Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 91 (1993)

Heft: 6

Artikel: Manger et boire pendant l'accouchement : une question encore litigieuse

Autor: Fankhauser, Lisa

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-950876

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 12.07.2025

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

derstand der Cervix herabzusetzen, vermindert die Gefahr einer Traumatisierung des Kindes. Dazu gehört z.B., dass man die Geburt möglichst nicht einleitet und wenn schon, dann nur bei weicher Cervix, dass man die Fruchtblase so lange wie möglich intakt lässt und dass, falls notwendig, im rechten Zeitpunkt Analgetica verabreicht werden. Zur Verminderung des Widerstandes gehört auch die entsprechende psychische Betreuung der Frau durch Überwindung des Angst-Spannung-schmerz-Syndroms mit Erhöhung des muskulären Widerstandes. Die richtige Drehung und Einstellung des Kopfes soll so gut wie möglich erleichtert werden, durch richtige Lagerung oder, sehr wirksam, indem man die Frau herumgehen lässt. Eine grosse Geburtsgeschwulst, welche Zeichen eines erhöhten Druckes auf den Kopf sein und die zudem die spontane Rotation des Kopfes verhindern kann, sollte einem skeptisch und hellhörig machen. So ist in einer solchen Situation sehr gut zu überlegen, ob z.B. der intrauterine Druck durch Anwendung von Wehenmitteln noch zusätzlich erhöht werden sollte. Etwas das bei gleicher geburtshilflicher Situation, aber ohne Kopfgeschwulst, problemlos durchgeführt werden könnte. Für die Geburt müssen wir immer daran denken, dass ein Kind in gutem Zustand, nicht hypoxisch und ohne erhöhten intracraniellen Druck bei der Geburt erstaunlich viel ertragen kann, ein schon kompromittiertes Kind mit beeinträchtigtem intracerebralem Blutfluss dann aber sehr schnell Schaden nehmen kann. So kann das eine Kind z.B. eine schwierige Forceps-Entbindung aus Vorderhauptslage oder ein ausgeprägtes Kristellern problemlos ertragen, wogegen das andere Kind bei den gleichen von aussen ausgeübten Kräften Schaden nehmen kann.

Dies zu erkennen ist eine sehr wichtige Aufgabe, damit nicht einerseits Kinder traumatisiert und geschädigt werden, damit aber auch andererseits nicht unnötige Kaiserschnitte vorgenommen werden. □

Manger et boire pendant l'accouchement: une question encore litigieuse

Traduction du dossier paru en allemand dans notre journal au mois d'octobre 1992, p. 7 à 11, et faite par B. Mösch, secrétaire, V. Luisier et H. Bally, sages-femmes.

Voici 11 ans je commençais la formation de sage-femme. Les femmes ne pouvaient alors ni boire ni manger pendant l'accouchement et, systématiquement, nous leur posions une perfusion de glucose 5%. Mais ce qui fut une norme, est aujourd'hui dépassé. Pour changer ces vieilles pratiques, il a fallu beaucoup de perspicacité et de nouvelles connaissances.

Texte tiré de plusieurs articles
résumés par Lisa Fankhauser

Les origines du «Nothing by mouth»
Delee, qui a observé les habitudes et coutumes obstétricales en Amérique, écrivait en 1904, que la majeure partie des patientes en travail n'avaient plus d'appétit, mais qu'on ne devrait pas les laisser avoir faim, étant donné que la faim pouvait conduire à un affaiblissement et à une diminution de l'activité utérine. Il recommandait une alimentation légère et semi-liquide. La nourriture devait être servie de manière appétissante, et si l'on insistait un peu, la patiente prendrait sûrement quelque chose. Même si la patiente vomissait, on devait lui donner à manger.
Cela changea en 1946, lorsque Mendelson fit une communication au sujet de 46 parturientes ayant subi une narcose, et qui tombèrent malades de pneumonie comportant de grandes perturbations radiologiques. Heureusement, aucune de ces femmes ne mourut des suites de ce que l'on a appelé, par la suite, le syndrome de Mendelson. Depuis lors, ce syndrome est considéré comme l'une des causes les plus importantes de mort maternelle suite à un accident anesthésique. Mendelson parla aussi, dans son travail, des effets de l'aspiration du suc gastrique dans les poumons des lapins, et il arriva à la conclusion que les femmes en travail ne devaient plus rien manger, afin de diminuer le risque d'une pneumonie par aspiration et de ses conséquences.
Delee, que nous avons mentionné ci-dessus, écrivait en 1947, vraisemblablement sous l'influence de l'étude de Mendelson publiée en 1946, que les femmes en travail mangeaient et buvaient heureusement très peu; Et que c'était une bonne chose, car si l'on buvait et mangeait beaucoup pendant l'accouchement, et qu'une narcose était nécessaire, des vomissements pouvaient entraîner une bronchoaspiration.
Aujourd'hui encore, nous craignons le syndrome de Mendelson. «Nothing by

