

Influence de l'analgésie locorégionale sur la mécanique obstétricale

Audrey Stalla-Bourdillon¹, Gabriela Moyano¹, Sonia Levenet¹, Clément Hoffmann², Frédéric J. Mercier¹

Disponible sur internet le :

1. AP-HP, université Paris-Sud, hôpital Antoine-Béclère, département d'anesthésie-réanimation, 92141 Clamart cedex, France
2. Hôpital d'instruction des Armées Percy, département d'anesthésie-réanimation, 101, avenue Henri-Barbusse, BP 406, 92141 Clamart cedex, France

Correspondance :

F.J. Mercier, AP-HP, université Paris-Sud, hôpital Antoine-Béclère, département d'anesthésie-réanimation, 157, rue de la Porte-de-Trivaux, BP 405, 92141 Clamart cedex, France.
frederic.mercier@abc.aphp.fr

Effect of epidural analgesia on progress of labour

Mots clés

Analgésie péridurale
Mécanique obstétricale
Progression du travail
Césarienne
Extraction instrumentale
Bolus péridural automatique (PIEB)
Rachianalgésie péridurale combinée (RPC)

■ Résumé

L'objectif est d'analyser les effets de l'analgésie péridurale et de ses différentes modalités d'administration sur la mécanique obstétricale : travail obstétrical (stade 1 et 2) et modalités d'accouchement. Les articles anglais et français publiés sur le sujet dans la banque de données Medline ont été analysés, en se focalisant principalement sur la dernière décennie. Les effets de l'analgésie par voie péridurale sont fonction de la nature et de la concentration des produits administrés. L'analgésie péridurale moderne (APDM) n'augmente pas le taux de césarienne et ne ralentit pas la dilatation cervicale, même en début de travail. Le critère d'initiation d'une APDM doit donc être l'intensité douloureuse et non la dilatation cervicale. Le taux d'extraction instrumentale est peu ou pas augmenté avec l'APDM. La péridurale déambulatoire améliore l'autonomie et la satisfaction des parturientes mais pas directement la mécanique obstétricale. La rachianalgésie-péridurale combinée n'améliore pas non plus la mécanique obstétricale par rapport à l'APDM, mais elle est utile chez les parturientes ayant une dilatation rapide, avancée, ou une douleur très intense. La PCEA (*Patient Controlled Epidural Analgesia*) diminue la dose analgésique reçue et/ou le nombre d'interventions pour défaut d'analgésie par rapport à une perfusion continue péridurale classique « CEI » (*Continuous Epidural Infusion*). Le mode PIEB (*Programmed Intermittent Epidural Bolus*) fournit une meilleure diffusion de la solution et une meilleure analgésie par rapport au mode CEI. Le nouveau mode PIEB + PCEA réduit le bloc moteur et peut être aussi le taux d'extraction instrumental.

Keywords

Epidural analgesia
Obstetrical outcome
Progress of labor
Cesarean section
Instrumental delivery

Programmed intermittent epidural bolus (PIEB)
Combined spinal epidural analgesia (CSE)

Introduction

L'augmentation considérable de l'emploi de l'analgésie péridurale en France en 30 ans (1980 : 4 % – Rapport périnatalité 2010 : 82 %) traduit la fréquence et l'intensité de la douleur au cours du travail ainsi que la prise de conscience de l'efficacité de cette technique. Cette large utilisation a entraîné par ailleurs une réduction des anesthésies générales en urgence (qui est la source principale des complications anesthésiques graves à l'accouchement). S'il est bien démontré que le contrôle de la douleur du travail est optimal avec l'analgésie péridurale [1], cette technique a en revanche la réputation d'altérer la mécanique obstétricale. En effet, l'analgésie péridurale a longtemps été suspectée d'avoir un effet négatif sur les différents paramètres du travail obstétrical (allongement des 1^{er} et 2^e stades du travail, augmentation du taux d'extraction instrumentale et du taux de césarienne).

