

Item n°133: Anesthésie locale, locorégionale et générale

Objectifs pédagogiques

- Argumenter les indications, les modalités, les contre-indications et les risques d'une anesthésie locale, locorégionale ou générale
- Connaître l'analgésie obstétricale
- Préciser les obligations réglementaires à respecter avant une anesthésie

0. Points clefs

Les points clefs à retenir

1. L'exercice de l'anesthésie est régi par le décret du 5 décembre 1994. Ce texte rend obligatoire notamment la consultation d'anesthésie, la visite pré-anesthésique et la surveillance postopératoire immédiate en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI).
2. L'anesthésie générale est définie par une perte réversible de la conscience. Elle peut se décomposer en 3 phases : induction, entretien et réveil.
3. Les techniques d'anesthésie locorégionale (ALR) ont quant à elles pour but d'interrompre transitoirement la transmission de la conduction nerveuse tout en préservant l'état de conscience. Elles sont soumises aux mêmes obligations réglementaires que les anesthésies générales
4. Selon le site d'injection de l'anesthésique local, on distingue les ALR péri-médullaire (autour de la moelle épinière) ou les ALR périphériques (à proximité du nerf).
5. L'anesthésie locale se définit par l'administration d'un anesthésique local par infiltration ou par voie topique (par contact) en regard de la zone à opérer ou à analgésier.
6. L'analgésie péridurale est la technique de référence pour assurer une analgésie de qualité durant le travail obstétrical

1. Introduction

En 2010, plus de 11 millions (11 623 630) d'actes d'anesthésie ont été recensés en France. Plus de 80 % (84,3 %) concernaient des patients de plus de 18 ans en dehors des accouchements, 7,5 % impliquaient des actes en relation avec un accouchement et les 8 % restant la population pédiatrique.

Les indications les plus fréquemment retrouvées étaient: les endoscopies digestives (16,2%), les accouchements et césariennes (8,3%), les interventions sur le cristallin (8,1%), les affections de la bouche et des dents (2%) et les libérations du canal carpien (1,8%). Enfin, 43 % de ces actes ont été pris en charge en ambulatoire.

En France, la prise en charge anesthésique est réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur qui suit une formation spécialisée de 5 ans (DES d'anesthésie-réanimation).

En raison des procédures de sécurité très rigoureuses qui entourent le processus anesthésique en France, la mortalité directement liée à l'anesthésie a été considérablement réduite ces trente dernières années (elle était estimée à 5 décès par million d'anesthésies en 2007 pour des patients sans pathologie particulière).

2. Aspects réglementaires

L'exercice de l'anesthésie est régi par le décret du 5 décembre 1994 (1). Ce texte décrit très précisément l'ensemble du processus anesthésique de la consultation au réveil de l'anesthésie et précise l'environnement technique et organisationnel nécessaire pour la réalisation de celui-ci.

Ainsi, pour tout patient dont l'état nécessite une anesthésie générale ou locorégionale, les établissements de santé [...] doivent assurer les garanties suivantes:

- Une consultation pré-anesthésique, lorsqu'il s'agit d'une intervention programmée,
- Une visite pré-anesthésique,
- Les moyens nécessaires à la réalisation de cette anesthésie,
- Une surveillance continue après l'intervention,
- Une organisation permettant de faire face à tout moment à une complication liée à l'intervention ou à l'anesthésie effectuée.

La consultation doit avoir lieu plusieurs jours avant l'intervention et ne se substitue pas à la visite pré-anesthésique qui doit avoir lieu dans les heures précédant l'intervention. Le décret rappelle que la consultation est réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur. Ses résultats sont consignés dans un document écrit, incluant les résultats des examens complémentaires et des éventuelles consultations spécialisées. Ce document est inséré dans le dossier médical du patient.

La consultation a pour objectif de réaliser une évaluation médicale du patient, puis de proposer la meilleure stratégie anesthésique (incluant la technique anesthésique mais aussi la stratégie transfusionnelle quand elle est nécessaire, la prise en charge analgésique et des nausées et vomissements post-opératoires (NVPO) ou toute problématique médicale pouvant interférer avec la prise en charge médicochirurgicale) et d'informer le patient sur cette stratégie en évoquant les complications potentielles.

