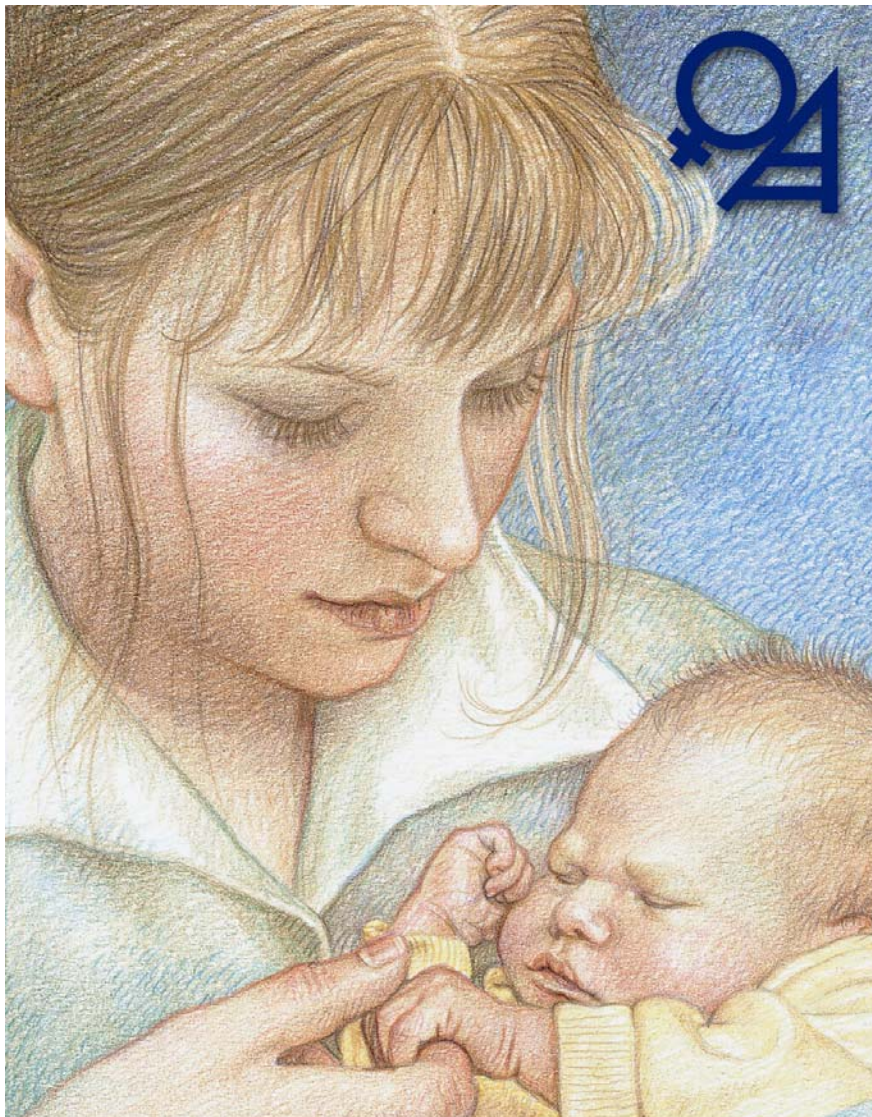


## Diminuer la douleur de l'accouchement

Ce fascicule parle de la douleur de l'accouchement et de ce qui peut être fait pour la diminuer. Les personnes qui s'occupent de vous (par exemple votre sage-femme, votre anesthésiste ou votre obstétricien) vous donneront davantage d'informations sur les méthodes pour combattre la douleur proposées par votre hôpital ou votre maternité. Nous espérons que, si vous savez à quoi vous attendre et sur les solutions disponibles pour combattre la douleur, vous trouverez votre accouchement satisfaisant.

Dans l'ensemble de ce fascicule, nous avons utilisé des références pour montrer où nous avons trouvé nos informations. Leur liste figure sur les pages 17 à 19.

Écrit par l'Obstetric Anaesthetists' Association (l'Association des Anesthésistes en Obstétrique)



## **Comment se déroule un accouchement ?**

- Pendant votre grossesse, vous sentirez peut-être votre utérus se resserrer de temps en temps. Ce sont les contractions de Braxton Hicks. Quand le travail commence, ces contractions deviennent régulières et beaucoup plus puissantes.
- Elles peuvent causer une douleur similaire à celle des règles et, généralement, la douleur s'intensifie au fur et à mesure que le travail avance. Les femmes ne ressentent pas toutes la douleur du travail de la même manière.
- Généralement, le travail lors d'un premier accouchement est le plus long.
- Si le travail est déclenché ou accéléré par des moyens chimiques, vos contractions pourront être plus douloureuses.
- La plupart des femmes utilisent différents procédés pour faire face à la douleur du travail (voir référence 1 page 17). Il est utile d'avoir l'esprit ouvert et de faire preuve de souplesse.

