

## ITEM 133 : ANALGESIE OBSTETRICALE

= Concerne **70%** des accouchements, le plus souvent par **anesthésie péridurale lombaire**

- **Consultation d'anesthésie prénatale** = obligatoire avant tout acte d'anesthésie : réalisée habituellement au 3<sup>ème</sup> trimestre (ou plus tôt en cas de grossesse pathologique ou d'urgence), même en l'absence de souhait d'anesthésie prénatale

Physiopathologie	<p>= Deux types de douleur : <b>viscérale</b> et <b>somatique</b></p> <p>- Lors de la 1<sup>ère</sup> phase du travail : - <b>Contraction</b> → effacement puis dilatation du col utérin : <b>influx douloureux d'origine viscérale</b>, véhiculé par des fibres non myélinisées C</p> <p style="padding-left: 40px;">- <b>Douleur propre aux contractions</b> : véhiculée par des fibres Aδ</p> <p style="padding-left: 40px;">- Relai au niveau de la corne postérieure de la moelle de <b>T10 à L1</b></p> <p>- A la fin de la 1<sup>ère</sup> phase et lors de la 2<sup>ème</sup> phase du travail : <b>douleur d'origine somatique</b> par <b>distension du plancher pelvien, du vagin et du périnée</b>, transmise par les <b>nerfs honteux</b> issus des <b>racines sacrées S2-S4</b></p> <p>→ L'administration systémique d'analgésiques morphiniques contrôle partiellement les douleurs d'origine somatique mais est inefficace pour soulager les douleurs viscérales</p>	
	<p>- Objectif : bloc sensitif contrôlant la douleur, sans bloc moteur (paralysie) ni retentissement hémodynamique majeur (la circulation utéro-placentaire est corrélée à l'état hémodynamique maternel)</p>	
ANESTHESIE PERIDURALE	Méthode	<p>- Pose dès l'entrée en travail de la parturiente</p> <p>- <b>Cathéter péridural perforé</b> : administration continue d'<b>anesthésiques locaux à faibles concentrations</b></p> <p>- Potentialisé par un adjuvant : généralement un <b>analgésique opioïde (sufentanil)</b></p>
	Dose	<p>- <b>Dose d'induction</b> administrée manuellement par le médecin anesthésiste-réanimateur</p> <p>- <b>Dose d'entretien</b> souvent par auto-administration de bolus d'anesthésique local directement par la parturiente par pression sur une pompe : analgésie épidurale contrôlée par la patiente</p>
	Contre-indication	<p>- Refus du patient</p> <p>- Infection au site de ponction ou infection systémique</p> <p>- Troubles de l'hémostase</p> <p>- Cardiopathie avancée</p> <p>- Hypertension intra-crânienne</p>
	Complication spécifique	<p>- <b>Brèche dure-mérienne</b> (en cas de perforation accidentelle de la dure-mère) : céphalées → traitement par <b>blood patch</b> à partir de 48h</p> <p>- <b>Hypotension maternelle</b> : risque de retentissement et de souffrance fœtale</p> <p>- <b>Analgésie insuffisante</b></p> <p>- Bloc moteur : <b>paralysie</b></p>
Autres méthodes	Péri-médullaire	<p>- <b>Péri-rachi-anesthésie combinée</b> : induction rapide par rachianalgésie, suivie d'une analgésie par voie péridurale → installation rapide de l'analgésie</p> <p>- <b>PCEA = analgésie péridurale contrôlée par la patiente</b> : permet de réduire les doses d'anesthésique, améliore la satisfaction maternelle et réduit l'incidence du bloc moteur</p>
	IV	<p>= <b>Anesthésie par opioïde = remifentanyl</b> : alternative en cas de contre-indication ou d'impossibilité d'anesthésie périmédullaire, d'efficacité inférieure, souvent autocontrôlée par la patiente (PCA)</p> <p>- <b>Risque fœtal</b> (passage de la barrière placentaire) : <b>ralentissement des oscillations</b> et de la <b>réactivité</b> du rythme cardiaque fœtal, risque de <b>dépression respiratoire néonatale</b></p>
	Inhalée	= <b>Inhalation d'analgésique gazeux (sévolurane ou protoxyde d'azote)</b> : peu utilisée en France
	Bloc loco-régional	<p>- <b>Bloc des nerfs honteux</b> = injection trans-périnéale au contact des 2 nerfs honteux, au niveau des épines sciatiques : indiquée en cas d'extraction instrumentale chez une patiente sans analgésie péridurale</p> <p>- <b>Bloc para-cervical</b> = injection trans-vaginale au contact des plexus utérins</p>
	Autre	- Méthodes non pharmacologiques : <b>hypnose, acupuncture, psychoprophylaxie...</b>