Syndrome de Mendelson

Syndrome de détresse respiratoire semblable à l'asthme qui se développe comme conséquence de l'aspiration de petites quantités de liquide gastrique dans les voies respiratoires profondes (aspiration minime et souvent pas remarquée). Grave complication d'une narcose!

Symptômes: cyanose, dyspnée, auscultation pareille à l'asthme, tachycardie, chute de la tension arterielle, température sub-fébrile, oedème pulmonaire, insuffisance droite du coeur. L'évolution en deux phases est typique: d'abord l'état de choc, puis les symptômes pulmonaires. Cela peut apparaître après chaque narcose ou après chaque état d'activité réflexe diminuée.

Mendelson est un gynécologue et accoucheur contemporain new-yorkais.

(Pschyrembel, Dictionnaire clinique, 1982)

mouth» (NPO); ne rien manger ni boire pendant l'accouchement, a encore aujourdhui valeur de prophylaxie. En moyenne, l'accouchement d'une primipare dure environ douze heures, et celui d'une multipare, environ huit heures. Suffisamment longtemps pour que l'on ressente la faim et la soif. Est-ce que la pratique de ne donner ni à boire ni à manger à la parturiente est encore justifiée aujourd'hui? Que savons-nous de plus? Qu'est-ce qui a changé depuis lors, et qu'est-ce qui s'est amélioré?

Modifications physiologiques de la grossesse

● Répartition liquidienne: augmentation du liquide corporel de quelque 6 à 7 litres. C'est le volume intravasculaire et interstitiel qui augmente. Le volume intracellulaire reste plus ou moins le même. En ce qui concerne l'augmentation du volume sanguin, c'est le volume plasmatique plutôt que la masse des érythrocytes qui augmente. Il s'ensuit une dilution sanguine (anémie physiologique de la grossesse).
La diminution de l'albumine dans le sérum entraîne une diminution de la pression oncotique, qui détermine la viscosité du sang. Cela entraîne les oedèmes de la grossesse. Il y a aussi augmentation du volume du liquide interstitiel dans les poumons.

● Fonction rénale: Au début de la grossesse, la diurèse augmente avec l'augmentation du liquide circulant.
Mais près du terme, les reins travaillent de manière retardée, si bien que le volume intravasculaire passe dans l'espace extravasculaire. Pendant le travail, la diurèse est diminuée parce que le corps libère des hormones anti-diurétiques. C'est une conséquence de la production augmentée de catécholamines endogènes (adrénaline), due à la douleur et à la peur.

● Estomac/intenstin: Chez les femmes en travail, le temps de vidange de l'estomac est ralenti. Mais à ce sujet, il existe aussi des travaux qui arrivent à des conclusions contraires, il y a augmentation de la pression intragastrique, qui peut être encore renforcée par une position en Tredelenburg. Cela augmente le risque de vomissement. En même temps, le tonus du cardia augmente et il dépasse l'augmentation de la pression intragastrique.

Répartition du liquide corporel chez un adulte

Poids corporel 65–70 kg
Liquide total 40 l.

Liquide intracell.
(Cation K+) 25 l.

Liquide extra-cell.
(Cation NA+) 15 l.
interstitiel 12 l.

