hôpital. Jusqu'au lendemain suivant l'anesthésie, ne conduisez aucun véhicule, n'utilisez aucun appareil dangereux ou sollicitant une attention soutenue et ne signez aucun document engageant votre responsabilité.

3. Risques et inconvénients

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque. Pour des raisons évidentes, la liste des risques suivant ne peut pas être exhaustive.

Quel que soit le type d'anesthésie, il est possible d'avoir des troubles passagers de la mémoire, des nausées ou des vomissements, des douleurs à l'estomac ou des démangeaisons. Des complications graves comme une allergie, des convulsions, un arrêt cardiaque, une asphyxie, une paralysie ou des paresthésies durables (trouble de la sensibilité), une cécité sont extrêmement rares.

Les phlébites sont des complications assez fréquentes, surtout après la chirurgie orthopédique. Elles peuvent se compliquer d'embolie pulmonaire. Une prévention, le plus souvent par anti-coagulant sous cutané associée au port de bas de contention est systématiquement prescrite en post-opératoire des interventions à risque.

Pour les interventions qui le nécessite, une prévention des infections post-opératoires est réalisée par une injection d'antibiotique avant l'intervention au bloc opératoire (antibioprophylaxie), mais cela ne supprime pas totalement le risque d'infection post-opératoire.

Pour l'anesthésie générale, les accidents liés aux vomissements dans les poumons sont très rares si les consignes de jeûne sont respectées. Des maux de gorge et des traumatismes dentaires sont possibles (signalez toujours tout appareil ou toute fragilité dentaire particulière). Une rougeur douloureuse au niveau de la veine dans laquelle les produits ont été injectés peut s'observer. La position prolongée sur la table d'opération peut entraîner un engourdissement d'un membre.

Des complications imprévisibles comportant un risque vital comme une allergie grave, un arrêt cardiaque, une asphyxie, sont extrêmement rares. Pour donner un ordre de grandeur, une complication sérieuse ne survient que sur des centaines de milliers d'anesthésies.

Pour l'anesthésie locorégionale centrale (rachianesthésie, péridurale), une chute de la tension artérielle est possible. Des maux de tête parfois importants peuvent survenir dans les jours qui suivent l'anesthésie. Ils peuvent être liés à une brèche de la dure mère au moment de l'anesthésie péridurale. Un traitement spécifique de ces maux de tête peut être nécessaire. Une paralysie transitoire de la vessie peut nécessiter la pose temporaire d'une sonde urinaire. Des douleurs au niveau du point de ponction dans le dos sont également possibles. Une répétition de la ponction peut être nécessaire en cas de difficulté.

Des complications plus graves comme des convulsions, un arrêt cardiaque, une paralysie permanente ou une perte plus ou moins étendue des sensations sont extrêmement rares. Quelques cas sont décrits, alors que des centaines de milliers d'anesthésies de ce type sont réalisées chaque année.

4 . Transfusion sanguine

Elle n'est envisagée par votre médecin que lorsque les bénéfices attendus pour votre santé sont supérieurs aux risques encourus. Dans le cas particulier d'une intervention chirurgicale, il est possible que la décision de transfuser soit prise alors que vous serez sous anesthésie. Les inconvénients sont rares et le plus souvent sans gravité (urticaire, réaction fébrile). Les précautions prises permettent de rendre exceptionnels les risques liés aux très nombreux groupes sanguins et ceux liés à la transmission d'infections, notamment les hépatites et le Sida.

5. Douleur post-opératoire

Les médicaments et les techniques actuelles permettent de traiter efficacement la douleur post-opératoire. Pour mieux vous soulager, l'infirmière vous demandera fréquemment si votre douleur est "absente, modérée, très forte ou extrême". Il existe 4 grandes possibilités pour vous soulager :

- Les médicaments sont administrés par l'infirmière en fonction de votre douleur
- Les médicaments vous sont laissés à disposition et vous les prenez vous-même selon les douleurs (sans trop attendre...)
- Vous avez une pompe PCA. Les médicaments vous sont administrés automatiquement, dès que vous appuyez sur une pompe. La quantité de médicaments administrée à chaque demande est faible : vous devez donc vous en servir sans attendre que la douleur soit forte, plusieurs fois par heure si nécessaire.

Vous avez un cathéter plexique (à proximité des nerfs) ou une péridurale. Dans ce cas, les médicaments sont administrés près des nerfs de façon permanente ou sur votre demande à l'aide d'une pompe automatique.