## **Préparation à l'accouchement**

Les cours de préparation anténatale vous aideront à vous préparer à l'accouchement. Ils sont effectués par des sages-femmes et par d'autres organisations qui aident les futurs parents en matière d'accouchement et de puériculture. Ils vous aident à comprendre ce qui se passera pendant l'accouchement et vous aideront peut-être à être moins inquiète.

Aux cours de préparation, la sage-femme vous dira ce que vous pouvez obtenir pour réduire la douleur de l'accouchement. Si vous avez besoin de plus d'informations sur la péridurale (injection dans le dos pour engourdir la partie inférieure du corps), la sage-femme peut prendre pour vous un rendez-vous avec un anesthésiste pour en discuter. Si vous ne pouvez pas vous rendre aux classes anténatales, demandez quand même à votre sage-femme ce que vous pouvez obtenir pour réduire la douleur de l'accouchement. Vous pourrez alors en discuter avec la sage-femme qui s'occupe de vous pendant votre travail.

L'endroit où vous choisissez d'accoucher peut influencer sur la douleur. Si vous vous sentez à l'aise à l'endroit où vous accouchez, vous serez peut-être plus détendue et moins anxieuse (voir référence 2 page 17). Pour certaines femmes, cela peut signifier accoucher chez elles, mais d'autres femmes se sentent plus rassurées par l'encadrement d'un hôpital ou d'une maternité. De nombreux hôpitaux essaient de rendre les salles de travail agréables et vous invitent à passer de la musique que vous aimez pour vous détendre.

Si vous projetez d'accoucher dans un hôpital ou dans une maternité, il peut être utile de les visiter pour savoir quelles infrastructures ils proposent.

Il peut être utile qu'un(e) ami(e) ou un(e) partenaire de naissance vous accompagne dans la salle de travail (voir référence 3 page 17). Parlez de vos inquiétudes à votre partenaire de naissance, dites-lui de ce que vous voulez, pour qu'il/elle vous aide à vous concentrer pendant l'accouchement.

### **Quelles sont les solutions contre la douleur ?**

Il est difficile de savoir à l'avance quelle solution contre la douleur sera la meilleure pour vous. La sage-femme qui s'occupe de vous pendant votre travail devrait être la meilleure personne pour vous conseiller. Voici des informations sur les principales solutions antidouleur disponibles.



## **Méthodes autonomes**

- Respirer calmement peut augmenter l'oxygène apporté à vos muscles, ce qui diminue la douleur. Par ailleurs, parce que vous vous concentrez sur votre respiration, vous êtes moins dérangée par la douleur.
- Il peut être difficile de se détendre quand on a mal, c'est pourquoi il peut être utile de s'exercer avant l'accouchement. Il y a plusieurs façons de se détendre.
- Un massage pendant le travail est souvent réconfortant et rassurant.

## **Utilisation d'une baignoire pendant le travail**

Peu d'études ont porté sur les avantages et risques d'utiliser une baignoire d'accouchement. Cependant, il a été démontré que, si vous accouchez dans l'eau, vous serez moins sujette à la douleur et vous réduirez la nécessité d'une péridurale pour diminuer la douleur (voir référence 4 page 17). Il y a des craintes selon lesquelles, si l'eau est trop chaude, votre bébé peut montrer des signes de souffrance pendant le travail. Cependant, des études ont montré que le risque est similaire pour vous et votre bébé, que vous accouchiez dans l'eau ou non. La sage-femme continuera à surveiller vos progrès et le bien-être de votre bébé.

De nombreuses maternités ont des baignoires d'accouchement, mais elles peuvent ne pas être disponibles quand vous en aurez besoin. Il est recommandé de vérifier auprès de la sage-femme si une baignoire est disponible et si vous pouvez l'utiliser.

## **Médecines douces (sans médicaments)**

Les médecines douces, comme l'aromathérapie, peuvent aider certaines femmes à faire face à la douleur durant l'accouchement. Si vous envisagez d'en utiliser, il est important de demander conseil à une personne spécialisée. Ce fascicule ne couvre pas l'homéopathie (utilisation d'ingrédients très dilués pour réduire la douleur) ni les remèdes à base de plantes.

### **Aromathérapie**

- L'aromathérapie consiste à utiliser des huiles essentielles concentrées pour réduire la peur, améliorer votre bien-être et vous encourager à poursuivre.