Le risque anesthésique est évalué selon la classification ASA (American Society of Anesthesiologists) qui est décrite dans le **tableau 1** et il augmente avec la valeur du score ASA.

La consultation permet de définir les examens complémentaires à prescrire, de gérer spécifiquement les traitements chroniques des patients et de proposer une anxiolyse médicamenteuse lorsque celle-ci est nécessaire. La prescription d'examens complémentaires avant une intervention n'est ni systématique ni obligatoire et les indications sont résumées dans un référentiel édité par la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR) (2).

De la même façon, la gestion des traitements chroniques des patients dans la période péri-opératoire, précisée par un référentiel de la SFAR (3), doit répondre à un double objectif: 1°) ne pas interférer gravement avec les médicaments utilisés lors de l'anesthésie; mais également 2°) ne pas déstabiliser par leur arrêt les pathologies pour lesquelles ils sont prescrits. La tendance générale est de maintenir, chaque fois que cela est possible, les traitements en cours.

Tableau 1 : Classification ASA

Score ASA	Définition
1	Patient en bonne santé
2	Affection peu grave sans limitation fonctionnelle
3	Affection sévère avec limitation fonctionnelle
4	Affection sévère constituant une menace vitale permanente
5	Patient moribond avec espérance de vie < 24 heures
U	Urgence

L'information du patient est un enjeu de la consultation pour que celui-ci formule un consentement éclairé. Outre les réponses aux questions posées par le patient, elle prend en compte la situation propre à chaque personne. Elle porte tant sur des éléments généraux que sur des éléments spécifiques qui ont été définis clairement par l'ANAES (4):

- l'état du patient et son évolution prévisible, ce qui nécessite des explications sur la maladie ou l'état pathologique, et son évolution habituelle avec et sans traitement ;
- la description et le déroulement des examens, des investigations, des soins, des thérapeutiques, des interventions envisagés et de leurs alternatives ;
- leur objectif, leur utilité et les bénéfices escomptés ;
- leurs conséquences et leurs inconvénients ;
- leurs complications et leurs risques éventuels, y compris exceptionnels ;
- les précautions générales et particulières recommandées aux patients.

L'information orale est primordiale car elle peut être adaptée au cas de chaque personne. Il est nécessaire d'y consacrer du temps. Elle s'inscrit dans un climat relationnel alliant écoute et prise en compte des attentes du patient. Au cours de cette démarche, le médecin s'assure que le patient a compris l'information donnée. Il indique la technique anesthésique envisagée en expliquant les raisons de sa proposition et recherche l'accord du patient. Lorsque la personne ne comprend pas le français, il est recommandé de recourir à un traducteur. Pour favoriser ultérieurement la continuité des soins par l'équipe soignante ou à un autre médecin, le dossier d'anesthésie porte la trace des informations délivrées au patient.

La visite pré-anesthésique a lieu quelques heures avant la procédure prévue sous anesthésie et elle consiste en la confirmation des données de la consultation, la vérification de l'absence de survenue de nouvelle pathologie ou d'événement notable dans l'intervalle séparant la consultation de la visite pré-anesthésique, du statut de jeûne et de la bonne gestion

3. Les différents types d'anesthésie

Une anesthésie générale (AG) est définie par une perte de conscience réversible induite par l'administration d'un hypnotique souvent associé à un agent analgésique. Un curare est fréquemment employé afin de provoquer une paralysie musculaire facilitant l'intubation trachéale ainsi que le geste chirurgical.

Les techniques d'anesthésie locorégionale (ALR) ont pour but d'interrompre transitoirement la transmission de la conduction nerveuse tout en préservant l'état de conscience. Selon le site d'injection de l'anesthésique local, on distingue deux types d'ALR : péri-médullaire (autour de la moelle épinière) ou périphérique (autour du nerf). Les techniques d'ALR sont indiquées dans le cadre anesthésique (permettant l'intervention chirurgicale) mais également à des fins analgésiques (per-opératoire, postopératoire ou encore obstétricales).