Liquide intravasculaire 3 l.
(Midwife, Health Visistor and Community Nurse, 9 septembre 1987

La césarienne autrefois et aujourd'hui

Adeline Favre décrit, dans son livre «Moi, Adeline, accoucheuse du Val d'Anniviers», une césarienne dans le Valais dans la première moitié du XIXème siècle: «Le Dr de Sépibus essaya cinq fois avec les forceps, avant de faire une césarienne à l'hôpital. La femme fut sauvée, malgré une infection, une phlébite et une thrombose. On lui a posé des sangsues. En ce temps, la césarienne était terrible. On n'avait aucun calmant. On avait une narcose à l'éther, qui provoquait des nausées au moment du réveil. On devait réanimer les nouveau-nés, car ils avaient aussi été endormis par l'éther...»
Après une narcose complète, les problèmes d'aspiration sont graves. C'est probablement cela qui a conduit à des sanctions sévères contre ce qui semblait causer ces problèmes: la nourriture et les boissons que la femme en travail avait ingurgitées. Grâce à de meilleures techniques d'anesthésie et à des méthodes plus subtiles, la narcose générale entraîne aujourd'hui bien moins de risques qu'autrefois. Malgré tout, l'habitude du jeûne pendant l'accouchement subsiste dans plusieurs hôpitaux; Ceci s'explique par le phénomène connu du retard culturel. Bien que les raisons de ne pas manger ni boire n'existent plus, l'habitude continuera quelques temps encore.

Le syndrome de Mendelson

Dans la littérature médicale, il manque des travaux qui fondent de manière rationnelle la pratique de garder les parturientes à jeun. Beaucoup de cas d'aspiration maternelle ne sont pas documentés par des éléments précis concernant leur situation et leur traitement. Malgré la difficulté de comparer des rapports concernant la mortalité maternelle due au syndrome de Mendelson – peu de cas, mauvaise documentation, époques et techniques différentes – il semble que seul 1%, ou même moins de 1%, des cas de décès maternels aient pour cause l'aspiration. Il est probable que la plupart des femmes qui aspirent ne meurent pas, comme le dit Mendelson lui-même dans sa publication.

Degré de gravité du syndrome de Mendelson

Lorsqu'il y a aspiration du contenu de l'estomac, ce sont la quantité, le degré d'acidité et les propriétés physiques qui déterminent la gravité de la pneumonie. La prophylaxie a donc pour but d'éviter l'aspiration, de diminuer le contenu de l'estomac et d'élever le pH du liquide gastrique (=diminuer l'acidité). La prophylaxie la plus efficace est sans doute d'éviter des césariennes superflues sous narcose générale.

Eviter la césarienne

Dans le North Central Bronx Hospital, un hôpital qui se trouve dans un quartier pauvre de New-York, les femmes sont autorisées à prendre avec elles une nourriture légère et des boissons. Pendant environ 10 ans, les femmes ont bu et mangé une nourriture légère, et sur 20'000 naissances, aucune femme n'a aspiré. Durant toute cette période, le «Outcome» infantile et maternel a été comparable à celui qui existait dans le reste des USA.
En 1983, et pendant une demi-année, les responsables appliquèrent la pratique du jeûne pendant le travail. Les résultats sont effrayants. La seule femme qui aspira n'avait rien pris durant 36 heures. L'utilisation de moyens pour stimuler les contractions fut multipliée par cinq. Les accouchements instrumentés augmentèrent de 35%, et la fréquence des césariennes augmenta aussi de 38%. Les accouchements vaginaux après césarienne antérieure descendirent de 37%, et plus de 69% de nouveau-nés eurent besoin de soins intensifs. En 1986, le taux de césariennes aux USA était de 22.7%. En moyenne, 41%

HEM 4412/A/Apo/CH f allcomm

®Hemeran
héparinoïde Geigy

L'application locale d'Hemeran soulage rapidement en cas de jambes fatiguées et lourdes et d'affections veineuses superficielles.
Le principe actif éprouvé est rapidement absorbé et bien toléré.
Pour les soins réguliers des jambes, Hemeran est proposé sous quatre formes adaptées au type de peau: l'®Emulgel, le gel, la crème et la lotion.

Pour le traitement local des affections veineuses.

Hemeran pour des jambes légères

CIBA–GEIGY
OTC Pharma

Hemeran
Emulgel
Pour le traitement des affections veineuses

Composition: héparinoïde Geigy Indications: thrombophlébite aiguë superficielle, hématomes, infiltrations, prévention des thrombophlébites. **Contre-indications:** aucune. **Mesures de précaution:** ne pas appliquer sur des plaies ouvertes, les muqueuses et la conjonctive. **Effets indésirables:** aucun. Vous trouverez des informations détaillées dans le Compendium Suisse des Médicaments.

des césariennes avaient lieu sous narcose générale. Une étude suédoise, qui examine les causes de mort maternelle pour la période de 1973 à 1979, arrive à la conclusion que douze fois plus de femmes meurent après césarienne que pendant un accouchement vaginal. Pour éviter des morts maternelles dues à l'anesthésie générale, l'on propose la péridurale.
Une philosophie de la naissance, qui permet aux femmes la plus grande liberté possible et qui les laisse décider elle-mêmes, au moment de la naissance, ce qui est bon et positif pour elles et leur enfant, contribue sans doute à faire diminuer la fréquence de la césarienne. La présence et l'assistance de la sage-femme y contribuent aussi, nous le savons par notre propre expérience.