### **Réflexologie**

- La réflexologie s'appuie sur l'idée que certains points de vos mains et de vos pieds correspondent aux différentes parties de votre corps.
- Nous ne savons pas l'expliquer, mais elle peut fonctionner de façon similaire à l'acupuncture (voir ci-dessous). Généralement un réflexologue masse des points sur vos pieds qui correspondent aux parties de votre corps subissant la douleur de l'accouchement.

### **Hypnose et acupuncture**

Ces deux méthodes sont de plus en plus utilisées par les femmes pour les aider pendant le travail. Comme très peu de maternités proposent ces services pris en charge par la NHS, vous devez trouver un thérapeute qualifié avant l'accouchement.

L'hypnose peut vous aider à ne pas ressentir la douleur. Vous pouvez vous entraîner à vous hypnotiser vous-même (autohypnose), pendant votre grossesse. Sinon, un hypnothérapeute devra vous accompagner dans la salle d'accouchement.

L'acupuncture consiste à insérer des aiguilles à certains points de votre corps pour vous aider à réduire la douleur. Le praticien doit vous accompagner dans la salle d'accouchement.

Selon certaines études, les femmes utilisant ces médecines alternatives se sentent plus en contrôle de leur travail et utilisent moins de médicaments pour réduire la douleur (voir référence 5 page 17). Cependant, les régions n'ont pas toutes des thérapeutes ayant ce niveau de compétence. Leur assistance peut être assez chère.



### **Neurostimulation électrique transcutanée (TENS)**

- Un courant électrique faible est transmis via quatre électrodes collées à votre dos. Vous ressentirez un léger picotement. Vous pouvez en contrôler la puissance vous-même.
- Ce système peut être utile au début de l'accouchement, notamment en cas de mal de dos. Si vous en louez un, vous pouvez commencer à l'utiliser chez vous. Certains hôpitaux en prêtent.
- Ils n'ont pas d'effets nocifs connus sur votre bébé.

Bien que vous puissiez gérer votre travail avec ce seul système, il est probable que vous aurez besoin d'un autre type d'antidouleurs lorsque le travail sera plus avancé.



### Entonox

L'Entonox est un gaz composé à 50 % d'oxyde nitreux et à 50 % d'oxygène.

On l'appelle parfois **gaz et air**.

- Vous le respirerez par un masque ou un embout.
- C'est un système simple, qui agit rapidement et se dissipe en quelques minutes.
- Vous risquez de vous sentir un peu étourdie ou nauséuse pendant un moment.
- Ce gaz n'est pas nocif pour votre bébé. Il vous apporte de l'oxygène supplémentaire, ce qui peut être bon pour vous et votre bébé.
- Il ne supprimera pas la douleur, mais il peut aider.
- Vous pouvez l'utiliser à n'importe quel moment du travail.

Vous décidez de la quantité d'Entonox que vous utilisez mais, **pour obtenir le meilleur effet possible, il faut choisir le bon moment.** Commencez à inspirer de l'Entonox dès que vous sentez une contraction venir, pour en ressentir l'effet maximum quand la douleur sera à son comble. Ne l'utilisez pas entre les contractions ni pendant de longues périodes, car il peut provoquer des étourdissements et des fourmillements. Dans certains hôpitaux, d'autres substances peuvent être ajoutées à l'Entonox pour le rendre plus efficace, mais elles peuvent vous rendre plus somnolente.

**Opioïdes : analgésiques similaires à la morphine**

Les opioïdes comprennent les analgésiques tels que la péthidine, ainsi que la diamorphine (de plus en plus utilisée au Royaume-Uni). D'autres exemples d'opioïdes sont: la morphine, le meptazinol, le fentanyl et le remifentanyl. Tous ces analgésiques semblables à la morphine agissent de la même manière.

- Les opioïdes sont généralement administrés par une sage-femme qui les injecte dans un grand muscle, dans le bras ou la jambe.
- La réduction de douleur est souvent limitée. Elle commence après environ une demi-heure et peut durer quelques heures.
- Ils ont moins d'effet sur la douleur que l'Entonox.
- Bien que la réduction de douleur puisse être limitée, certaines femmes trouvent qu'elles sont plus détendues et moins inquiètes concernant la douleur (voir référence 6 page 17).
- D'autres femmes sont déçues de l'effet des opioïdes sur la douleur et disent qu'elles la maîtrisent moins.

