



Mise au point

## Alternatives à l'analgésie péridurale au cours du travail

### Alternative techniques to labour epidural analgesia

M. Bruyère, F.J. Mercier \*

*Département d'anesthésie-réanimation, hôpital Antoine-Béclère, 92141 Clamart cedex, France*

Reçu le 15 juillet 2004 ; accepté le 13 juin 2005

Disponible sur internet le 22 août 2005

#### Résumé

De nombreuses techniques dites « alternatives » à l'analgésie péridurale pour le travail ont été décrites : elles sont toutes peu efficaces et certaines présentent des effets secondaires maternels et néonataux notables. Néanmoins, ces méthodes peuvent procurer une bonne satisfaction maternelle. Elles sont donc indiquées lorsque l'analgésie péridurale est indisponible ou contre-indiquée. L'utilisation des morphiniques par voie systémique nécessite une surveillance respiratoire maternelle, une oxygénothérapie et/ou une oxymétrie de pouls. Les morphiniques peuvent aussi réduire la variabilité du rythme cardiaque fœtal et entraîner une dépression respiratoire néonatale ; l'emploi de naloxone est donc largement indiqué chez le nouveau-né. La péthidine (Dolosal<sup>®</sup>), responsable d'une dépression respiratoire néonatale prolongée, doit être abandonnée. La nalbuphine (Nubain<sup>®</sup>) entraîne moins de nausées-vomissements maternels et moins de dépression respiratoire néonatale retardée. La PCA intraveineuse utilisant le fentanyl ou le sufentanil apparaît actuellement comme la meilleure technique. L'alfentanil semble moins efficace et pourrait induire plus d'effets néonataux. Le rémifentanil en PCA intraveineuse est la technique la plus efficace, mais son maniement est délicat dans le cadre de la surveillance discontinue habituellement mise en œuvre en maternité. Le protoxyde d'azote à 50 % a une efficacité analgésique très modeste, mais également très peu d'effets secondaires. Son association à un morphinique systémique n'est toutefois pas recommandée en routine car elle expose à un risque élevé de désaturation maternelle. L'emploi d'une concentration subanesthésique de sévoflurane a été décrit ; il est plus efficace que le protoxyde d'azote mais les conditions de sécurité pour son administration en maternité restent à préciser.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

#### Abstract

Many systemic techniques, so-called « alternatives » to labor epidural analgesia, have been described: they are all poorly effective and some are associated with significant maternal and neonatal side effects. Nonetheless, these techniques can provide good maternal satisfaction. Accordingly, they are indicated when epidural analgesia is contraindicated or unavailable. Administration of systemic opioids mandates maternal respiratory supervision, oxygen supplementation and/or pulse oxymetry. Systemic opioids may also decrease fetal heart rate variability and produce neonatal respiratory depression; naloxone administration to the neonate is therefore widely indicated. Pethidine should be abandoned because it can produce prolonged neonatal respiratory depression. Nalbuphine produces less nausea/vomiting and less long lasting neonatal respiratory depression. Intravenous PCA fentanyl or sufentanil is presently the method of choice during early labor. Alfentanil seems less effective and may produce more neonatal side effects. Intravenous PCA remifentanil is the most effective technique, but safe administration may be problematic during intermittent supervision usually implemented in labour ward. Nitrous oxide 50% provides little pain relief. Nonetheless, it is associated with few side effects, quite good maternal satisfaction and can be quickly implemented during advanced painful labor. It is not recommended to add it to systemic opioid (except under continuous supervision by the anaesthetic team), because of an increased incidence of maternal desaturation. The use of a subanaesthetic concentration of sevoflurane has been described recently; it is more effective than nitrous oxide. However, guidelines for safe implementation in labor ward remain to be determined.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [frederic.mercier@abc.aphp.fr](mailto:frederic.mercier@abc.aphp.fr) (F.J. Mercier).

**Mots clés :** Analgésie péridurale ; Bloc paracervical ; Travail obstétrical ; Morphiniques : péthidine, nalbuphine, fentanyl, sufentanil, rémifentanil ; Protoxyde d'azote ; Sévoflurane

**Keywords:** Epidural analgesia; Labor analgesia; Morphinic analgesics: pethidine, nalbuphine, fentanyl, sufentanil, remifentanil; Nitrous oxide; Paracervical block; Sevoflurane

