

PRATIQUE CLINIQUE

Analgésie en situation particulière : femme enceinte**Analgesia in particular situation: pregnant woman**

H. Keïta-Meyer *, V. Faitot,
et le Comité douleur et anesthésie Loco-Régionale de la SFAR

Service d'anesthésie, CHU Louis-Mourier, 178, rue des Renouillers, 92700 Colombes, France

Disponible sur internet le 12 septembre 2007

Mots clés : Analgésie ; Femme enceinte

Keywords: Analgesia; Pregnant woman

I. INTRODUCTION

La proportion de femmes enceintes bénéficiant d'une intervention chirurgicale pendant leur grossesse est estimée à 0,3–2,2 % [1]. Dans ce contexte, se pose bien évidemment la question de l'utilisation des antalgiques pour l'analgésie postopératoire. Leur utilisation est-elle associée à un risque abortif ? Ont-ils des effets tératogènes ? Sont-ils responsables d'anomalies du développement fœtal ? Ont-ils des effets indésirables périnataux fœtaux ou maternels ? Enfin, qu'en est-il de l'allaitement ? Malgré une littérature relativement pauvre et apportant peu de réponses précises, ce texte a pour but de faire le point sur ces questions et proposer des recommandations pour l'analgésie postopératoire chez la femme enceinte.

2. CHIRURGIES LES PLUS FRÉQUENTES CHEZ LA FEMME ENCEINTE

Parmi les chirurgies les plus fréquentes on retrouve :

- les urgences digestives : appendicite aiguë (principale urgence chirurgicale non obstétricale chez la femme enceinte = 1/1500 grossesses), pathologies lithiasiques biliaires (cholécystectomie = 1/1500 à 3000 grossesses), occlusions intestinales (volvulus, occlusion sur bride), hémorroïdectomies ;
- les urgences gynécologiques–obstétricales : torsion d'annexe sur kyste ovarien ou rupture hémorragique d'un

kyste ovarien = 1/2500 grossesses, cerclages, interventions pour bartholinite ;

- les urgences urologiques : migration d'une lithiase urinaire ou complication infectieuse avec drainage en urgence par voie percutanée ou cystoscopique ;
- les traumatismes ;
- la chirurgie cardiovasculaire plus rarement : cardiopathies valvulaires, dissection aortique, embolie pulmonaire grave ;
- la neurochirurgie également rarement : tumeurs, anévrismes ou malformations artérioveineuses.

La cœliochirurgie est tout à fait envisageable durant la grossesse et par une équipe entraînée pour certaines interventions (cholécystectomies, kystectomies ovariennes et appendicectomies) jusqu'à un âge gestationnel autour de 30 semaines d'aménorrhées (SA) [1].

3. PROBLÈMES SPÉCIFIQUES DE L'ANALGÉSIE POSTOPÉRAIRE CHEZ LA FEMME ENCEINTE

Comme la plupart des médicaments administrés pendant la grossesse, les antalgiques peuvent franchir la barrière placentaire et passer dans la circulation fœtale. On retiendra que le ratio concentration sérique fœtale/concentration sérique maternelle des médicaments dépend : de la taille, du degré de liposolubilité, de la proportion de fraction libre du médicament, du débit placentaire materno-fœtal et du stade de développement du fœtus [2,3].

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : hawa.keita@lmr.aphp.fr (H. Keïta-Meyer).

En fonction du terme de la grossesse, il sera important d'identifier, pour les différentes molécules, la sécurité en termes de risque :

- de fausses couches ;
- tératogènes, liés aux prises médicamenteuses lors du premier trimestre, entre quatre et dix SA ;
- fœtotoxiques, qui concernent principalement la deuxième partie de la grossesse, entre environ 10 et 36 SA, avec possible atteinte fonctionnelle des organes ;
- néonataux, qui se situent dans les semaines, voire les jours qui précèdent ou suivent l'accouchement ;
- et le risque pour l'allaitement.

Il faut noter que le risque malformatif de base de toute grossesse est de 2 à 3 % et que la littérature est relativement pauvre et apporte peu de réponses claires sur la sécurité des différentes molécules.