**Effets secondaires**

- Les opioïdes peuvent vous faire somnoler.
- Ils peuvent vous rendre nauséuse mais, généralement, vous recevrez un médicament contre cet effet.
- Ils retardent le vidage de l'estomac, ce qui peut poser un problème si vous avez besoin d'une anesthésie générale.
- Ils peuvent ralentir votre respiration. Si cela se produit, vous recevrez peut-être de l'oxygène par masque et vos niveaux d'oxygène seront surveillés.
- Ils peuvent retarder le moment où votre bébé prendra sa première inspiration, mais une injection peut être donnée à votre bébé pour l'éviter.
- Ils peuvent rendre votre bébé somnolent, ce qui peut l'empêcher de téter normalement (notamment avec la péthidine).
- Si vous recevez des opioïdes juste avant l'expulsion, l'effet sur le bébé sera très faible.



## **Analgésie contrôlée par le patient (ACP)**

Les opioïdes peuvent aussi être administrés dans une veine pour agir plus vite, à l'aide d'une pompe que vous contrôlez vous-même en appuyant sur un bouton relié à la pompe. Si la péridurale (injection dans votre dos pour engourdir la partie inférieure de votre corps) n'est pas possible ou si vous n'en voulez pas, l'analgésie contrôlée est disponible dans certains hôpitaux.

L'ACP vous permet de vous injecter de petites doses d'opioïdes quand vous en ressentez le besoin. Vous choisissez la quantité d'opioïde à utiliser. Pour des raisons de sécurité, l'ACP limite la vitesse à laquelle vous pouvez vous administrer l'opioïde. Cependant, si vous utilisez l'ACP pendant une longue durée, certains opioïdes peuvent s'accumuler dans votre corps, ce qui peut augmenter les effets secondaires de l'opioïde sur vous et votre bébé.

Dans certaines maternités, on peut vous proposer l'ACP en utilisant un opioïde appelé remifentanil (voir références 7 et 8 page 17 et 18). Le corps absorbant le remifentanil très rapidement, les effets de chaque dose ne durent pas longtemps. Cet opioïde a un effet puissant sur la douleur mais il risque encore davantage de ralentir votre respiration, qui devra donc être soigneusement contrôlé. Cependant, ses effets peuvent être rapidement annulés et il n'affecte pas votre bébé.

## **Péridurale et anesthésie rachidienne**

- La péridurale et l'anesthésie rachidienne, les solutions antidouleur les plus compliquées, sont effectuées par un anesthésiste.
- Un anesthésiste est un médecin formé pour administrer des analgésiques et des médicaments pour endormir. Lors des opérations, la lutte contre la douleur peut être effectuée en utilisant une anesthésie générale, une péridurale ou une anesthésie rachidienne. Pour savoir quels types d'anesthésie sont utilisés pour une césarienne, lisez notre fascicule 'Your anaesthetic for caesarean section' («Votre anesthésiant pour une césarienne»). La dernière page de ce fascicule explique comment l'obtenir.

- La péridurale et l'anesthésie rachidienne sont les solutions antidouleur les plus efficaces.
- Pour une péridurale, l'anesthésiste place une aiguille dans le bas de votre dos afin de placer un cathéter (un tube très fin) près des nerfs de votre colonne vertébrale. Le cathéter est laissé en place quand l'aiguille est retirée afin que vous puissiez recevoir des analgésiques durant toute la durée de votre travail. Les analgésiques peuvent être des anesthésiants locaux qui engourdissent vos nerfs, de petites doses d'opioïdes ou un mélange des deux.
- Une péridurale peut mettre 40 minutes à agir contre la douleur (y compris le temps nécessaire pour placer le cathéter et pour l'action des analgésiques).
- En principe, une péridurale ne rend ni somnolent ni nauséux.
- Une péridurale augmente le risque que votre obstétricien utilise une ventouse ou des forceps pour faire sortir votre bébé.
- Une péridurale peut généralement être augmentée pour lutter contre la douleur en cas de ventouse, forceps ou césarienne.
- Une péridurale n'aura presque aucun effet sur votre bébé.

### **Anesthésie rachidienne et combinaison rachidienne péridurale (CRP)**

Les péridurales agissent plutôt lentement, surtout vers la fin du travail. Si les analgésiques sont placés directement dans le sac de liquide qui entoure les nerfs de votre dos, ils agiront beaucoup plus vite. Cela s'appelle une anesthésie rachidienne. Elle est administrée sous forme d'injection unique, sans cathéter, contrairement à une péridurale. Si un cathéter à péridurale est posé en même temps, cela s'appelle une combinaison rachidienne péridurale.

Dans certains hôpitaux, une combinaison rachidienne péridurale est administrée à presque toutes les femmes qui veulent un antidouleur puissant au lieu d'une péridurale. Dans d'autres, la combinaison rachidienne péridurale est utilisée seulement pour un petit nombre de femmes.

