

Interaction entre l'analgésie péridurale et l'accouchement le point en 2006

Dr Estelle Morau Service DAR D - CHU A de Villeneuve - Montpellier

La « péridurale obstétricale » a montré ses bénéfices en terme de confort maternel et de sécurité anesthésique (évitant le recours à une anesthésie en urgence).

Elle a beaucoup évolué, passant de l'anesthésie péridurale utilisant des anesthésiques locaux à concentration élevée, à l'analgésie péridurale utilisant des anesthésiques locaux dilués en association à des adjuvants comme les morphiniques permettant ainsi de conserver motricité et proprioception. L'altération de la motricité et de la proprioception étant impliquée dans la genèse de dystocie au moment de l'accouchement (1).

L'anesthésie péridurale a fait l'objet de nombreuses études qui se sont intéressées à son retentissement sur la physiologie du travail. Ces études souvent rétrospectives, ont analysé l'impact direct de l'anesthésie péridurale sur le taux de césarienne, la durée des deux premières phases du travail, le taux d'extraction instrumentale ou l'adaptation à la vie extra-utérine (score d'Apgar).

Les conclusions sont discordantes et discutables, l'anesthésie péridurale n'étant qu'un élément de la prise en charge du travail. D'autres paramètres influent sur le déroulement du travail comme la prise en charge active du travail (rupture artificielle de la poche des eaux, soutien des contractions par ocytociques), développée par les obstétriciens ces vingt dernières années et compensant une éventuelle diminution de la cinétique des contractions liée à l'analgésie péridurale.

Récemment une méta-analyse sélectionnant les études scientifiques méthodologiquement recevables (études prospectives, randomisées avec critères de dystocie clairement définis), réalisée par une équipe conjointe d'anesthésistes et de obstétriciens, a fait le point sur l'impact réel de l'analgésie péridurale sur le travail obstétrical, ainsi que sur le devenir de la mère et de l'enfant (2).

Lorsque l'on compare le devenir des patientes analgésiées par voie péridurale aux patientes analgésiées par voie systémique (morphiniques par voie intraveineuse), il n'apparaît pas de différence en terme :

- de taux de césarienne.
- de taux d'extraction instrumentale pour dystocie (le taux global d'extraction instrumentale étant supérieur chez les patientes bénéficiant d'une analgésie péridurale).
- d'allongement de la durée de la première phase du travail mais une utilisation plus fréquente des ocytociques.
- de nausées, de séquelles comme les lombalgies chroniques, les incontinences ou les problèmes d'allaitement (à court terme)
- d'incidence sur l'état de l'enfant à la naissance.

En revanche, on note :

- un allongement de la durée de la 2^{ème} phase du travail (en moyenne de 15 minutes).

- une plus grande fréquence d'hypotension, d'hyperthermie **lorsqu'une analgésie péridurale est en place.**

Au regard des bénéfices qu'elle procure, l'analgésie péridurale correctement conduite, n'entraînerait donc qu'une augmentation modeste de la deuxième phase du travail. Cette augmentation pourrait expliquer le plus grand nombre d'extractions instrumentales non justifiées par une dystocie, mais par une "impatience" de l'équipe obstétricale.

La prise en charge obstétricale est toujours en évolution. Comme il y a eu une prise en charge active de la première phase du travail, il convient d'adapter la prise en charge de la seconde phase du travail à ces données. La tendance actuelle est d'autoriser une deuxième phase de travail plus longue que la règle établie "des 2 heures" pour favoriser la descente du mobile fœtal (3). Il est également d'actualité d'optimiser cette descente grâce à des postures maternelles pendant le travail. Ces postures sont réalisables sous analgésie péridurale sans que les positions variées ne compromettent la bonne extension et la qualité de l'analgésie (4).

Les bonnes pratiques anesthésiques pour limiter le retentissement de l'analgésie péridurale sur le travail obstétrical sont :

- l'utilisation d'anesthésiques locaux à faible concentration: **Dilution de 0.1mg/ml à 0.125mg/ml pour la ropivacaïne et la bupivacaïne de 0.06 mg/ml à 0.125 mg/ml pour la levobupivacaïne.**
- l'utilisation d'adjuvants aux anesthésiques locaux : **morphinique liposoluble (sufentanyl 0.25 à 0.5 µg/ml)**
- l'évaluation et ajustements réguliers des concentrations à chaque patiente.

Les bonnes pratiques obstétricales pour limiter le retentissement de l'analgésie péridurale sur le travail obstétrical sont :

- Suivi actif du travail (**rupture artificielle des membranes, ocytociques si nécessaire**)
- Prolongation autorisée de la deuxième phase du travail.
- Utilisation des postures **favorisant la progression du mobile fœtal.**

En somme, les progrès de la « péridurale obstétricale » permettent aujourd'hui un déroulement satisfaisant de l'accouchement. Néanmoins, l'allongement de la deuxième phase qui conduit à une augmentation des extractions instrumentales, mérite une réflexion de la part des professionnels.

Références

- 1- Abrahams M, Higgins P, Whyte P, Breen P, Muttu S, Gardiner J. Intact proprioception and control of labour pain during epidural analgesia. *Acta Anaesthesiol Scand* 1999; 43: 46-50.
- 2-Leighton B.L., Halpern S.H. The effect of epidural analgesia on labor, maternal, and neonatal outcomes: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: S69-77
- 3-Menez-orieux C., Linet T., Philippe H.J., Boog G. Delayed versus immediate pushing in the second stage of labor for nulliparous parturients with epidural analgesia: a meta-analysis of randomized trials. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2005; 34: 440-447
- 4-Ducloy-bouthors A.S., De Gasquet B., Davette M., Cuisse M. Maternal postures and epidural analgesia during labour. *Ann Fr Anesth Reanim* 2006 (25); 605-60