

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 109 (2011)
Heft: 4

Artikel: Analgésie obstétricale : moyens autres que la péridurale
Autor: Vermot, Dominique
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949922>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 29.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Analgésie obstétricale

Moyens autres que la péridurale

Nous avons demandé à un spécialiste de l'analgésie de dresser un panorama des moyens qui, de son point de vue, sont actuellement à disposition pour diminuer autant l'angoisse que la douleur.

Dr. Dominique Vermot, anesthésiste, Hôpital Riviera Montreux.

L'accouchement est un moment fort dans la vie d'une femme. Cet événement, bien que heureux dans une grande majorité de cas, n'en est pas moins vu avec une certaine appréhension. Par le passé, les complications n'étaient pas rares: hémorragies massives, infections avec des conséquences parfois désastreuses. Le tout dans un climat de douleurs intenses.

Si l'appréhension et les complications ne sont pas toujours présentes, la douleur, elle, est – par contre – toujours là. Elle est tenace, intense, évaluée à 8–9/10 sur l'échelle EVA (évaluation verbale de la douleur) et elle entraîne une démotivation et un épuisement. Il est donc impératif de la traiter afin d'en diminuer l'intensité.

Dans le contexte de l'accouchement, les drogues antalgiques absorbées par la mère, par voie systémique notamment, passent la barrière fœto-placentaire et sont retrouvées chez les fœtus, avec pour conséquence une baisse de tonus et une altération de la fonction respiratoire. Notre marge de manœuvre s'en trouve donc réduite.

Les substances données localement ont l'avantage de présenter des concentrations sériques réduites avec moins d'effets systémiques.

1. Moyens médicamenteux

1.1. Péridurale

Avant d'aborder le cœur de l'exposé, à savoir les autres moyens que la péridurale, permettez-moi une petite parenthèse sur celle-ci. La pose de péridurale répond à des critères précis de coagulation et doit être posée dans des conditions de stérilité optimum. Elle peut être l'objet d'une réticence ou d'un refus de la part de certaines parturientes. Cette méthode diminue la mortalité de la mère ainsi que celle du fœtus^[1,2,3]. Elle favorise la dilatation du col^[4] et, de ce fait, raccourcit le temps du travail^[5]. Pendant le travail, l'analgésie par péridurale reste la technique anesthésique de référence^[6].

1.2. Opiacés (6,7)

Famille des phénylpipéridines (Péthidine, Fentanyl, Alfentanil, Sufentanil, Rémifentanyl).

• Péthidine

Premier opioïde synthétique, c'est un opiacé moins puissant que la morphine (75mg = 10mg de morphine). Le transfert placentaire est important. Sa concentration plasmatique est proportionnelle à l'intervalle entre la prise de médicament et la naissance. Il peut donc avoir des conséquences respiratoires.

– Baisse de la saturation artérielle O₂, 100⇒ 92%, hausse de la pression artérielle CO₂ pendant 30–60 minutes