Les antalgiques seront classés en :

- antalgiques non morphiniques : paracétamol, anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et néfopam ;
- antalgiques morphiniques : codéine, dextropropoxyphène, tramadol et morphine.

Les effets des nouveaux AINS inhibiteurs sélectifs des COX 2 durant la grossesse n'ont pas été aussi bien examinés que ceux des AINS non sélectifs. En l'absence de données suffisantes, les mêmes précautions sont de mise pour les deux catégories d'AINS.

4. RECOMMANDATIONS POUR L'ANALGÉSIE POSTOPÉRAIRE CHEZ LA FEMME ENCEINTE OU ALLAITANTE

4.1. Analgésie locorégionale

Privilégier l'analgésie locorégionale chaque fois que possible.

4.2. Antalgiques non morphiniques [4]

4.2.1. Paracétamol

- Antalgique de choix tout au long de la grossesse en raison de la sécurité qu'il offre : pas d'augmentation du risque de fausses couches, pas d'effets tératogènes et aucun cas de fœtotoxicité rapporté après utilisation aux doses thérapeutiques [5,6].

Recommandation : à utiliser en première ligne.

4.2.2. AINS

- Augmentation significative du risque abortif lors d'une prise régulière (plus d'une semaine) ou au voisinage de la conception [7,8] ;
- risque tératogène non confirmé chez l'homme [9] ;
- risque fœtotoxique et néonatal, à partir du début du sixième mois de grossesse (24 SA) se traduisant par la fermeture prématurée ou la sténose du canal artériel avec hypertension artérielle pulmonaire (HTAP), ou par une insuffisance rénale fœtale avec oligurie.

Recommandation : à éviter si possible, même ponctuellement jusqu'au début du sixième mois. Au-delà du sixième mois de grossesse, contre-indication formelle [5].

4.2.3. Néfopam

- Il n'y a pas de donnée publiée chez la femme enceinte, mais aucun élément inquiétant n'a été signalé à ce jour.

Recommandation : préférer l'utilisation d'antalgiques mieux connus chez la femme enceinte comme le paracétamol ou les paliers 2 comme le dextropropoxyphène ou la codéine (cf. infra) [5].

4.3. Antalgiques morphiniques

4.3.1. Codéine

- Pas d'augmentation du risque de fausses couches ;
- résultats contradictoires sur le risque de malformations courantes comme les fentes labiopalatines ou les malformations cardiaques ;
- fréquence des malformations fœtales chez les femmes ayant pris de la codéine en début de grossesse comparable à celle observée dans la population générale [6] ;
- pas de toxicité fœtale reconnue ;
- risque néonatal décrit en cas de prise de codéine en fin de grossesse, souvent pour des doses suprathérapeutiques dans le cadre d'une toxicomanie. Doses ingérées variant de 50 mg à 520 mg/j (soit plus de quatre fois la dose thérapeutique recommandée) pour une durée minimale de prise de dix jours. On observe chez le nouveau-né un syndrome de sevrage associant : diarrhée, irritabilité, mauvaise succion, tremblements et agitations. Ces signes surviennent dans les trois jours qui suivent la naissance [6].

Recommandation : utilisation possible de la codéine à posologie usuelle quel que soit le terme de la grossesse.

4.3.2. Dextropropoxyphène

- Pas d'augmentation du risque de fausses couches ;
- taux de malformations comparables à celle observée dans la population générale lors de prise par les femmes en début de grossesse ;
- pas de toxicité fœtale reconnue aux doses usuelles ;
- risque néonatal décrit en cas de prise de dextropropoxyphène en fin de grossesse pour des prises prolongées (six semaines au moins) et des doses de 130 mg à 600 mg/j (soit jusqu'à deux fois la dose thérapeutique recommandée). On observe chez le nouveau-né l'équivalent d'un syndrome de sevrage associant : diarrhée, irritabilité, hyperactivité, tremblements et cris stridents. Ces signes surviennent dans les 24 heures suivant la naissance et disparaissent spontanément en deux à dix jours [6].

Recommandation : utilisation possible du dextropropoxyphène à posologie usuelle quel que soit le terme de la grossesse.

4.3.3. Tramadol

- Pas de donnée publiée chez des femmes exposées au premier trimestre de grossesse, mais aucun élément in-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2747598>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2747598>

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