Eviter l'aspiration
C'est souvent une technique d'anesthésie déficiente qui provoque l'aspiration. Une étude sur la mortalité et la morbidité maternelles dues à l'aspiration montre que c'est surtout une intubation difficile et un standard anesthésique insuffisant qui sont mis en cause. Il semble que le risque majeur de l'aspiration se situe entre l'induction de la narcose générale et le contrôle complet des voies repiratoires à travers un tube qui obstrue. La pression du cricoïde a pour but de diminuer le danger de régurgitation au moment de l'intubation, mais si cette manoeuvre n'est pas conduite correctement, il peut y avoir des accidents. La laryngoscopie et l'intubation endotrachéale peuvent augmenter la pression sanguine. Si la durée de la laryngoscopie est trop longue, cette réaction est renforcée et elle augmente le danger de l'oedème pulmonaire. Dans les cas décrits, il s'agit souvent d'anesthésistes inexpérimentés, qui ont eu de la peine à effectuer l'intubation.

Médicaments qui peuvent faciliter l'aspiration
L'administration de préparations de succinyl, qui appartiennent aux myorelaxants et rendent possible l'intubation, peut entraîner une élévation de la pression intragastrique, ce qui facilite les vomissements. D'autres éléments qui peuvent entraîner les vomissements: les opiacés (Dolantine), souvent utilisés comme calmants, qui annulent le réflexe protecteur de la toux comme tous les myorelaxants, ou qui le diminuent. De plus, ils allongent le temps de vidange de l'estomac.
Le Syntocinon peut avoir un effet antidiurétique, et si on lie cet effet à une administration de liquides intraveineux abondants, on arrive à un oedème pulmonaire. Cela peut provoquer l'aspiration, et renforcer les effets destructeurs de cet événement. C'est la même chose pour l'ergométrine (Méthergin), qui a des propriétés vasoconstrictives et qui élève le volume sanguin central et la pression sanguine. Les sympathicomimétiques (Partusisten, Gynipral) peuvent augmenter la perméabilité des vaisseaux pulmonaires pendant la grossesse et amener à un oedème pulmonaire.
En tant que sages-femmes, nous pouvons avoir sur tout cela une influence directe.

Intubation endotrachéale

Introduction d'un tube dans la trachée sous vision laryngoscopique directe. Indications: narcose, respiration, aspiration de la sécrétion trachéale, obstaculisation de l'aspiration de vomissements et de liquide gastrique, liaison directe et complète avec le respirateur. L'intubation endotrachéale est praticable sous narcose profonde ou après administration de relaxants musculaires.
(Attention aux réflexes de la toux!)
(Pschyrembel, Dictionnaire clinique, 1982)

Diminuer le contenu de l'estomac
La carence alimentaire a pour objectif de diminuer le contenu de l'estomac au cas où une narcose générale imprévisible serait nécessaire. Le jeûne est capable d'entraîner une diminution du contenu de l'estomac pendant 3 à 4 heures. Ensuite, le volume et le degré d'acidité du suc gastrique commencent à augmenter. Dans plusieurs études, l'on relève qu'il est impossible de prévoir à quel moment l'estomac sera vide après la prise d'un repas. De plus, la production de suc gastrique continue et le volume grossit à nouveau. 25 ml de contenu gastrique, ou moins que cela, sont considérés comme la valeur limite de sécurité, selon des essais qui ont été faits sur les singes. Cela n'a jamais été prouvé. De plus, selon des expériences faites sur des rats, ce qui joue un rôle essentiel, ce n'est pas seulement le volume, mais aussi le degré d'acidité de l'aspiration.
Mais il y a aussi des études qui déconseillent la pratique NPO. Face à l'observation qui dit qu'une femme n'a plus rien mangé depuis plus d'un jour, un auteur recommande de prendre cela plutôt comme un signal d'alarme que comme une sécurité. Un autre propose de permettre à la femme enceinte sans facteur de risque de manger une nourriture légère et de boire pendant l'accouchement. Surgit alors la question de savoir si le jeûne pendant le travail est une prévention adéquate. Etant donné que le jeûne ne réduit pas le contenu gastrique à un volume de sécurité, on a proposé des mesures supplémentaires. Nous n'en citerons que deux: succion du contenu gastrique par une sonde, ou administration d'apomorphines qui provoquent le vomissement. Ces deux méthodes ne mènent au succès que si elles sont utilisées immédiatement avant une narcose générale. Mais les amorphines abaissent aussi le tonus du cardia et facilitent le reflux.

