

COMMENT JE M'ASSURE D'UNE EXCELLENTE ANALGÉSIE TOUT AU LONG DU TRAVAIL ?

Dan Benhamou

Département d'anesthésie-réanimation, CHU de Bicêtre, 78 rue d Général Leclerc, 94275 Le Kremlin Bicêtre Cedex. E-mail : dan.benhamou@bct.aphp.fr

INTRODUCTION

Avec un taux d'analgésie péridurale pendant le travail obstétrical autour de 70 % (données 2010) [1], la France est peut-être le pays avec le taux le plus élevé du monde (aux USA, les données les plus récentes suggèrent un taux assez proche [2]). De plus si l'on se rappelle que le taux d'utilisation de la péridurale était de 3 % en 1980 et de 37 % en 1991 en France [3], on constate que l'augmentation a été intense et rapide et que là encore seuls les Etats-Unis ont connu une croissance aussi rapide que dans notre pays dans ce domaine (Figure 1).

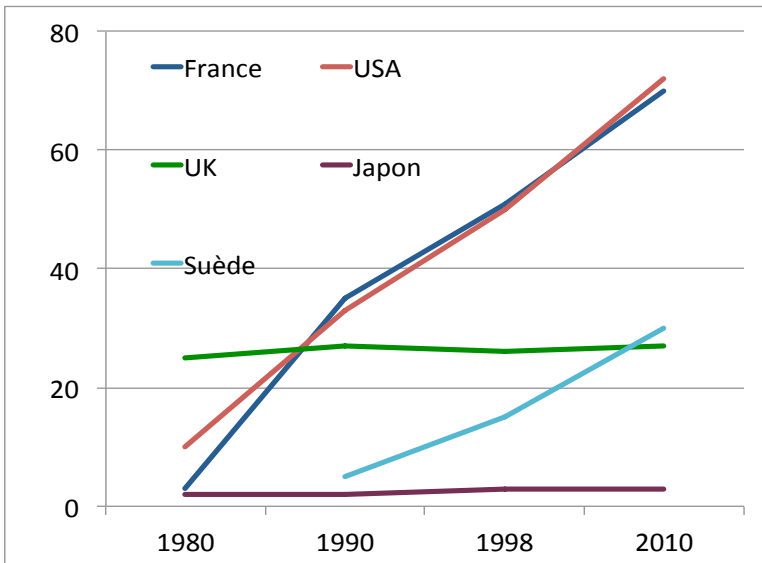


Figure 1 : Taux de péridurale/accouchement (%)

1. CONDITIONS DE RÉALISATION DE L'ANALGÉSIE PÉRIDURALE

De nombreux facteurs conditionnent la réalisation d'un taux aussi élevé d'un acte médical. La disponibilité des médecins a certainement été un facteur essentiel. En effet, cet acte requiert une présence médicale de jour comme de nuit et l'accord des médecins est nécessaire. Dans de nombreux pays, l'accès à la péridurale analgésique est possible sous condition, de jour uniquement souvent et/ou lorsque la garde est assurée par un praticien volontaire et qui n'hésitera pas à se lever la nuit pour réaliser le geste. En France, depuis de nombreuses années déjà, cette limite est tombée et la plupart des équipes ayant une activité d'obstétrique mettent à disposition en permanence un anesthésiste-réanimateur capable de réaliser le geste 24H/24. Les établissements ont également joué le jeu et créé des listes de garde en accord avec ce besoin. En 1998, le décret sur l'obstétrique fixe réglementairement les conditions de la garde et notamment le fait qu'au-delà d'un nombre de 2000 accouchements annuels, un anesthésiste-réanimateur est de garde sur place exclusivement pour la maternité. L'intérêt pour l'obstétrique a rapidement augmenté en France de telle sorte que dans les années 2000, l'enquête « démographie » montrait qu'environ 10 % des anesthésistes-réanimateurs avaient une pratique majoritaire ou exclusive en obstétrique [4]. Avec un tel taux, il devient plus facile.

La prise de conscience que la douleur du travail est très intense a également eu lieu parmi les anesthésistes-réanimateurs français ce qui leur a donné une compréhension supplémentaire du besoin.