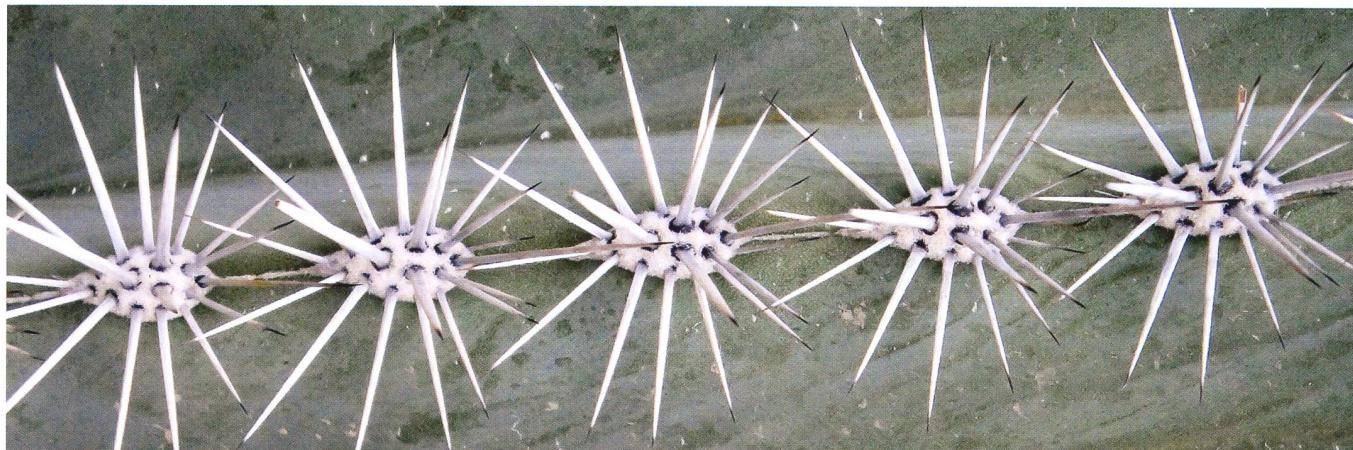
- Apnées du sommeil paradoxal
 - Demi-vie de 4–8 h (15h)
 - Métabolisé par le foie
 - Efficacité faible
 - Dose 100–150 mg im
 - Nausées, vomissements
 - En association avec IMAO: agitation, delirium, céphalées, hypertension artérielle, hypotension artérielle, hyperpyrexie, convulsions, coma
 - Effets secondaires chez le nouveau-né: baisse de tonus, dépression respiratoire
- Actuellement, ce médicament ne semble plus avoir sa place durant la période de travail obstétrical.

• Nalbuphine

- Agoniste K, antagoniste μ plus efficace que la Péthidine
- Métabolisé par le foie
 - Dose: 20 mg iv
 - Administration par PCA iv: concentration 2 mg/ml, Bolus 1,5 ml, intervalle 10 minutes
 - Nausées, vomissements (moindres qu'avec la Péthidine)
 - Hypotension artérielle, tachycardie
 - Confusion, sédation
 - Effets secondaires chez le nouveau-né: risque de stockage si souffrance fœtale avec acidose

• Fentanyl

- Beaucoup plus puissant que la morphine
- Métabolisé par le foie
 - Dose: 50–100 μ /h



Les moyens non médicamenteux font participer les parturientes qui gardent un rôle actif.

En résumé

- En fin de grossesse, face à la venue de l'accouchement, la femme est actuellement moins dépourvue qu'auparavant. Elle peut avoir recours à une infrastructure (centre d'obstétrique, maternité) et à un personnel formé pour affronter la naissance. Les différentes méthodes à disposition permettent de diminuer l'angoisse ainsi que la douleur.
 - La péridurale est une technique très efficace, mais non dépourvue de dangers. Les sages-femmes doivent être à l'aise avec sa gestion.
 - D'autres moyens – médicamenteux et non médicamenteux – sont à disposition. Une étude réalisée en 2010 en Suisse alémanique (Salem-Spital, Berne)^[8] démontre que l'utilisation du Rémifentanyl en PCA paraît être une alternative efficace et sûre, bien acceptée par les parturientes et les différents intervenants (résultats en allemand uniquement, sur www.sos-cisurvey.de/ultima). Du fait de ses avantages, elle devrait remplacer l'utilisation des autres opiacés.
 - Les moyens non médicamenteux sont également à prendre en considération et ont une place importante. Ils sont sûrs, non invasifs et ne demandent pas d'infrastructures coûteuses. De plus, ils font participer les parturientes qui gardent un rôle actif dans cette période.
- Délai d'action: 3 minutes
 - Durée: 20–30 minutes
 - Bonne efficacité analgésique
 - Effets secondaires chez le nouveau-né: baisse de la saturation artérielle O₂ à 80–90% dans 60% du temps, baisse de la saturation artérielle O₂ à 70–80% dans 10% du temps
- **Rémifentanyl**
Agoniste μ puissant, lipophile
- Délai d'action très rapide: 83 secondes
 - Demi-vie: 4 minutes
 - Pas d'accumulation: il est métabolisé par les estérases plasmatiques et tissulaires
 - Pendant le travail, PCA: Bolus seul 0,25–0,5 μ g/kg, durant tout le travail, baisse significative de l'EVA
 - Baisse de la saturation artérielle O₂, sédation jusqu'à l'arrêt respiratoire
 - Plus efficace que la Péthidine et le MEOPA
 - Effets secondaires chez le nouveau-né: Apgar >9 à 5 minutes