**Quelles sont les contre-indications pour une péridurale ?**

La plupart des personnes peuvent avoir une péridurale, mais certains problèmes médicaux (tels qu'un spina bifida, une opération précédente du dos ou des problèmes de caillots) peuvent signifier qu'elle ne vous conviendra pas. Il vaut mieux s'en informer avant votre accouchement. Si vous avez un accouchement compliqué ou long, votre sage-femme ou votre obstétricien peuvent vous suggérer d'avoir une péridurale, qui pourra rendre les choses plus faciles pour vous ou votre bébé.

Si vous avez une surcharge pondérale, une péridurale peut être plus difficile et plus longue à mettre en place. Cependant, une fois administrée, vous en retirerez tous les avantages.



### **Qu'implique une péridurale ?**

Tout d'abord, une canule (fin tube de plastique) sera placée dans une veine de votre main ou de votre bras. Généralement, vous aurez aussi une perfusion (liquide en intraveineuse). Vous aurez peut-être aussi besoin d'une perfusion pendant le travail pour d'autres raisons telles que pour des médicaments qui accélèreront le travail ou combattront la nausée. Votre sage-femme vous demandera de vous allonger sur le côté, recroquevillée, ou de vous asseoir en vous penchant vers l'avant. Votre anesthésiste nettoiera alors votre dos à l'aide d'un antiseptique. Votre anesthésiste injectera un anesthésiant local sous votre peau, afin que la mise en place de la péridurale ne soit pas trop douloureuse. Le cathéter est alors placé dans votre dos, près des nerfs de votre colonne vertébrale. Votre anesthésiste doit faire attention de ne pas percer le sac de liquide qui entoure votre moelle épinière, ce qui vous donnerait des maux de tête par la suite. Vous devez rester immobile pendant que l'anesthésiste administre la péridurale mais, une fois que le cathéter est fixé avec un ruban adhésif, vous pourrez bouger librement.

Une fois le cathéter en place, les antidouleurs y sont injectés. Il faut généralement compter 20 minutes pour mettre en place la péridurale et 20 minutes pour qu'elle agisse. Pendant que la péridurale commencera à agir, votre sage-femme prendra votre tension régulièrement. Généralement, votre anesthésiste vérifiera que la péridurale agit sur les nerfs corrects en plaçant un glaçon sur votre ventre et vos jambes et en vous demandant si vous le sentez. Parfois, la péridurale n'agit pas suffisamment la première fois. Votre anesthésiste devra alors l'ajuster ou même retirer le cathéter pour le replacer.

Durant le travail, vous pourrez recevoir des doses supplémentaires d'antidouleurs par le cathéter, soit sous forme d'injection rapide (renouvellement), soit sous forme de flot lent et continu en utilisant une pompe, soit à l'aide d'une pompe contrôlée par la patiente. Si vous disposez d'une pompe contrôlée par le patient, vous pouvez vous administrer des doses d'antidouleur quand vous en avez besoin, en appuyant sur un bouton relié à la pompe.

Dans chaque hôpital, généralement, une ou deux de ces méthodes sont utilisées pour maintenir l'effet de la péridurale.

Après avoir renouvelé la péridurale, la sage-femme prendra votre tension régulièrement, comme lorsque la péridurale a commencé.

Le but de la péridurale est de supprimer la douleur des contractions. Généralement, la péridurale supprime aussi entièrement la douleur quand le bébé naît. Certaines femmes préfèrent conserver un peu de sensations lors de l'expulsion afin de mieux savoir comment aider le bébé à sortir. La péridurale ne peut pas être dosée avec exactitude. Si vous voulez sentir ce qui se passe au moment de l'expulsion, vous aurez sans doute aussi une sensation d'inconfort.

De nos jours, il est généralement possible de réduire la douleur de l'accouchement sans trop engourdir la partie inférieure du corps et les jambes. Cette méthode moderne s'appelle une péridurale mobile.

Vous pourrez allaiter votre bébé après la péridurale.

### **Et si je dois subir une césarienne ?**

Si vous avez besoin d'une césarienne, la péridurale est généralement utilisée à la place d'une anesthésie générale. Un anesthésiant local puissant est injecté par votre cathéter pour engourdir la partie inférieure de votre corps lors de l'opération. C'est une pratique plus sûre pour vous et le bébé qu'une anesthésie générale.

Si vous devez subir une césarienne mais que vous n'avez pas encore de péridurale, une anesthésie rachidienne sera en principe utilisée, mais avec une dose d'anesthésiant supérieure à celle utilisée pour une anesthésie rachidienne durant le travail.