A cette capacité de réalisation que le système a mis en place, la demande des femmes enceintes a également été un moteur puissant et la compréhension (peut-être intuitive) aux attentes des femmes un facteur favorisant [5]. Dans les années 70 et le début des années 80, la presse féminine française et des personnalités appréciées ont mis en avant les avantages de l'analgésie péridurale de telle sorte que la culture a changé rapidement et la peur de l'acte (douleur de la ponction) et de ses complications ont été supplantées par une image très positive. Dans notre pays, les conjoints n'ont pas été un obstacle à sa réalisation et ceux-ci sont même le plus souvent présents lors de la réalisation de l'acte. D'autres facteurs bien connus et bien étudiés sont associés à une demande plus ou moins importante. Ils sont listés schématiquement dans le tableau I.

Tableau I

Facteur conditionnant la demande la péridurale obstétricale

- Age (très jeune ou très âgée)
- Disponibilité technique
- Laïcité
- Haut niveau d'éducation
- Recommandation par les professionnels (sage-femme, obstétricien)
- Recommandation par les proches
- Parité faible
- Culture
- Coût
- Information

2. DOULEUR ET INSATISFACTION

Réaliser un acte ne veut pas pour autant dire que le geste est bien fait ou qu'il procure la satisfaction attendue. Ce second point est notamment difficile à appréhender dans le domaine obstétrical car une satisfaction importante résulte de la réalisation des attentes [6]. Or la plus forte attente concerne l'état de santé du nouveau-né qui surpasse toutes les autres attentes une fois passés les premiers jours où la mémoire de l'événement est forte. Ainsi à distance de l'accouchement, quelle qu'ait été la prise en charge de la douleur, la satisfaction est élevée si le nouveau-né est en bonne santé. La comparaison des attentes et leur réalisation peuvent prendre des formes variables. Ainsi, une péridurale produisant une bonne analgésie peut être associée à une satisfaction élevée, mais cependant tout autant qu'un accouchement sans aucun accompagnement analgésique chez une parturiente qui souhaitait (sans y être contrainte par son environnement) accoucher « naturellement » et faire face par elle-même à la douleur de cet événement. A l'inverse une péridurale presque parfaite mais laissant perdurer une « petite » douleur » peut être accompagnée d'un taux de satisfaction faible si l'information reçue par la parturiente lui laissait envisager une absence totale de douleur. Ainsi donc, il est crucial de différencier qualité de l'analgésie et satisfaction, même si les deux critères sont, pour l'anesthésiste-réanimateur, des objectifs importants de la pratique. L'anesthésiste-réanimateur doit donc s'efforcer de créer des attentes réalistes et d'améliorer l'analgésie pour que les attentes soient effectivement réalisées.

Si l'on revient à la pratique médicale, il apparaît aujourd'hui que tous les moyens ne sont pas encore mis en œuvre pour que techniquement l'analgésie soit de bonne qualité. Les résultats de l'enquête périnatale (2010) [1] sont là pour le prouver et nous montrer à quel point il reste des lacunes simples à combler. Ainsi, les pompes de PCEA sont dites disponibles (déclaratif) dans seulement 58 % des établissements alors que cette technique est un élément important de qualité et de satisfaction. Il existe un protocole unique dans l'établissement dans seulement 40 % des établissements sans différence nette selon la taille de ceux-ci. Cette donnée indique le fait que la variabilité des protocoles selon le médecin en charge est grande et traduit une incapacité de l'équipe médicale à s'entendre, à travailler de concert et à adopter une technique qui soit en accord avec les données de la science. De même, un protocole « basse concentration » (ropivacaïne, bupivacaïne ou levobupivacaïne $< 0,125\%$) n'est observé que dans 52 % des établissements avec cependant une fréquence d'utilisation d'autant plus grande que nombre annuel d'accouchements est élevé. La déambulation sous péridurale est théoriquement acceptée dans 92 % des établissements mais n'est effective dans 8 % de ceux-ci. Une enquête du CIANE donne des informations très intéressantes sur la vision qu'ont les femmes de leur péridurale qu'elles ont vécue [7]. Dans cette enquête réalisée sur 8284 accouchements (entre 2005 et 2012), environ 1/3 des femmes ont déclaré avoir été insatisfaites de leur péridurale. Les motifs d'insatisfaction sont décrits dans le Tableau II.