Conclusion

L'analgésie parentérale obstétricale a une efficacité moindre que la péridurale. Elle est cependant meilleure si elle est auto-contrôlée par la parturiente.

Les contraintes sont: une préparation et une dilution (source d'erreur), la coopération de la patiente, la disponibilité de l'anesthésiste, une surveillance attentive (fréquence respiratoire entre autres), une situation adaptée avec un personnel formé.

2. Moyens non médicamenteux

2.1 MEOPA¹

Le mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) est très utilisé dans certains pays, comme la Grande-Bretagne.

- Mélange: O₂ 50% / N₂O 50%
- Inhalation durant toute la durée de la contraction
- Inhalation pendant 20 minutes maximum
- Passe la barrière fœto-placentaire
- Pic cérébral 45 secondes après le début de l'administration
- Avantages: facile à utiliser, inoffensif si utilisé ponctuellement, rôle actif de la parturiente
- Inconvénients: efficacité relative, nécessite une bonne ventilation de la pièce, s'accumule dans les points bas, nécessite un système de distribution de N₂O avec débitmètre, hypoxémie de diffusion lors de l'arrêt du gaz
- Contre-indications: la patiente nécessite 100% d'O₂, épanchements aériques non drainés (pulmonaires, intracrâniens, emphysème), persistance d'une bulle de gaz à l'intérieur de l'œil (hausse de la pression intraoculaire)

2.2 TENS

Le Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) ou neurostimulation électrique transcutanée est une des techniques non médicamenteuses pour combattre la douleur qui est aussi utilisée pour lutter contre les nausées au cours de la grossesse. On utilise un courant électrique de faible dosage (10–30 milliampères) et de fréquence 40–150 Hz. Les électrodes sont placées sur la peau dans la région douloureuse. La personne ajuste le neurostimulateur de façon à trouver la meilleure intensité, la fréquence et la durée des pulsations qui lui procurent le meilleur soulagement. Le réglage varie fortement d'une personne à l'autre. L'effet disparaît dès que la stimulation s'interrompt chez certaines personnes, alors qu'il persiste chez d'autres.

Deux hypothèses existent à ce sujet:

- Ou bien le système est basé sur la théorie du portillon: l'influx douloureux transmis au cerveau serait bloqué entre le nerf et la moelle épinière
- Ou bien le passage du courant électrique stimulerait la libération d'endorphines, enképhalines et dynorphines (analgésiques endogènes) qui induirait une diminution de la douleur

Dans le cadre de l'accouchement, les électrodes stimulent deux points spécifiques d'acupuncture. Le TENS est utilisé pendant le 1^{er} stade du travail.

Attention: La technique peut déclencher les contractures prématurément. Elle est contre-indiquée lors du 3^{ème} trimestre de la grossesse. Les électrodes ne doivent pas être placées au niveau de la tête, du cou et du cœur, de même que chez les personnes porteuses d'un PM.

2.3 Hypnose²

Son but est de faire passer la parturiente d'un état d'inconfort vers un état de transe agréable. De ce fait, elle améliore le confort de la parturiente et du personnel. Elle procure un sentiment de sécurité, de bien-être, dans le temps comme dans l'espace.