Diminuer le degré d'acidité
On a conseillé l'utilisation d'antiacides et de moyens anticholinergiques (parasympathicolytiques), en partant de l'idée que l'aspiration de vomissements ayant un pH au-dessus de 2,5 amène moins souvent à un syndrome de Mendelson. Les antiacides neutralisent l'acide chlorhydrique gastrique. Les parasympathicolytiques (atropine) font obstacle entre autres à une production excessive de suc gastrique. La valeur du pH de 2,5 provient de l'expérimentation animale.
Pourtant, si l'utilisation d'antiacides augmente la valeur du pH du liquide gastrique, les preuves manquent pour dire que leur utilisation routinière diminuerai la mortalité maternelle lors d'un syndrome de Mendelson. Lors de la prise d'antiacides, il peut y avoir des pertes de calcium qui pourraient avoir des conséquences fatales en cas d'aspiration.
Les moyens anticholinergiques peuvent diminuer le tonus du cardia et donc augmenter le danger de régurgitation. Ils peuvent aussi prolonger le temps de vidange de l'estomac.

Il n'existe pas d'avis unanime à ce sujet. Et même si l'un de ces moyens est capable d'augmenter le pH du liquide gastrique au-dessus de 2,5, et de diminuer le volume au-dessous de 25 ml, cela ne signifie encore aucun effet positif sur la mortalité maternelle due à l'aspiration. Il faudrait par contre penser au fait que le jeûne abaisse le pH, alors que la prise d'aliments contribue à l'élever.

Le jeûne et la thérapie de la perfusion
Aujourd'hui, beaucoup de femmes accouchent avec une perfusion entre autres à cause de la pratique de la NPO. L'apport parentéral de liquide et de calories pendant l'accouchement est une routine dans bien des endroits. Nous ne pensons que rarement aux conséquences négatives possibles.

Effets psychologiques
Se faire poser un Venflon fait mal. Cette douleur peut persister après la pose du Venflon. Il est possible que des femmes qui ont une perfusion ressentent plus fortement les douleurs des contractions, surtout si l'administration de solution glucosée élève beaucoup la glycémie. Le fait de porter une perfusion peut avoir un effet de signal. Les femmes se sentent malades et elles se comportent comme telles.

Une femme avec une perfusion sur son bras est limitée dans sa liberté de mouvement. Or, nous savons que, selon la position dans laquelle la parturiente reçoit ses contractions, la durée de l'accouchement varie. Des travaux de recherche montrent que le temps d'accouchement est plus court lorsqu'on change de position, passant de la position couchée à la position debout, et de la position debout à la position assise. Une perfusion au bras rend ces changements difficiles. Souvent, la perfusion reste aussi après l'accouchement et empêche le premier contact de la mère avec son enfant.

Une bronule déjà en place incite à l'administration de médicaments. Il n'est plus nécessaire de s'y reprendre à deux fois.
Un Venflon comporte aussi le danger d'une phlébite ou d'une thrombo-phlébite. Il existe encore d'autres complications possibles: l'infection, l'embolie, la diffusion paraveineuve, l'inflammation.