Tableau II
Motifs d'insatisfaction

- Péridurale imposée pour raison médicale
- Pas d'utilisation de la pompe PCEA
- Moment de réalisation (trop tardif)
- Sensations : anesthésie trop puissante avec insensibilisation, asymétrie
- Accompagnement par les soignants
- Mobilité réduite
- Complication (brèche de la dure-mère)

Bien que cette étude soit d'une méthodologie imparfaite (cohorte non contrôlée), elle révèle des informations importantes pour le monde médical, dont nous devons tenir compte. Ces données sont d'autant plus intéressantes à considérer qu'elles sont recoupées par les données d'autres enquêtes. Aux USA, l'enquête « Listening to mothers » a recensé 914 parturientes qui ont reçu une péridurale pendant leur accouchement [8]. Parmi celles-ci, 300 ont émis spontanément des commentaires concernant celle-ci : la réalisation de la péridurale dans leurs réponses. Pour 52 d'entre elles, la péridurale a été la « plus belle partie de leur expérience de naissance » et 47 ont souligné la qualité de l'analgésie produite. Les autres ont signalé des éléments négatifs : citons notamment les 46 femmes qui ont indiqué que la pose a été trop tardive les 34 parturientes qui ont rapporté de difficultés lors de la pose. Environ 20 % d'entre elles (58) ont rapporté le fait que l'analgésie avait été de moins bonne qualité qu'attendu (source d'insatisfaction classique). D'autres ont rapporté que l'analgésie s'était levée trop tôt et avait procuré un soulagement de la douleur insuffisant pendant le second stade du travail (phase de poussée notamment). On ne sait pas ici si la cause en était un arrêt de l'administration d'anesthésique local à dilatation complète (dans le but de réduire les effets néfastes de la péridurale sur la mécanique obstétricale) ou s'il s'agissait d'une insuffisance de dosage de l'analgésie pour couvrir l'intensité majeure de la douleur perçue à ce stade.

Dans une autre étude récente, réalisée au Canada, environ 8 % des parturientes ont exprimé un ressenti négatif vis-à-vis de la péridurale [9]. Cette insatisfaction était notamment plus souvent observée chez les parturientes ayant eu besoin de bolus additionnels (24 % des cas dans cette étude).

Même avec une péridurale moderne, c'est-à-dire par exemple utilisant un mode PCEA, l'intensité de la douleur est souvent insuffisamment contrôlée. C'est le cas en fin de travail avec des scores douloureux qui s'élèvent au-dessus du seuil habituel de 3/10 par exemple [10, 11], même avec ce mode PCEA et cela reste vrai même avec des modes sophistiqués dans lesquels l'ordinateur ajuste la dose ou le volume selon le nombre et la fréquence des pressions sur le bouton-poussoir. C'est aussi le cas pendant le travail. Hess et al. ont depuis longtemps déjà montré que le taux de douleur non calmée par une péridurale continue (associant un anesthésique local et un morphinique liposoluble) et nécessitant l'injection par un professionnel d'une dose complémentaire pouvait atteindre 56 % [12]. Ainsi ces modes modernes d'analgésie, même s'ils réduisent le besoin d'une intervention humaine ne permettent pas d'éviter celle-ci et imposent une organisation qui permette de répondre à ce besoin [13].

3. COMMENT RÉPONDRE À CES CAUSES D'INSATISFACTION ?

Nous disposons de nombreux moyens pour répondre à cette question.

3.1. LA RÉALISATION « TROP TARDIVE » DE LA PÉRIDURALE N'EST PLUS JUSTIFIÉE

Bien que ceci ait été démontré il y a vingt ans environ par de très belles études randomisées [14, 15], celles-ci n'ont pas convaincu nombre de professionnels car la réalisation précoce dans ces études était définie par une pose avant 5 cm. Or dans de nombreux cas, la douleur est déjà intense à dilatation débutante (≤ 2 cm) et il a fallu attendre des études plus récentes pour que la démonstration soit réellement faite que la réalisation très précoce de la péridurale est effectivement sans conséquence néfaste sur la marche du travail. Depuis lors, ces travaux ont été regroupés en méta-analyses qui ont confirmé l'absence d'effet indésirable d'une péridurale posée en tout début de travail [16]. Ainsi, en pratique, seule compte l'intensité de la douleur ressentie pour décider du « bon » moment pour poser la péridurale.