L'anesthésie locale se définit par l'administration d'un anesthésique local soit par infiltration (intradermique, sous-cutanée ou plan de diffusion) soit par voie topique (par contact) en regard de la zone à opérer ou à analgésier. Alors qu'en situation non urgente l'AG et l'ALR ne peuvent être pratiquées que par un médecin anesthésiste-réanimateur, l'anesthésie locale peut être réalisée par un médecin quelle que soit sa spécialité.

A ce jour, pour une intervention donnée, sa réalisation sous AG ou sous ALR n'a pas de véritable influence sur la morbidité et/ou la mortalité post-opératoire à court comme à long terme.

Anesthésie générale

L'AG reste la technique de référence dans de nombreux cas et elle permet de réaliser tous les actes chirurgicaux ou interventionnels selon une procédure programmée ou en urgence. Elle se décompose en 3 phases : l'induction, l'entretien et enfin le réveil de l'anesthésie.

Lors de l'accueil du patient en salle interventionnelle, l'équipe d'anesthésie vérifie systématiquement un certain nombre d'informations afin de sécuriser la procédure. En premier lieu, l'identité du patient, ainsi que le type d'intervention et éventuellement le côté de la chirurgie quand cela est pertinent, Cette vérification qui rentre dans le champ de la check list HAS dite « de sécurité au bloc opératoire » améliore le partage des informations et réalise une vérification croisée de critères considérés comme essentiels avant, pendant et après toute intervention (5).

Une voie d'abord veineuse périphérique est posée ainsi qu'un monitoring multiparamétrique (comportant au minimum: fréquence cardiaque, pression artérielle non invasive, SpO2 ainsi que la mesure de la concentration en O2 et CO2 des gaz inspirés et expirés) comme recommandés par le décret de 1994. Un monitoring de la curarisation est associé si un curare est utilisé lors de la procédure. Enfin, il est possible de monitorer la profondeur de l'anesthésie par des outils spécifiques s'apparentant à des électroencéphalogrammes simplifiés.

Une antibioprofylaxie couvrant le geste chirurgical, quant elle est indiquée, sera administrée 30 minutes avant l'incision. Le patient dès son arrivée au bloc bénéficiera d'un réchauffement externe afin de prévenir l'hypothermie induite par l'anesthésie.

Avant l'induction de la perte de conscience, le patient est pré oxygéné pendant au moins 3 minutes (jusqu'à l'obtention d'une fraction d'oxygène expirée supérieure à 90%). Pour cela, il respire en FiO2 à 100 % par l'intermédiaire d'un masque facial appliqué de manière étanche sur le visage. La pré oxygénation (ou dénitrogénéation) a pour objectif de saturer les réserves en oxygène de l'organisme, et notamment la capacité résiduelle fonctionnelle, afin d'assurer une apnée de sécurité la plus longue possible en cas de difficulté d'accès aux voies aériennes (ce qui limite le risque d'hypoxémie).

La perte de conscience lors de l'induction est engendrée par l'administration intra veineuse ou inhalée (modalité fréquente en pédiatrie) d'un hypnotique (**Tableau 2**). Pour tous les hypnotiques ceci résulte d'une action agoniste sur les récepteurs GABA-A à l'exception de la kétamine qui a une action antagoniste sur les récepteurs NMDA du glutamate. Ces effets sont potentialisés par l'adjonction par voie intra veineuse d'un analgésique opioïde (action passant par les récepteurs μ opioïdes).

Le choix des médicaments s'effectue en fonction du patient et de la procédure en prenant en compte leurs propriétés pharmacologiques et pharmacodynamiques différents (délai d'action, durée d'action, effets secondaires). Au décours de la perte de conscience, une bradypnée puis une apnée surviennent traduisant l'effet dépresseur respiratoire puissant de ces agents. Dans la majorité des cas, le patient bénéficie d'une ventilation assistée au masque facial avant que les voies aériennes ne soient contrôlées par l'introduction d'une sonde d'intubation dans la trachée ou par la mise en place d'un dispositif laryngé (masque laryngé par exemple).