L'hyperglycémie maternelle et ses conséquences
Depuis longtemps, nous contrôlons la glycémie des femmes diabétiques pendant l'accouchement. L'hyperglycémie maternelle provoque une hyperglycémie foetale et augmente la production d'insuline du foetus. Après la naissance se produit alors une hypoglycémie néonatale.
L'hyperglycémie foetale augmente le métabolisme de l'enfant. Une utilisation de glucose élevée peut entraîner une production de lactate augmentée (acidose) dans le sang. En même temps, le besoin foetal en acide augmente, et cela peut provoquer une hypoxémie, une chute du pH foetal et une acidose lactique.
Des investigations montrent que l'insuline du plasma dans le sang du cordon des nouveau-nés dont les mères ont reçu des perfusions de glucose à raison de 10–20 gr. de glucose à l'heure, cette insuline est bien plus élevée que chez ceux dont les mères n'ont pas reçu de glucose. Rappelons: 500 ml de glucose à 5% contiennent 25 g de glucose. Une autre étude investigue les effets de l'administration de glucose avant une anesthésie péridurale. Des enfants, dont les mères avaient reçu 100 gr. de glucose avaient des glycémies 3 fois plus élevées et des concentrations de lactate 3 fois plus fortes dans le sang du cordon. Le pH artériel du cordon était plus bas. Le groupe-témoin était composé de nouveau-nés dont les mères n'avaient reçu que 7,5 gr. de glucose. Ce collectif tire la conclusion que l'administration exagérée de glucose chez une parturiente en santé peut conduire à une hypoglycémie néo-natale.
Les enfants qui sont soumis à de grandes quantités de glucose intrautérin souffrent plus fréquemment d'une hyperbilirubinémie.
Une parturiente normale ne devrait pas recevoir plus de 6 gr. de glucose parentéral à l'heure, selon les recommandations de ce collectif. 1000 ml de glucose à 5% contiennent 225 calories. C'est une source d'énergie insuffisante pendant le travail. A cause du danger de surcharge liquidienne, on ne peut pas répéter cela sans autre.

Cétonurie pendant le travail
Que la femme puisse ou non manger pendant l'accouchement, il n'en reste

Bibliographie

Birth, vol 15, no 4, December 1988
- McKay S., Mahan C.: Modifying the stomach contents of laboring women: why and how; success and risks. pp 213–221
- McKay S., Mahan C.: How can aspiration of vomitus in obstetrics best be prevented? pp 222–229

Birth, vol 15, no 2, June 1988
- Newton N., Newton M., Broach J.: Psychologic, physical, nutritional and technologic aspects of intravenous infusion during labor. pp 67–72
- Gabbe S.G.: Commentary: Current practices of intravenous fluid administration may cause more harm than good. pp 73–74
- Keppler A.B.: The use of intravenous fluids during labor. pp 75–79
- Pollack L.D.: Commentary: Reconsidering the risks and benefits of intravenous infusion in labor. p 80
- Broach J., Newton N.: Food and beverages in labor. Part I: Cross-cultural and historical practices. pp 81–85
- Laderman C.: Commentary: Cross-cultural perspective on birth practices. pp 86–87
- Broach J., Newton N.: Food and beverages in labor. Part II: The effects of cessation of oral intake during labor. pp 88–92
- Douglas M.J.: Commentary: The case against a more liberal food and fluid policy in labor. pp. 93–94

Lancet: 15 March 1986, pp 587–589: MacLennan F.M.: Maternal mortality from Mendelson's syndrome: an explanation?

Lancet: 22 May 1982, pp 1150–1152: Kenepp N.B., Shelley W.C. et al: Fetal and neonatal hazards of maternal hydration with 5% dextrose before caesarean section

Anesthesia and analgesia, vol 61, no 1, January 1982, pp. 32–35: Mendiola J. et al: Effects of intrapartum maternal glucose infusion on the normal fetus and newborn

Midwifery Practice, Intrapartum care, series editors:
Alexander J., Levy V., Roch S., 1990
Grant J.: Nutrition and hydration in labour, pp 58–69

Leslie Ludka, Boston, Ma., USA: Fasting during labor

pas moins que l'utérus qui travaille a besoin d'énergie. Si le corps n'a pas assez d'hydrates de carbone à disposition, il commence à brûler sa graisse. Cela produit des cétones, qui ne sont pas des substances toxiques en elles-mêmes, et qui apparaissent dans les urines maternelles. Mais elles produisent par la suite une cétose maternelle et par conséquent une cétoacidose. Souvent, la cétonurie sert de signe pour nous indiquer que la parturiente a besoin d'une perfusion pour corriger sa déshydratation et sa cétonurie.

Dangers de l'administration intraveineuse de glucose pendant l'accouchement

- Hyperglycémie maternelle et foetale
- Hyponatrémie maternelle
- Hyperinsulinisme foetal
- Hyponatrémie néonatale et par conséquent tachypnée
- Hypoglycémie néonatale
- Hyperbilirubinémie néonatale due à une hyperglycémie maternelle
- transmission de liquide de la mère au foetus et par la suite plus grande perte de poids du nouveau-né dans les premières 48 heures.