3.2. L'ANESTHÉSIE LOCALE DOIT ÊTRE EFFICACE

La peur de la douleur causée par la ponction est un frein important et bien connu. Outre le comportement empathique du praticien (et de son aide) pendant le geste afin de rassurer et d'accompagner la parturiente, la réalisation d'une anesthésie locale efficace est essentielle. Doivent disparaître les conceptions archaïques qui considèrent que la ponction nécessaire à la locale fait aussi mal, que seule « la peau fait mal » ou encore que l'on peut piquer dès la fin de l'injection de l'anesthésique local. Une concentration de lidocaïne à 2 % (plutôt qu'à 1 %), un volume large couvrant plusieurs cm^2 (au cas où la ponction devrait être refaite par mauvaise appréciation initiale du point de ponction, notamment en raison des mouvements de la patiente) et l'injection de compléments en profondeur si nécessaire réduisent la sensation douloureuse. Dans une étude récente non obstétricale, la douleur attendue par les patients était de 5/10 alors que le ressenti réel n'était que de 2/10, ce qui devrait conduire à une satisfaction accrue (car inattendue) par les femmes en travail dès lors qu'une anesthésie locale satisfaisante est réalisée [17].

3.3. LE PROTOCOLE ANALGÉSIQUE DOIT ÊTRE UNIFORME ET COMPORTER UNE COMBINAISON EFFICACE ET PEU DOSÉE

Des doses plus faibles de médicaments anesthésiques et des combinaisons de plusieurs produits permettent d'assurer une très bonne efficacité, sans insensibilité complète et sans ralentir le déroulement du travail (taux de césarienne non augmenté), avec mobilité conservée des jambes (et déambulation possible) [18]. La trop forte puissance analgésique ou le bloc moteur trop intense sont en effet des causes d'insatisfaction bien reconnues. L'emploi de la PCEA est également un facteur améliorant le ressenti [19]. Pour une partie des parturientes, le souhait de se mobiliser pendant le travail est en compétition avec la réalisation de la péridurale. Or la péridurale à dose faible permet la déambulation et doit même permettre aux femmes qui souhaitent un positionnement (ballon, assise en tailleur, etc..) de le mettre en œuvre [20]. On rappellera cependant que la position en tailleur maintenue trop longtemps (absence de paresthésie du fait de la péridurale en cours) peut conduire à une complication neurologique par étirement nerveux [21]. Une surveillance et des informations sont donc nécessaires.

3.4. LA PRÉVENTION, LE TRAITEMENT RAPIDE ET EFFICACE DES DOULEURS INTERCURRENTES ET SURVENANT MALGRÉ LA PÉRIDURALE DOIVENT ÊTRE DÉCRITS DANS UN PROTOCOLE

De plus, les méthodes modernes d'analgésie, notamment aidées par l'informatique permettent de réduire le recours des injections supplémentaires. Le mode PCEA est en lui-même déjà un moyen de réduire les injections supplémentaires (environ 30 % par rapport à un mode continu). Plus récemment, le mode PIEB (bolus intermittents automatiques) disponible sur certaines pompes récentes améliore aussi l'analgésie et le taux d'injection par le personnel soignant [22, 23]. L'équipe de Sia et al. à Singapour travaille depuis plusieurs années sur des modes encore plus sophistiqués qui incluent des volumes ou des bolus de taille variable selon les données de l'analgésie préalablement réalisée. Les données sont enregistrées sur un ordinateur qui est connecté en boucle fermée avec la pompe PCEA et en modifie les paramètres selon un algorithme prédéfini. Plusieurs travaux de cette équipe donnent un espoir important d'amélioration de l'analgésie avec une réduction du recours aux bolus manuels de 25 à 5-10 % [24, 25].

3.5. LA PÉRIDURALE NE DOIT PAS ÊTRE INTERROMPUE À DILATATION COMPLÈTE

La notion classique que la péridurale prolonge le second stade du travail et augmente le risque de césarienne a été battue en brèche par le travail princeps de Chestnut et al. [26] qui avait montré dès 1987 que l'utilisation d'une solution de bupivacaïne à 0,125 % n'avait pas d'effet négatif et permettait d'assurer le soulagement à la phase la plus douloureuse. Il est probable qu'aujourd'hui la péridurale n'est pas stoppée par les sages-femmes à dilatation complète mais nous ne disposons pas de donnée à large échelle sur ce point.