2.4 Sophrologie

Cette méthode non médicamenteuse est basée sur l'entraînement à la relaxation, la respiration en fonction des contractions et de la récupération après l'effort. Son but est d'apporter à la mère un bien-être, une détente, une confiance en soi. Les séances sont individuelles ou en groupe avec, dans ce cas, l'échange et le partage d'expériences. Le conjoint est invité à participer. La préparation commence au 3^{ème} trimestre de la grossesse. ◀

[1] Chassard D.; Fillette D.; Mercier F.: Mortalité maternelle est anesthésie. Accouchement FORUM, <http://forum.doctissimo.fr>

[2] Rapport du comité national d'experts sur la normalité (CNEMM) 2001–2006, Institut de veille sanitaire, janvier 2007, www.invs.sante.fr

[3] Pr. F.J. Mercier (Dépt d'anesthésie-réanimation, Hôpital Antoine Béchère, Clamart, France): Actualité de l'analgésie péridurale pendant le travail.

[4] Dr. Dailland (Hôpital Necker): Analgésie péridurale: Le renforcement de l'analgésie permet d'obtenir un assouplissement du col et la levée du spasme.

[5] Wong C., Scavone BM. The risk of cesarian delivery with neuraxial analgesia given early versus late in labor. N. Engl. J. Med. 2005 352. 655–65.

[6] R. Lantau (service d'anesthésie-réanimation, HUG) Les Essentiels 2006, p. 265–278.

[7] Yung F.; de St Blanquet L.; Hamza J. (Hôpital St Vincent-de-Paul, Paris).

[8] Immer-Bansi A.; Melber A.; Reinhardt D. Salem-Spital, Hirslanden, Bern.

¹ Voir article dans le même numéro, p. 38.

² Voir article dans le même numéro, p. 32–34.

Pratiques analgésiques actuelles

Entretien avec le **Dr. Georges Savoldelli**, médecin-adjoint, Unité d'anesthésiologie, HUG.

Pour les accouchements par voie basse, le taux d'utilisation de péridurale se situe actuellement entre 70 et 80%. Globalement, pour les nullipares si l'évaluation verbale de l'intensité de la douleur avant toute analgésie se situe autour de 7 à 8 points (sur une échelle de 0–10), la péridurale permet de d'atteindre un score de 0 à 3, tandis que les autres moyens analgésiques abaissent ce score de manière plus modeste (5.5 à 6).

Le gaz hilarant (protoxyde d'azote) peut constituer une des alternatives à la péridurale: 50% des parturientes qui l'ont utilisé se sentent soulagées, mais 30–40% ne constatent que peu ou pas d'effets. Beaucoup sont détendues mais, pour certaines, les nausées, les vertiges ou l'étourdissement liés à son utilisation sont difficilement supportables.

L'utilisation du gaz hilarant dépend à la fois de l'héritage culturel (plus répandu dans certains pays comme le Royaume-Uni, la Finlande et les autres pays nordiques, l'Australie et la Nouvelle-Zélande, le Canada) mais aussi de la formation des sages-femmes et de la disponibilité des anesthésistes en salle d'accouchement.

A Genève, il est utilisé depuis peu et seulement sous des conditions bien précises:

- Une sage-femme formée doit être disponible. Elle doit avoir suivi un protocole de formation complet: théorique, pratique en simulation, pratique sur le terrain, mise à jour de ses connaissances en réanimation cardio-pulmonaire
- Le gaz hilarant ne s'utilise que sur prescription médicale
- Il ne peut pas être utilisé pendant une longue période (pas plus d'une à deux heures)
- Cette méthode n'est pas proposée d'emblée mais plutôt réservée aux mamans qui l'ont déjà utilisée, qui ne présentent pas de contre-indications et qui sont de bonnes candidates (travail assez rapide et physiologique).

Son efficacité est modeste. Le débat sur son innocuité fœtale est encore très controversé. Pour l'instant, on en compte à Genève quelques dizaines seulement par année (sur 4000 naissances).

Le Rémifentanyl administré par une pompe intraveineuse contrôlée par la patiente peut être proposé quand la péridurale est contre-indiquée ou impossible à réaliser (par exemple, lors de prise récente d'un anticoagulant ou d'antécédent de chirurgie du rachis). C'est alors un moyen puissant et efficace (bien qu'inférieur à la péridurale), mais il nécessite une surveillance particulière, intense et continue, de la part de la

sage-femme. Pour l'instant, on en compte à Genève 3 ou 4 utilisations seulement par année (sur 4000 naissances).