Il semble qu'une légère cétonurie soit normale. Le corps ne parvient à mobiliser que de petites quantités de glycogène, mais par contre il dispose d'une grande réserve de graisse, surtout pendant la grossesse. On ne devrait pas intervenir dans ce cycle avec l'administration intraveineuse de glucose. Une administration liquidienne intraveineuse trop grande peut avoir des conséquences pour la mère et l'enfant: hyponatrémie maternelle et foetale due aux effets de dilution et par conséquent tachypnée du nouveau-né. Le passage de liquide de la mère au foetus peut provoquer une plus grande perte de poids du nouveau-né. Mais si un enfant perd du poids dans ses premiers deux jours de vie parce qu'il a reçu trop de liquide alors qu'il était encore in utero, cela fausse l'idée que l'on a de sa perte de poids.
S'il fallait pourtant administrer du liquide pour une raison quelconque, il faudrait utiliser un liquide qui contienne du Na^+ et qui soit isotonique. Une telle solution ne pénètre pas immédiatement dans l'espace interstitiel. Un autre auteur pose la question suivante, après avoir fait une expérience sur les singes: une certaine cétonurie pendant l'accouchement n'est-elle pas désirable afin de protéger le foetus d'un manque d'oxygène? Des singes qui n'avaient reçu ni glucose ni nourriture et qui avaient été exposés à un manque d'oxygène artificiel ne montraient aucun dommage cérébral.

Conclusions
En survolant les différents travaux, l'on remarque que bien des choses ont été investiguées de manière insuffisante. Deux faits sont sûrs:
- l'aspiration pendant l'accouchement ne peut avoir lieu que lorsque l'on fait une césarienne sous narcose générale;
- un accouchement est un événement délicat, et toute ingérence de l'extérieur dérange l'équilibre et peut avoir des conséquences pour la mère et l'enfant.

Aucune sage-femme ne forcera jamais aucune parturiente à manger. Je ne parviens pas à me souvenir d'aucune femme ayant de fortes contractions et qui veuille encore manger. Mais des femmes ayant «un petit creux», simplement des tiraillements, prennent volontiers un petit quelque chose à manger. Par contre, beaucoup de femmes désirent boire, même pendant les contractions de l'expulsion. Respirer avec la bouche et la gorge sèches n'est sans doute pas très agréable, et une goutte d'eau ou de thé redonne de la force pour la prochaine contraction. Lorsqu'il n'y a pas de risque au départ, il n'y a aucune raison pour laisser les femmes avoir faim et soif. Une femme qui peut boire pendant les contractions n'a pas besoin de perfusion. Il lui suffit d'avoir un Venflon bouchonné...

Et voici ce que nous toutes savons, même sans étude: une femme qui est mise en confiance et bien soutenue a besoin de moins de médicaments et accouche plus vite. ☐

La prophylaxie des lésions périnéales et les soins du périnée

Introduction

Avant de nous engager dans un exposé technique et spécialisé du sujet proposé, nous aimerions évoquer les conséquences que peuvent entraîner les lésions périnéales et qui constituent une atteinte à l'intégrité du vécu à la fois corporel, sexuel, social et psychique de la femme. Parmi ces conséquences, au premier plan, **l'incontinence urinaire.**

Pour l'instant, celle-ci fait partie de **«ces problèmes qui n'existent pas parce qu'on n'en parle pas»** ou alors elle est vue comme une sorte de fatalité qui apparaîtrait après la ménopause dans la même ligne que les bouffées de chaleur, les descentes d'organes, la perte du désir sexuel, etc.

Beaucoup de tabous, de silence, de solitude et de gêne entourent ce problème qui devrait pourtant apparaître comme **une priorité au niveau de la santé publique** vu le nombre de personnes qu'il touche et le handicap qu'il occasionne dans la vie quotidienne.

Environ **50% des femmes** souffrent d'incontinence urinaire à des degrés divers, à tous les âges, à un moment donné de leur vie ou de façon permanente.

En tant que sages-femmes formées en rééducation uro-gynécologique, nous entrons en contact avec des femmes avant et pendant la grossesse, après l'accouchement, mais aussi en dehors ou après tout processus de maternité.