Afin d'en savoir plus sur la péridurale et l'anesthésie rachidienne utilisées pour une césarienne, lisez notre fascicule 'Your anaesthetic for caesarean section' («Votre anesthésiant pour une césarienne»). La dernière page de ce fascicule explique comment l'obtenir.

## **Avantages et risques de la péridurale**

### **Comment trouvons-nous nos informations ?**

Nous obtenons nos informations à partir d'études aléatoires et d'études observationnelles.

- Les études aléatoires portent sur des femmes soumises à un type de traitement ou à un autre et comparent les effets des différents traitements. Le traitement administré à chaque femme est décidé au hasard (sorte de « pile ou face »). Généralement, ces études comparent les femmes ayant reçu une péridurale à celles ayant reçu d'autres antidouleurs (tels que des opioïdes ou de l'Entonox) lors du travail.

À la référence 9 de la page 18 se trouve une récapitulation de toutes les études aléatoires publiées sur la péridurale lors de l'accouchement. Elles ont été effectuées par la base de données Cochrane (Cochrane database), qui est une organisation scientifique indépendante. Les effets de la péridurale, dont nous parlons ci-dessous, proviennent de ces études, sauf si nous indiquons une référence différente.

Dans quelques études aléatoires, toutes les femmes ont reçu une péridurale, mais la quantité d'opioïde utilisée est décidée de façon aléatoire.

- Les études observationnelles portent sur un grand nombre de femmes ayant reçu une péridurale, pour savoir ce qui se passe durant la péridurale et après. C'est la seule façon de connaître les risques rares.

**Les informations suivantes sont basées sur le résultat d'études aléatoires.**

**Avantages de la péridurale**

- La péridurale atténue la douleur du travail plus que tout autre traitement.
- Avec une péridurale, il y a moins d'acide dans le sang du nouveau-né (voir référence 10 page 18).
- Avec une péridurale, il est moins nécessaire d'utiliser des médicaments pour que votre bébé commence à respirer à la naissance par rapport aux opioïdes administrés d'autres façons (dans un muscle ou une veine).

**Ce que la péridurale n'entraîne pas**

- La péridurale n'augmente pas la probabilité d'avoir besoin d'une césarienne.
- Elle n'augmente pas le risque de mal de dos prolongé. Le mal de dos est courant durant la grossesse et continue souvent après. Vous risquez d'avoir une zone sensible dans le dos après une péridurale ; dans des cas rares, cela peut durer plusieurs mois (voir référence 11 page 18).

**Risques durant l'action de la péridurale**

- Une péridurale porte à 14 % le risque que votre obstétricien utilise une ventouse ou des forceps pour faire sortir votre bébé. Sans péridurale, le risque est de 7 %.
- Avec une péridurale, la deuxième partie du travail (quand le col de votre utérus est entièrement dilaté) dure plus longtemps et il y a plus de probabilité que vous ayez besoin d'un médicament (ocytocine) pour intensifier les contractions.
- Vous avez plus de risques d'avoir une baisse de tension.
- Vos jambes peuvent être engourdies quand la péridurale agit.
- Vous aurez des difficultés à uriner. Vous aurez sans doute besoin que l'on insère un tube (cathéter) dans votre vessie pour en faire sortir l'urine.

- Vous pouvez avoir des démangeaisons.
- Vous pouvez vous sentir fiévreuse, ce qui peut correspondre à une souffrance du bébé.
- Si vous recevez une forte dose d'opioïde par péridurale, il est plus probable que votre nouveau-né ait besoin d'aide pour respirer (voir référence 12 page 18) et l'allaitement peut être gêné (voir référence 13 page 18).

### **Autres risques**

- En moyenne, la péridurale n'augmente pas le risque de maux de tête. Cependant, chez environ 1 femme sur 50 bénéficiant d'une péridurale, le sac de liquide qui entoure la moelle épinière est percé par l'aiguille (cela s'appelle une « ponction durale »). Si cela vous arrive, vous pourrez avoir des maux de tête graves pendant plusieurs jours ou semaines si vous n'êtes pas traitée (voir référence 14 page 18). Si vous souffrez de graves maux de tête, votre anesthésiste devrait vous parler et vous conseiller un traitement.