L'hypnose (ou l'autohypnose) ne peut être utilisée que s'il y a eu une préparation particulière avec une sage-femme en prénatal ou si la parturiente l'a déjà expérimentée elle-même lors d'un précédent accouchement.

En raison de son efficacité réduite et de la durée de ses effets sur l'enfant (demi-vie de 18 à 23 heures; demi-vie d'un métabolite actif de 60 heures), la **Péthidine** a été remplacée, depuis 2008, par la **Nalbu-phine** qui elle a une efficacité similaire et un profil pharmacologique fœtale meilleur (demi-vie de 4,1 heures seulement; sans métabolite actif). Cette dernière a une indication très précise: elle s'utilise en cas de pré-travail douloureux.

Par ailleurs, l'analgésie du bloc paracervical est tombée en désuétude, à cause de son efficacité modeste et des complications fœtales parfois graves qu'elle entraînait. En revanche, l'analgésie du bloc du nerf honteux peut s'avérer utile, en 2^{ème} phase en l'absence de péridurale, ou lors d'analgésie par protoxyde d'azote ou avec pompe de Rémifentanyl, pour un forceps ou la suture d'une épisiotomie.

Propos recueillis par Josianne Bodart Senn

David Lebreton

Expériences de la douleur

Entre destruction et renaissance

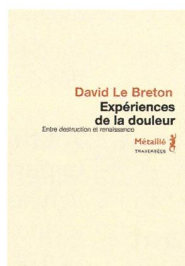
Métaillé, 2010, 262 p.

ISBN = 2-86424-728-9

L'auteur avait déjà publié une «Anthropologie de la douleur» (en 1995, réédité en 2004) qui mettait en évidence sa dimension sociale et culturelle. Cette fois, il se concentre sur la manière dont la douleur est vécue et ressentie, sur les comportements et les métamorphoses qu'elle induit. Il se donne pour objectif de dégager les liens entre douleur et souffrance et de comprendre pourquoi certaines douleurs sont dénuées de souffrance et peuvent même être associées à une réalisation de soi ou à un plaisir. A ses yeux, certaines expériences douloureuses détruisent la personne tandis que d'autres, à l'inverse, la construisent. Pour David Lebreton, «la douleur est toujours contenue dans une souffrance, elle est d'emblée un pâtir, une

agression plus ou moins vive à supporter. La souffrance est la résonance intime d'une douleur, sa mesure subjective». Elle est donc que nous en faisons. Elle dépend de cette activité de sens que nous lui appliquons et elle peut revêtir de bien nombreuses significations.

Dans le sixième chapitre, après avoir étudié les circonstances aussi diverses que la maladie ou l'accident, la torture, le sport extrême ou le body art, l'auteur se penche en une quinzaine de pages sur l'expérience de l'accouchement. Il en montre toute l'ambiguïté, entre autres, du fait des représentations que les sociétés véhiculent à son sujet. David Lebreton discute aussi de la position dite «gynécologique» et de ses effets désastreux sur l'expérience des parturientes. Il aborde également la



question de la péridurale et des autres moyens de contrôler la douleur – des moyens qui, eux, n'excluent pas le ressenti extraordinaire de cet événement ni les moments de réel plaisir. Plusieurs témoignages de mères illustrent son propos. Il insiste surtout sur la qualité de la relation entre la parturiente et la sage-femme

et montre comment la situation peut se dégrader en un instant – comme par un «grain de sable» – quand la sage-femme est perçue comme détestable ou non disponible.

Cette analyse n'est certes pas écrite pour les sages-femmes et elles n'y apprendront probablement rien dans le domaine de l'obstétrique, mais il est réjouissant de voir ce thème intégré à une perspective plus large et ouvert au grand public.

Josianne Bodart Senn