Lorsqu'une d'une intubation trachéale est prévue, l'administration d'un curare (**Tableau 2**) est recommandée afin de faciliter le geste et d'en diminuer les complications notamment traumatiques. Les curares agissent en bloquant les récepteurs nicotiniques sensibles à l'acétylcholine au niveau de la jonction neuromusculaire. Le patient sera ensuite installé, sous la responsabilité partagée du médecin anesthésiste-réanimateur et de l'opérateur (chirurgien, radiologue, etc.), afin de permettre la réalisation du geste prévu.

La phase d'entretien de l'anesthésie est assurée par l'administration d'un hypnotique (par voie intra veineuse ou inhalée, continue ou discontinue pour assurer la permanence de la perte de conscience) et d'un analgésique opioïde (pour assurer l'analgésie) et quand cela est nécessaire l'adjonction d'un curare.

Tout au long de la procédure, l'homéostasie doit être maintenue en préservant l'hémodynamique, la volémie, la normo-thermie et l'équilibre métabolique. Des complications peuvent émailler le déroulement d'une AG dont les principales sont:

- Les complications respiratoires:

- Accès difficile voire impossible aux voies aériennes supérieures chez un patient en apnée avec le risque d'hypoxémie majeure ;
- Inhalation intra-bronchique de liquide gastrique chez un patient inconscient, non à jeun et dont les voies aériennes ne sont pas protégées par le ballonnet de la sonde d'intubation trachéale ;

- Les complications hémodynamiques:

- Choc anaphylactique lié à un médicament (curare, antibiotique, etc...)
- Hypotension sévère par surdosage en médicament anesthésique
- Choc hypovolémique lié à un saignement chirurgical massif.

La prise en charge de la douleur postopératoire est anticipée dès la fin de l'intervention par une analgésie multimodale associant des antalgiques de différents niveaux en fonction de l'intensité douloureuse attendue. Par ailleurs, une prophylaxie des nausées-vomissements postopératoires est réalisée selon les facteurs de risque du patient (mal des transports, sexe féminin, non tabagique, administration per-opératoire de morphiniques).

Tableau 2 : principaux médicaments utilisés lors d'une anesthésie générale. IV, voie intraveineuse; INH, voie inhalée. La succinylcholine est le seul curare dépolarisant (il va entraîner une contraction musculaire avant de bloquer la plaque neuromusculaire) alors que les autres curares vont bloquer d'emblée la plaque sans cette phase de fasciculations (curare non dépolarisant).

Hypnotique	Analgésique	Curare
Propofol (IV)	Sufentanil (IV)	Succinylcholine (IV)
Thiopental (IV)	Fentanyl (IV)	Vécuronium (IV)
Etomidate (IV)	Alfentanil (IV)	Rocuronium (IV)
Kétamine (IV)	Rémifentanil (IV)	Atracurium (IV)
Isoflurane (INH)		Cisatracurium (IV)
Desflurane (INH)		
Sévolurane (INH)		

La phase de réveil débute en salle interventionnelle et elle est poursuivie dans une salle spécifiquement dédiée, la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI). L'arrêt des médicaments de l'anesthésie permet

au patient de recouvrer un état de conscience normal. Le réveil s'effectue chez un patient dont l'ensemble des constantes vitales (hémodynamiques, ventilatoires, neurologiques,...) sont normalisées. La prise en charge de la douleur, des nausées vomissements post opératoires ou de toute complication est assurée en SSPI. Ainsi, le passage obligatoire en SSPI (cf. Décret Sécurité Anesthésique de 1994) par une surveillance étroite (clinique, scope, TA, SpO2, température, curarisation) prévient les complications graves et notamment la dépression respiratoire liée aux effets résiduels des agents utilisés au cours de l'anesthésie. La SSPI est une étape majeure et incontournable de la sécurité anesthésique. Aucune durée minimale de surveillance en SSPI n'est recommandée hormis au décours d'une titration de morphine (1 heure de surveillance minimum après le dernier bolus).