### **Les informations suivantes sont basées sur le résultat d'études observationnelles.**

- Les risques associés à la péridurale et à l'anesthésie rachidienne figurent dans le tableau de la page 21 (voir références 15 à 20 pages 18 et 19).
- Environ une femme sur 13 000 subit des dommages nerveux à long terme après une péridurale, ce qui entraîne des problèmes tels que la faiblesse musculaire ou une sensation de picotement ou d'engourdissement dans une jambe. Cependant, les dommages nerveux après la naissance peuvent survenir avec ou sans péridurale (voir référence 15 page 18). Ils sont en fait cinq fois plus courants sans péridurale. Ils affectent une femme sur 2 500.
- Il n'est pas prouvé que la péridurale lors de l'accouchement entraîne une inflammation (gonflement et douleur) nerveuse permanente dans la colonne vertébrale. Voir référence 21 page 19.

Si vous avez des inquiétudes au sujet des problèmes graves qui peuvent résulter d'une péridurale, parlez-en à votre anesthésiste.



## Références

1. Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Commandé par le National Institute for Health and Clinical Excellence. 2007 RCOG Press, London.
2. Waldenstrom U Nilsson CA. Experience of childbirth in birth center care. A randomised controlled study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1994; 73: 547-554.
3. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, numéro 3. Numéro de l'article: CD003766. Date de publication : 10.1002/14651858.CD003766.
4. Cluett E R, Nikodem VC, McCandlish RE, Burns EE. Immersion in water in pregnancy, labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, numéro 2. Numéro de l'article : CD000111. Date de publication : 10.1002/14651858.CD000111.pub2.
5. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, numéro 4. Numéro de l'article : CD003521. Date de publication : 10.1002/14651858. CD003521.pub2.
6. Olofsson C, Ekblom A, Ekman-Ordeberg G, Hjelm A, Irestedt L. Lack of analgesic effect of systemically administered morphine or pethidine on labour pain. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1996 ; 103:968-972.
7. Volmanen P, Akural E, Raudaskoski T, Ohtonen P, Alahuhta S. Comparison of remifentanyl and nitrous oxide in labour analgesia. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 2005 ; 49: 453-458.

8. Volikas I, Butwick A. Maternal and neonatal side effects of remifentanyl PCA. *British Journal of Anaesthesia* 2005 ; 95: 504-509.
9. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, numéro 4. Numéro de l'article : CD000331. Date de publication : 10.1002/14651858. CD000331.pub2.
10. Reynolds F, Sharma S, Seed PT. Analgesia in labour and funic acid-base balance: a meta-analysis comparing epidural with systemic opioid analgesia. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002 ; 109: 1344-1353.
11. Russell R, Dundas R, Reynolds F. Long term backache after childbirth: prospective search for causative factors. *British Medical Journal* 1996 ; 312: 1384-1388.
12. COMET Study Group UK. Effect of low-dose mobile versus traditional epidural techniques on mode of delivery: a randomised controlled trial. *Lancet* 2001 ; 358: 19-23.
13. Beilin Y, Bodian CA, Weiser J, Hossain S, Arnold I, Feerman DE, Martin G, Holzman I. Effect of labor epidural analgesia with and without fentanyl on infant breast-feeding: a prospective, randomized, double-blind study. *Anesthesiology* 2005 ; 103: 1211-1217.
14. Sudlow C, Warlow C. Epidural blood patching for preventing and treating post-dural puncture headache. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, numéro 2. Numéro de l'article : CD001791. Date de publication : 10.1002/14651858.CD001791.
15. Holdcroft A, Gibberd FB, Hargrove RL, Hawkins DF, Dellaportas CI. Neurological complications associated with pregnancy. *British Journal of Anaesthesia* 1995 ; 75: 522-526.

16. Jenkins K, Baker AB. Consent and anaesthetic risk. *Anaesthesia* 2003; 58: 962-984.
17. Jenkins JG, Khan MM. Anaesthesia for Caesarean section: a survey in a UK region from 1992 to 2002. *Anaesthesia* 2003 ; 58: 1114-1118.
18. Jenkins JG. Some immediate serious complications of obstetric epidural analgesia and anaesthesia: a prospective study of 145,550 epidurals. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 2005 ; 14: 37-42.
19. Reynolds F. Infection a complication of neuraxial blockade. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 2005 ; 14: 183-188.
20. Ruppen W, Derry S, McQuay H, Moore RA. Incidence of epidural hematoma, infection, and neurologic injury in obstetric patients with epidural analgesia/anaesthesia. *Anesthesiology* 2006 ; 105: 394-399.
21. Rice I, Wee MYK, Thomson K. Obstetric epidurals and chronic adhesive arachnoiditis. *British Journal of Anaesthesia* 2004 ; 92: 109-120.

Ce fascicule a été écrit par le sous-comité Informations pour les mères de l'Association des Anesthésistes en Obstétriques.