## 1. Introduction

Il est établi depuis longtemps que l'intensité des douleurs liées à l'accouchement est importante. Dans l'évaluation faite par Melzac en 1975, seules les causalgies et les douleurs après amputation étaient en moyenne supérieures à celles du travail obstétrical [1]. Ainsi, bien que la douleur liée au travail et à l'accouchement soit indéniablement très variable d'une parturiente à l'autre, elle s'avère intense pour deux tiers d'entre elles et intolérable dans 20 % des cas [2,3]. De plus, cette douleur du travail est particulièrement rebelle aux techniques d'analgésie conventionnelles par morphiniques intraveineux [4]. Le développement de l'analgésie péridurale (APD) dans les maternités françaises a permis d'assurer efficacement la prise en charge de cette douleur. L'enquête « Trois jours d'anesthésie en France » effectuée en 1996 a estimé à 51 % la fréquence des accouchements sous analgésie péridurale [5]. Ce chiffre traduit une progression très importante de l'APD obstétricale au cours de ces dernières années par rapport aux 20 % d'APD effectuées en 1991 [6]. Néanmoins, près d'une femme sur deux accouche encore sans analgésie ou avec une méthode dite « alternative » à l'APD. Lors d'une enquête nationale publiée en 2001, les auteurs notaient que le refus de l'APD était la première cause de recours à une autre technique analgésique (39 %) suivie par la présence de contre-indications médicales (33 %) et d'un travail trop avancé (15 %) [7]. Une étude récente sur les coûts de l'analgésie au cours du travail obstétrical a montré que l'APD revenait dix fois plus chère que l'analgésie intraveineuse (\$259 vs \$3), en tenant compte des coûts indirects [8].

En excluant la rachianalgésie-péridurale combinée (qui est plutôt une variante de l'APD qu'une « alternative »), les méthodes alternatives d'analgésie au cours du travail sont dominées par l'administration parentérale de morphinomététiques et par l'inhalation de gaz anesthésiques.

## 2. Analgésie parentérale par les morphiniques (Tableau 1)

Tous les morphiniques administrés par voie parentérale traversent la barrière placentaire et sont susceptibles de modifier la variabilité du rythme cardiaque fœtal (RCF).

### 2.1. La morphine

Même par voie veineuse, le délai d'action de la morphine peut être relativement long (jusqu'à 20 minutes). L'administration intraveineuse de morphine (0,05 mg/kg toutes les trois

contractions jusqu'à une dose totale de 0,15 mg/kg) a été comparée à celle de la péthidine (0,5 mg/kg toutes les trois contractions jusqu'à une dose totale de 1,5 mg/kg) au cours du travail. Les scores de douleur sont restés élevés (entre 75 et 83 sur l'échelle visuelle analogique (EVA)) quel que soit le produit utilisé [9]. Ces deux produits n'ont pas permis de soulager efficacement les parturientes mais ont cependant diminué la fréquence des douleurs lombaires. Par ailleurs, un effet sédatif important a été noté et relié à l'augmentation des doses au cours du temps. Une autre étude pratiquée dans le même centre a montré l'absence d'efficacité de doses plus importantes de morphine au cours de la première phase du travail (0,05 jusqu'à 0,2 mg/kg), avec un score EVA moyen passant de 85 à 70 seulement [10]. La sédation a été l'effet secondaire le plus important. Aucun effet secondaire n'a été relevé chez les nouveau-nés dans ces deux études [9,10] bien que certains auteurs aient suggéré un risque de dépression respiratoire néonatale supérieur après administration de morphine comparé à la péthidine (du fait d'une perméabilité cérébrale probablement accrue chez le fœtus). Ces différents éléments défavorables font exclure la morphine de l'arsenal thérapeutique pour l'analgésie du travail [11].

### 2.2. La péthidine (Dolosal®)

Introduite en France dans les années 1950, la péthidine est restée longtemps le plus populaire des analgésiques morphiniques au cours du travail. Dix fois moins puissant que la morphine, il peut être utilisé en intramusculaire (IM) ou par voie intraveineuse. Son métabolisme produit la norpéthidine, dérivé actif ayant des propriétés analgésiques. La norpéthidine peut surtout induire une dépression respiratoire néonatale ; sa demi-vie est de 60 heures chez le nouveau-né. Administrée en intramusculaire (50–100 mg), la péthidine a une durée d'action de trois heures. La voie intraveineuse induit un effet rapide (trois à cinq minutes) mais de moins longue durée (30 minutes). L'administration peut être faite par PCA intraveineuse (10 à 20 mg, période réfractaire 15 minutes). La péthidine entraîne un risque de dépression respiratoire néonatale classiquement maximal lorsque l'intervalle entre son administration et la naissance est de deux à trois heures et des anomalies des premiers réflexes néonataux lorsque l'intervalle est inférieur à cinq heures [12,13]. Des anomalies du comportement neurologique ont été relevées chez des enfants dont la mère avait bénéficié d'une analgésie parentérale par de la péthidine en injections itératives [14]. Dans l'enquête multicentrique française, la péthidine est apparue comme la technique alternative la moins efficace (Fig. 1) [7]. Le Dolosal® n'est plus commercialisé en France depuis 2002. Bien

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9091568>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9091568>

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