La sortie de SSPI repose sur des critères objectifs comme ceux du score d'Aldrete modifié assurant de la stabilité des grandes fonctions vitales et de l'absence de complications (tableau 3). Le patient est ensuite transféré selon son état et le type d'intervention réalisée, vers une unité de chirurgie conventionnelle ou ambulatoire, une unité de surveillance continue ou de réanimation suivant une procédure qui aura été anticipée dès la consultation d'anesthésie.

Tableau 3 : Score d'Aldrete modifié

Clinique	Score
Motricité spontanée à la demande	
- bouge les quatre membres	2
- bouge deux membres	1
- immobile	0
Respiration	
- peut respirer profondément et tousser	2
- dyspnée, respiration superficielle ou limitée	1
- apnée	0
Pression artérielle (écart par rapport au pré-opératoire)	
- < 20 mmHg	2
- 20 à 50 mmHg	1
- > 50 mmHg	0
Etat de conscience	
- parfaitement réveillé	2
- se réveille à la demande	1
- ne répond pas aux ordres simples	0
Saturation en oxygène	
- SpO2 > 92%	2
- Nécessité de l'oxygène pour maintenir une SpO2 > 90%	1
- SpO2 < 90% malgré de l'oxygène	0

Anesthésie locorégionale

La réalisation d'une ALR répond aux mêmes règles de sécurité, de surveillance et d'environnement que l'AG (voir Anesthésie Générale). Ainsi, le patient bénéficie obligatoirement d'une consultation d'anesthésie, d'une visite et d'un passage en SSPI à l'issue de la procédure. L'ALR est toujours réalisée chez un patient ayant une perfusion veineuse et un monitoring multi paramétrique. Ce qui différencie principalement l'ALR de l'AG est que dans la majorité des cas, au moins chez l'adulte, le patient sous ALR est conscient tout le long de la procédure.

Lors de la réalisation des ALR, les anesthésiques locaux utilisés (Bupivacaïne, Ropivacaïne, Mépivacaïne, Lidocaïne) agissent au niveau de la conduction nerveuse en bloquant les canaux sodiques voltages dépendants.

Anesthésie locorégionale péri-médullaire

Il existe deux types d'ALR péri-médullaire selon que l'on administre l'anesthésique local directement dans le liquide cébrospinal (rachianesthésie) ou dans l'espace péridural (anesthésie péridurale) pour induire une analgésie et/ou une anesthésie. Dans la majorité des cas, cette ALR est réalisée par une ponction médiane effectuée au niveau lombaire (en dessous de L2, niveau théorique du cône terminal) chez un patient assis (le plus souvent) ou alors en décubitus latéral.

Lors d'une rachianesthésie (l'équivalent d'une ponction lombaire), le médecin respecte les règles usuelles d'asepsie et porte un calot, un masque ainsi que des gants stériles. Pour la péridurale qui est le plus souvent associée à mise en place d'un cathéter, le médecin porte une casaque stérile.

Pour la rachianesthésie, afin de limiter les céphalées post brèche dure-mérienne, les aiguilles de petit diamètre sont utilisées (25-27 G). Comme pour une ponction lombaire, l'aiguille passe la peau, les tissus sous cutanés puis franchit le ligament inter épineux puis le ligament jaune et enfin la dure mère. Un reflux de liquide cébrospinal indique le bon positionnement de l'extrémité distale de l'aiguille. L'injection lente d'un faible volume (1 à 2 ml) de l'anesthésique local est réalisée. L'anesthésie de l'hémicorps inférieur survient en quelques minutes et la chirurgie est possible pour une durée variable selon la dose d'anesthésique (60 à 90 min). Cette technique est utilisée par exemple pour les chirurgies des membres inférieurs, périnéales et pour les césariennes.

Pour l'anesthésie péridurale, une aiguille spécifique, dite de Tuohy, de grand calibre (16 ou 18 G) est utilisée. La position du patient est celle décrite pour la rachi-anesthésie. L'espace péridural est un espace virtuel se situant entre la dure-mère et le ligament jaune. Il est repéré par la technique du mandrin liquide (seringue remplie de NaCl 0,9%, ne présentant qu'une faible résistance à la pression du piston). Tout le long du cheminement de l'aiguille, avant l'arrivée à l'espace péridural, il existe une résistance à la pression du piston de l'aiguille qui diminue brutalement lorsque l'extrémité distale atteint l'espace péridural. Il faut noter que la péridurale peut être également réalisée à l'étage thoracique (analgésie en chirurgie thoracique ou abdominale haute par exemple). Un fin cathéter perforé est souvent introduit par l'aiguille de Tuohy et laissé en place dans l'espace péridural. Il permet l'administration des agents anesthésiques locaux. L'installation de l'anesthésie est plus lente que sous rachianesthésie avec le blocage métamérique des territoires innervés par les racines nerveuses émergeant au-dessus et au-dessous du niveau de ponction.