Ce sous-comité est composé des personnes suivantes :

Dr Michael Kinsella (président)

Charis Beynon (représentante du National Childbirth Trust)

Mrs Shaheen Chaudry (représentante des consommateurs)

Dr Rachel Collis (anesthésiste consultante)

Dr Rhona Hughes (représentante du Royal College of Obstetricians and Gynaecologists)

Gail Johnson (représentante du Royal College of Midwives)

Dr Rosie Jones (anesthésiste consultante)

Dr Ratnasabapathy Sashidharan (anesthésiste consultante)

Nous souhaitons remercier les Docteurs Michael Wee (ex-président, sous-comité Information for Mothers), Michael Bryson, Roshan Fernando et le Professeur Felicity Reynolds pour leur travail sur les éditions précédentes.

- Les informations contenues dans ce fascicule sont basées sur des preuves fiables. Certaines des publications à partir desquelles nous avons obtenu nos informations sont citées pages **17**, **18** et **19**.
- Nous publions également un fascicule pour les mères appelé '**Your anaesthetic for caesarean section**' («**Votre anesthésiant pour une césarienne**») et deux vidéos sur un double DVD appelé '**Coping with labour pain**' («**Faire face à la douleur de l'accouchement**») et '**Your anaesthetic for caesarean section**' («**Votre anesthésiant pour une césarienne** »).
- Vous pourrez trouver ces deux fascicules sur notre site Web, ainsi que plusieurs traductions.
- Vous pouvez aussi obtenir des renseignements sur la gestion de la douleur de l'accouchement sur le site Web du National Childbirth Trust, à [www.nct.org.uk](http://www.nct.org.uk) ou sur le site Web du Midwives' Information and Resource Service (Service de ressource et d'information des sages-femmes) (MIDIRS) à [www.infochoice.org](http://www.infochoice.org)

- En collaboration avec le Royal College of Anaesthetists, nous avons produit d'autres documents d'information sur la péridurale, parmi lesquels : 'Headache after an epidural or spinal anaesthetic' (« Maux de tête après une péridurale ou une anesthésie rachidienne ») et 'Nerve damage associated with a spinal or epidural injection' (« Dommages nerveux associés à une injection rachidienne ou péridurale »). Vous pouvez les télécharger sur [www.rcoa.ac.uk/docs/hesa.pdf](http://www.rcoa.ac.uk/docs/hesa.pdf) ou [www.rcoa.ac.uk/docs/nerve-spinal.pdf](http://www.rcoa.ac.uk/docs/nerve-spinal.pdf)

Vous pouvez obtenir des exemplaires supplémentaires de ces deux fascicules (en paquets de 50 ou 750) et le double DVD en remplissant le formulaire à : [www.oaformothers.info](http://www.oaformothers.info)

Secrétariat OAA

Téléphone : +44 (0)20 8741 1311

E-mail : [secretariat@oaa-anaes.ac.uk](mailto:secretariat@oaa-anaes.ac.uk)

Site Web: [www.oaformothers.info](http://www.oaformothers.info)

© Association des Anesthésistes en Obstétriques 2008

3<sup>e</sup> édition, janvier 2008

Risques liés à la péridurale ou à l'anesthésie rachidienne pour réduire la douleur de l'accouchement		
Type de risque	Fréquence du risque	Probabilité du risque
Chute de tension significative	Une femme sur 50	Occasionnel
N'agit pas suffisamment pour réduire la douleur de l'accouchement, nécessite donc d'autres moyens d'atténuer la douleur	Une femme sur 8	Courant
N'agit pas suffisamment pour une césarienne, vous devez donc subir une anesthésie générale	Une femme sur 20	Parfois
Maux de tête violents	Une femme sur 100 (péridurale) Une femme sur 500 (rachidienne)	Peu commun
Nerfs endommagés (zone engourdie sur le pied ou la jambe ou jambe faible)	Temporaire : une femme sur 1 000	Rare
Effets durant plus de 6 mois	Permanent : une femme sur 13 000	Rare
Abcès dû à la péridurale (infection)	Une femme sur 50 000	Très rare
Méningite	Une femme sur 100 000	Très rare
Hématome dû à la péridurale (caillot)	Une femme sur 170 000	Très rare
Perte de connaissance accidentelle	Une femme sur 100 000	Très rare
Blessure grave, y compris paralysie	Une femme sur 250 000	Extrêmement rare

Les informations données sur les documents publiés ne donnent pas des chiffres précis pour tous ces risques. Les chiffres indiqués ci-dessus sont des estimations et peuvent être différents d'un hôpital à un autre.