6. L'anesthésie à la Maternité

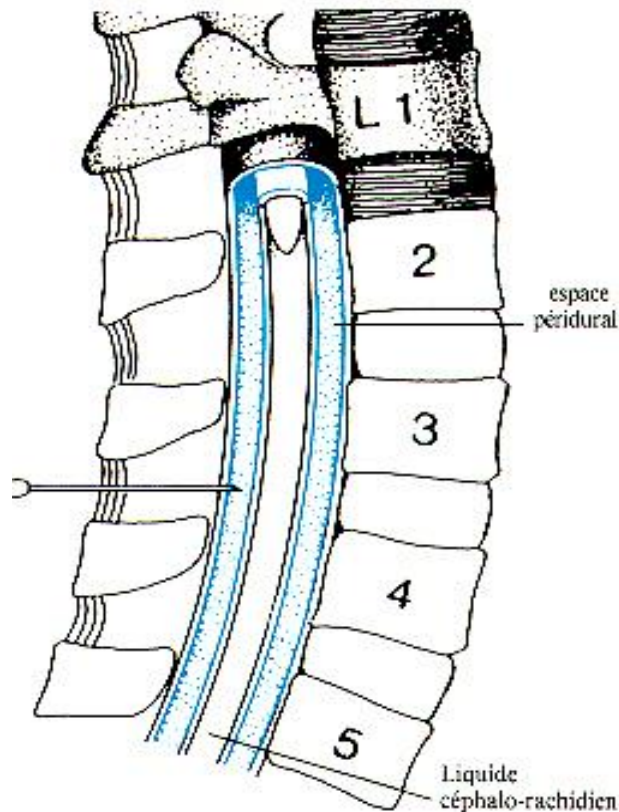
L'accouchement doit se réaliser dans les meilleures conditions de sécurité pour la mère et l'enfant. Aussi, quelque soit le mode d'accouchement (voies naturelles ou césarienne), une transfusion ou toute autre manœuvre de réanimation pour la mère et l'enfant sont possibles.

6-1 - Accouchement par les voies naturelles

6-1-1. Analgésie péridurale

L'analgésie péridurale est une technique d'anesthésie locorégionale réalisée par un médecin anesthésiste réanimateur. Elle est destinée à atténuer les douleurs de l'accouchement et/ou à en faciliter le déroulement. C'est à ce jour la méthode la plus efficace. Son principe est de bloquer la transmission des sensations douloureuses au niveau des nerfs de l'utérus, en injectant à leur proximité un produit anesthésique local, associé ou non à un dérivé de la Morphine. On introduit dans le bas du dos un cathéter (tuyau très fin) à l'aide d'une aiguille spéciale.

Le cathéter reste en place durant la durée de l'accouchement afin de permettre l'administration répétée de l'anesthésique grâce à une pompe d'analgésie auto-contrôlée (PCA). Pour la mère, la péridurale présente les mêmes **risques** décrits dans le paragraphe III. Pour votre bébé, le risque est identique à un accouchement sans péridurale. Il existe certains **inconvenients** : au moment de la sortie du bébé, l'envie de pousser peut être diminuée. L'analgésie peut être insuffisante ou asymétrique pendant les contractions et le médecin anesthésiste jugera si une nouvelle ponction est nécessaire et/ou possible. Quelques fois, vous n'aurez pas de péridurale contrairement à ce qui avait été prévu (accouchement rapide, maladie de fin de grossesse).



Position de l'aiguille dans l'anesthésie péridurale.

6-1-2. Alternative à la péridurale

En cas de contre-indication, ou de refus de votre part, ou d'indisponibilité temporaire du médecin anesthésiste réanimateur, d'autres méthodes d'analgésie pourront vous être proposées : réflexothérapie sous-cutanée, électrostimulations transcutanées à visée antalgique (TENS), acuponcture, ou bien analgésie autocontrôlée par PCA sufentanil (médicament dérivé de la Morphine). Cette dernière alternative a d'ailleurs été validée par un article dans la presse scientifique publié par des praticiens et sages-femmes de la maternité de Mâcon (vous pouvez, si vous le désirez, avoir accès à cet article publié en 2000). Les alternatives sont moins efficaces que la péridurale mais peuvent aider à passer un cap douloureux.

6-2 - Accouchement par césarienne

Une césarienne programmée est réalisée sous rachianesthésie (exceptionnellement sous anesthésie générale). En situation d'urgence, si une césarienne est décidée, celle ci peut être réalisée soit sous anesthésie péridurale si le cathéter est déjà en place, soit sous rachianesthésie, soit sous anesthésie générale.

Devant une situation d'extrême urgence ne permettant pas la réalisation d'une anesthésie locorégionale, seule l'anesthésie générale sera utilisée. Les risques et inconvénients sont décrits dans le paragraphe 3.

7 . Organisation du service d'anesthésie

Pour une meilleure organisation des soins et pour augmenter la sécurité, les anesthésistes-réanimateurs travaillent en équipe.

Le médecin qui pratique l'anesthésie n'est pas obligatoirement le même que celui que vous avez rencontré en consultation pré-anesthésique. Néanmoins, l'anesthésiste-réanimateur consultant a pris la précaution de transmettre votre dossier à son confrère qui vous prend en charge. De même, au cours de la période post-opératoire, vous pourrez être amené(e) à rencontrer d'autres Anesthésistes.