3.6. LA PÉRIDURALE DOIT ÊTRE RENFORCÉE SI NÉCESSAIRE EN FIN DE TRAVAIL ET NOTAMMENT SI LA RÉALISATION D'UNE EXTRACTION INSTRUMENTALE EST NÉCESSAIRE [27]

3.7. LA SURVEILLANCE RÉGULIÈRE AU COURS DU TRAVAIL EST UN ATOUT ESSENTIEL

Elle permet la détection précoce d'une asymétrie (et sa correction), souvent dès la 1^{ère} injection, en particulier par le test mesurant la chaleur des pieds [28], voire plus tard. Un protocole local doit permettre de prendre en charge cette asymétrie de façon rationnelle et rapide, voire reposer un nouveau cathéter [29]. La disponibilité de l'équipe est donc essentielle. La correction de l'asymétrie a également pour effet de réduire le risque de recours à une anesthésie générale dans le cas où une césarienne urgente devient nécessaire.

L'analgésie péridurale est un geste technique certes, mais réalisé sans, empathie, il perd beaucoup de son intérêt.

Élément essentiel de la satisfaction, le geste doit être centré sur la patiente. Calme, souriant (même en fin de nuit...), l'anesthésiste-réanimateur qui fait le geste technique et suivra le devenir, n'est pas seulement un « technicien poseur de péridurale ». C'est un médecin qui connaît le dossier obstétrical, répond aux questions et prend son temps. Il propose une aide avant que le geste ne soit réalisé (respiration, balancement, communication hypnotique...) [30].

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Blondel B, Kermarrec M. La situation périnatale en France en 2010. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. *Etudes et résultats* n°775, octobre 2011.
- [2] Osterman MJK, Martin JA. National Vital Statistics Reports. Epidural and Spinal Anesthesia Use During Labor: 27-state Reporting Area, 2008. 59, 5 – avril 2011. www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr59/nvsr59_05.pdf (Dernier accès 28 avril 2015).
- [3] Palot M, Chalé JJ, Colladon B, Levy G, Maria B, Papiernik E, Souteyrand P, Naiditch M. Anesthésies et analgésies pratiquées dans les maternités françaises. *Ann Fr Anesth Reanim* 1998;17(3):210-9.
- [4] Pontone S, Brouard N, Scherpereel P, Boulard G, Arduin P; Groupe de projet Cfar-Sfar-Ined. Les médecins anesthésistes-réanimateurs en France en 1999 Premiers résultats de l'enquête démographique nationale Cfar-Sfar-Ined. *Ann Fr Anesth Reanim* 2002;21(10):779-806.
- [5] Angle P, Landy CK, Charles C, Yee J, Watson J, Kung R, Kronberg J, Halpern S, Lam D, Lie LM, Streiner D. Phase 1 development of an index to measure the quality of neuraxial labour analgesia: exploring the perspectives of childbearing women. *Can J Anesth* 2010;57(5):468-478.
- [6] Morgan BM, Bulpitt CJ, Clifton P, Lewis PJ. Analgesia and satisfaction in childbirth (the Queen Charlotte's 1000 Mother Survey). *Lancet* 1982;2(8302):808-10.
- [7] Douleur et accouchement, un dossier tiré de l'enquête CIANE. ciane.net/.../douleur-et-accouchement-un-dossier-tire-de-lenquete-ciane. 4 avril 2013 (dernier accès 28 avril 2015)
- [8] Attanasio L, Kozhimannil KB, Jou J, McPherson ME, Camann W. Women's experiences with neuraxial labor analgesia in the listening to mothers II survey: a content analysis of open-ended responses. *Anesth Analg* 2014 Nov 19.
- [9] Clivatti J, Siddiqui N, Goel A, Shaw M, Crisan I, Carvalho JC. Quality of labour neuraxial analgesia and maternal satisfaction at a tertiary care teaching hospital: a prospective observational study. *Can J Anesth* 2013;60:787-795.
- [10] Thorp JA, Hu DH, Albin RM, McNitt J, Meyer BA, Cohen GR, Yeast JD. The effect of intrapartum epidural analgesia on nulliparous labor: a randomized, controlled, prospective trial. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169(4):851-8.
- [11] Halpern SH, Leighton BL, Ohlsson A, Barrett JF, Rice A. Effect of epidural vs parenteral opioid analgesia on the progress of labor: a meta-analysis. *JAMA* 1998;280(24):2105-10.
- [12] Hess PE, Pratt SD, Lucas TP, Miller CG, Corbett T, Oriol N, et al. Predictors of breakthrough pain during labor epidural analgesia. *Anesth Analg* 2001;93:414-8.
- [13] Sng BL, Zhang Q, Leong WL, Ocampo C, Assam PN, Sia AT. Incidence and characteristics of breakthrough pain in parturients using computer-integrated patient-controlled epidural analgesia. *J Clin Anesth* 2015 Feb 14.
- [14] Chestnut DH, McGrath JM, Vincent RD Jr, Penning DH, Choi WW, Bates JN, McFarlane C. Does early administration of epidural analgesia affect obstetric outcome in nulliparous women who are in spontaneous labor? *Anesthesiology* 1994;80(6):1201-8.
- [15] Chestnut DH, Vincent RD Jr, McGrath JM, Choi WW, Bates JN. Does early administration of epidural analgesia affect obstetric outcome in nulliparous women who are receiving intravenous oxytocin? *Anesthesiology* 1994;80(6):1193-200.
- [16] Sng BL, Leong WL, Zeng Y, Siddiqui FJ, Assam PN, Lim Y, Chan ES, Sia AT. Early versus late initiation of epidural analgesia for labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 Oct 9;10:CD007238.
- [17] Mogensen S et al. Expected and experienced pain during epidural catheter insertion. *Acta Anaesthesiol Scand* 2014;58:214-218.
- [18] 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(1):46-50.
- [19] Gambling DR, McMorland GH, Yu P, Laszlo C. Comparison of patient-controlled epidural analgesia and conventional intermittent «top-up» injections during labor. *Anesth Analg* 1990;70(3):256-61.
- [20] Ducloy-Bouthors AS, De Gasquet B, Davette M, Cuisse M. Postures maternelles pendant le travail : description et interférence avec l'analgésie péridurale. *Ann Fr Anesth Reanim* 2006;25(6):605-8.
- [21] Ley L, Ikhouane M, Staiti G, Benhamou D. Complication neurologique après posture obstétricale « en tailleur » lors d'un travail sous analgésie péridurale. *Ann Fr Anesth Reanim* 2007;26(7-8):666-9.