Pour bien comprendre cette problématique, il faut tout d'abord rappeler que la « péridurale » n'est en fait qu'une voie d'administration des médicaments (au même titre par exemple que la voie veineuse) : ses effets dépendent donc avant tout de la nature et de la concentration des produits injectés. Les anesthésiques locaux restent actuellement indispensables pour fournir une bonne analgésie péridurale au cours du travail et ces produits sont effectivement susceptibles d'entraîner un bloc moteur pouvant retentir sur la marche du travail. Les produits actuellement disponibles sont la lidocaïne, la bupivacaïne, la ropivacaïne et la lévobupivacaïne. La lidocaïne est responsable d'un bloc moteur important par rapport à son effet sensitif antalgique. De ce fait, elle ne doit plus être utilisée pendant le travail normal : elle ne demeure utile que pour obtenir un effet anesthésique rapide et dense (pour un forceps, une réversion utérine ou une césarienne). L'évolution des pratiques, centrée sur la réduction du bloc moteur, a ainsi conduit progressivement à l'emploi de solutions très diluées de bupivacaïne, ropivacaïne ou lévobupivacaïne (autour de 0,10 %), associé à un morphinique puissant (sufentanil essentiellement en France).

Influence de l'analgésie locorégionale (ALR) sur le taux de césarienne

L'analyse de la littérature montre clairement que l'analgésie péridurale moderne n'augmente pas le taux de césarienne. Il n'y a plus d'ambiguïté à ce sujet : en effet, toutes les études bien construites sont totalement concordantes sur ce point [2-4]. Les

études discordantes antérieures étaient liées à l'emploi de doses trop importantes (anesthésiques, au lieu d'être seulement analgésiques) et/ou étaient entachées de graves biais méthodologiques. Il faut en effet bien comprendre que dans la pratique quotidienne, la péridurale est employée plus souvent pour des situations obstétricales dystociques qu'eutociques. Il a également été bien établi qu'une douleur intense traduit une situation dystocique qui elle-même est à l'origine d'un risque majoré de césarienne [5,6]. La péridurale est ainsi intimement liée à des situations à risque majoré de césarienne sans pour autant en être la cause. C'est ainsi qu'elle ressort régulièrement dans les analyses multivariées comme facteur de risque « indépendant » de césarienne, à la place du facteur de risque « douleur » que la péridurale occulte (en la faisant disparaître efficacement) ; ce type d'analyse multivariée est donc intrinsèquement inapproprié dans ce contexte. Par ailleurs, le déclenchement ou la stimulation du travail peut dans certaines conditions obstétricales défavorables conduire à une augmentation importante ($\times 2$) du taux de césariennes. L'âge avancé (> 35 ans vs < 20 ans) est un autre exemple de facteur de risque important et indépendant de césariennes ($\times 6$). Ces situations défavorables conduisent elles aussi à un recours plus fréquent à la péridurale [7].

Influence de l'ALR sur le premier stade du travail (dilatation cervicale)

L'allongement du premier stade du travail (= dilatation cervicale) sous analgésie péridurale est en revanche parfois retrouvé, y compris dans des études randomisées. Néanmoins, cet allongement reste modeste lorsqu'il est observé (une demi-heure sur une durée de travail de 7 heures en moyenne dans la méta-analyse de Sharma et al. [3]). De plus, cet allongement n'est plus retrouvé dans d'autres études randomisées [4], notamment quand des concentrations d'anesthésiques locaux ont été davantage allégées. Ceci souligne une fois encore que la péridurale n'est qu'une « voie d'abord » pharmacologique dont les effets sont éminemment variables en fonction de la nature et de la concentration des produits administrés. Ainsi, deux études randomisées ont établi que la péridurale effectuée précocement (< 3 cm versus > 5 cm de dilatation cervicale) n'allongeait pas la durée du premier stade du travail en utilisant une concentration de bupivacaïne $\leq 0,25$ % (ici sans morphinique associé), que le travail soit stimulé par l'ocytocine [8] ou spontané [9]. Deux grandes études publiées en 2005 et 2006 ont même retrouvé une dilatation cervicale significativement plus courte de 40 à

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2744097>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2744097>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)