Les indications des techniques d'ALR péri-médullaires lombaires sont l'anesthésie et/ou l'analgésie pour toute la chirurgie sous ombilicale. Les principales contre-indications sont:

- Le refus du patient
- L'infection au site de ponction ou une infection systémique
- Les troubles de l'hémostase
- Une cardiopathie très évoluée
- Une hypertension intracrânienne

Les complications et/ou événements indésirables de ces techniques sont :

- La toxicité de l'anesthésique local (lors d'une injection intravasculaire accidentelle ou par dépassement des doses recommandées) engendrant une double toxicité systémique: neurologique, allant jusqu'à la crise convulsive généralisée, et cardiaque, pouvant aller jusqu'à l'arrêt cardiaque (ceci n'est pas observé sous rachianesthésie en raison des faibles doses d'anesthésique local utilisées)
- L'apparition d'un hématome péri-dural le plus souvent favorisé par l'existence d'une coagulopathie préexistante
- Une méningite ou un abcès péri-dural
- Un retentissement hémodynamique lié au blocage sympathique engendrant une vasodilatation artérioveineuse. Quand le niveau du bloc reste inférieur à T10, le retentissement est souvent mineur. Par contre, au-dessus de ce niveau ou sur des terrains particuliers (cardiopathie sur valvulopathie de type rétrécissement aortique par exemple), la vasoplégie peut avoir des conséquences importantes avec une hypotension majeure pouvant aller jusqu'à l'arrêt cardiaque
- Un niveau trop élevé du bloc va agir directement sur muscles respiratoires
- Des céphalées lorsqu'il s'est produit, lors de la pose de la péri-durale, une brèche dure-mérienne
- Des difficultés mictionnelles allant jusqu'à la rétention aigüe d'urine

Anesthésie locorégionale périphérique

Cette technique vise à administrer l'anesthésique local au niveau soit d'un plexus soit d'un tronc nerveux. Les sites d'injection sont donc situés tout le long du plexus brachial pour le membre supérieur, des plexus lombal et sacral pour le membre inférieur et des rameaux de la Vème paire crânienne pour la face. Les contingents nerveux sont repérés par échographie. Des techniques alternatives peuvent être associées à l'échoguidage de l'ALR comme la neurostimulation.

Les indications des techniques d'ALR périphérique sont l'anesthésie et/ou l'analgésie de toute la chirurgie située sur le territoire des contingents nerveux bloqués par l'anesthésique local. Les principales contre-indications sont:

- Le refus du patient
- L'infection au site de ponction ou une infection systémique
- Des troubles sévères de la l'hémostase

Les complications et ou événements indésirables de ces techniques sont:

- Le surdosage en anesthésique local engendrant potentiellement une double toxicité systémique: neurologique, allant jusqu'à la crise convulsive généralisée, et cardiaque, pouvant aller jusqu'à l'arrêt cardiaque (cf. § ALR péri-médullaire)
- Les neuropathies par lésion directe mécanique ou toxique du nerf
- L'abcès au point de ponction

Anesthésie locale et infiltration

L'anesthésie locale consiste à administrer un anesthésique local en territoire intra dermique ou dans le tissu sous cutané. Un des corollaires de cette technique qui est en plein essor est l'infiltration d'un anesthésique local soit dans un plan de diffusion (comme par exemple entre le muscle oblique interne et le muscle transverse pour analgésier la paroi abdominale) soit au niveau de la cicatrice chirurgicale mais dans des plans plus profonds que le tissu sous cutané (par exemple infiltration cicatricielle abdominale). Ces techniques ne sont pas uniquement du ressort du médecin anesthésiste-réanimateur et peuvent être réalisées par tout médecin formé. Elles exposent au risque de surdosage en anesthésique local (voir supra) notamment en cas d'injection accidentelle intra-vasculaire ou lorsque la dose cumulée est excessive.