- [22] Capogna G, Camorcia M, Stirparo S, Farcomeni A. Programmed intermittent epidural bolus versus continuous epidural infusion for labor analgesia: the effects on maternal motor function and labor outcome. A randomized double-blind study in nulliparous women. *Anesth Analg* 2011;113(4):826-31.
- [23] George RB, Allen TK, Habib AS. Intermittent epidural bolus compared with continuous epidural infusions for labor analgesia: a systematic review and meta-analysis. *Anesth Analg* 2013;116(1):133-44.
- [24] Sia AT, Leo S, Ocampo CE. A randomised comparison of variable-frequency automated mandatory boluses with a basal infusion for patient-controlled epidural analgesia during labour and delivery. *Anaesthesia* 2013;68(3):267-75.
- [25] Sng BL, Kwok SC, Sia AT. Modern neuraxial labour analgesia. *Curr Opin Anaesthesiol* 2015;28(3):285-9.
- [26] Chestnut DH, Vandewalker GE, Owen CL, Bates JN, Choi WW. The influence of continuous epidural bupivacaine analgesia on the second stage of labor and method of delivery in nulliparous women. *Anesthesiology* 1987;66(6):774-80.
- [27] Ahlberg M, Saltvedt S, Ekéus C. Insufficient pain relief in vacuum extraction deliveries: a population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013;92:306-311.
- [28] Griffin RP, Reynolds F. The association between foot temperature and asymmetrical epidural blockade. *Int J Obstet Anesth* 1994;3(3):132-6.
- [29] Eappen S, Blinn A, Segal S. Incidence of epidural catheter replacement in parturients: a retrospective chart review. *Int J Obstet Anesth* 1998;7(4):220-5.
- [30] Waisblat V, Mercier FJ, Langholz B, Berthoz A, Cavagna P, Benhamou D. Effet du mouvement de balancement sur la douleur du travail avant la mise en place du cathéter péridural en position assise. *Ann Fr Anesth Reanim* 2010;29(9):616-20.