4. Particularités de l'analgésie obstétricale

Les douleurs lors du travail sont de deux types: viscérales et somatiques. Pendant la première phase du travail, les contractions conduisent à l'effacement puis à la dilatation du col utérin et l'influx douloureux d'origine viscérale est véhiculé par des fibres non myélinisées C. La douleur propre aux contractions est prise en charge par des fibres A δ . Ces deux types de fibres ont un relais au niveau de la corne postérieure de la moëlle de T10 à L1. A la fin de la première phase et lors de la deuxième phase du travail, une douleur d'origine somatique apparaît secondaire à la distension du plancher pelvien, du vagin et du périnée et elle est transmise par les nerfs honteux issus des racines sacrées S2-S4.

L'administration systémique d'analgésiques morphiniques contrôle partiellement les douleurs d'origine somatique mais elle est inefficace pour soulager les douleurs viscérales. Seules les techniques d'analgésie périmédullaire génèrent une analgésie de qualité durant tout le travail obstétrical en prenant en charge l'ensemble des composantes impliquées dans le processus douloureux. Dans la grande majorité des cas, la technique de référence en analgésie obstétricale est la péridurale lombaire. Le cathéter péridural, posé pendant le travail, peut être utilisé à tout moment pour approfondir l'anesthésie (augmentation de la concentration et/ou du volume des anesthésiques locaux) permettant de pratiquer une césarienne si cela est nécessaire.

La technique de pose de l'analgésie péridurale a été décrite précédemment et en analgésie obstétricale, elle est mise en place dès que la parturiente entre en travail. Le cathéter péridural perforé permet une administration continue des anesthésiques locaux réalisant une analgésie tout au long du travail. L'objectif est d'obtenir un bloc sensitif contrôlant la douleur sans engendrer de bloc moteur (paralysie) et sans retentissement hémodynamique majeur (la circulation utéro-placentaire n'est pas autorégulée et est donc directement corrélée à l'état hémodynamique maternel). Pour ce faire, de faibles concentrations d'anesthésiques locaux sont utilisées. Leurs effets sensitifs sont potentialisés par un ou des adjuvants. Généralement, il s'agit d'un analgésique opioïde (comme le sufentanil, beaucoup plus puissant que la morphine).

La dose d'induction est administrée manuellement par le médecin anesthésiste-réanimateur en surveillant la conscience et l'hémodynamique de la parturiente. L'entretien de l'analgésie s'effectue souvent par auto-administration de bolus d'anesthésique local directement par la parturiente par pression sur une pompe (technique d'analgésie épidurale contrôlée par le patient) dès lors qu'elle commence à ressentir les douleurs du travail.

Les contre-indications de l'analgésie péridurale de travail ne sont pas spécifiques et sont partagées avec celles de toutes les techniques d'ALR péri-médullaires (voir supra).

Les complications spécifiques dans le contexte obstétrical sont:

- La brèche de la dure-mère lorsque l'extrémité distale de l'aiguille perce accidentellement la dure-mère et transformant la technique péridurale en rachianesthésie. Elle expose au risque de céphalées dans les suites (cf. § anesthésie péri-médullaire)
- L'hypotension maternelle avec le risque de retentissement et de souffrance fœtal
- L'analgésie insuffisante
- Le bloc moteur (paralysie) plus ou moins intense

5. Références

1. Décret sécurité 8-12-1994, www.sfar.org
2. Recommandations formalisées d'experts 2012, Examens pér-interventionnels systématiques, www.sfar.org
3. Recommandations formalisées d'experts 2009, Gestion périopératoire des traitements chroniques et dispositifs médicaux, www.sfar.org
4. Information des patients : recommandations destinées aux médecins 2000, www.has-sante.fr
5. La Chek-list « sécurité du patient au bloc opératoire » 2011, www.has-sante.fr