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: 7-8

Artikel: La tocolyse

Autor: [s.n.]

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-950879

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: 14.07.2025

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

Dès lors, mon but était de
- prendre conscience des possibilités d'aide en relation avec les soins corporels, et d'en tirer profit pour
  - prévenir le risque de thrombose
  - faire des massages
  - engendrer un sentiment de bien-être
  - nouer des contacts
  - entamer des discussions
- encourager les femmes à se soigner comme elles le feraient à la maison
- suggérer aux femmes de vêtir leurs propres habits
- faire venir une physiothérapeute lorsque la femme souffrait du dos ou profiter d'un moment de calme et de disponibilité pour proposer un massage ou une compresse chaude.

Manuel Moraga cite Paul Wathlawick: «Paul Wathlawick démontre que la communication non verbale est quatre fois plus puissante que la communication verbale. Selon lui, les relations profondes s'établissent souvent à travers ce qui n'est ou n'a pas été dit mais que le corps se charge d'exprimer.» ☐

La tocolyse

Pièges du traitement qui vise l'inhibition du travail d'accouchement – Le cas de la ritodrine (Pré-Par) et des autres bêta-mimétiques utilisés comme tocolytiques

Il s'agit de la dernière prise de position de la Société de Périnatologie américaine rapportée au Congrès de San Franscisco en février 1993. Texte traduit de l'anglais par D.V.

Introduction

Une étude canadienne sur la ritodrine qui a été rapportée dans le «New England Journal of Medicine», concluait que ce médicament n'était pas plus efficace qu'un placebo pour favoriser un prolongement de grossesse, une réduction de mortalité ou de morbidité périnatale, ou encore une augmentation du poids de naissance. Dans l'éditorial de cette même édition, il est supputé que les bêta-mimétiques, telle que la ritodrine, ne seraient non seulement inefficaces mais également dangereux, et que chaque année 3000 à 9000 femmes souffriraient d'oedème pulmonaire à cause de ces substances.

Pour quelles raisons ces agents sont-ils inefficaces et dangereux?

1. *Erreurs pharmacologiques dans le dosage*

Lorsque la ritodrine fut approuvée en 1980 par la «Food and Drug Administration», les études pharmacologiques étaient réalisées chez des hommes et des femmes non gravides.

Vu que l'effet actif de beaucoup de drogues est modifié pendant la grossesse, le fait de doser des substances sur la base de résultats pharmacologiques déterminés chez des femmes non enceintes peut aboutir à des effets secondaires insoupçonnés ou compromettre l'efficacité de la substance.
De telles erreurs dans le dosage sont largement responsables de plusieurs problèmes associés au traitement par la ritodrine.

a) *Durant la perfusion intraveineuse:*
Actuellement, le fabricant recommande que la ritodrine soit administrée à raison de 100 mcg/min pour commencer, puis augmentée de 50 mcg/min toutes les 10 minutes jusqu'à ce que les contractions cessent ou qu'apparaissent des effets indésirables.
Une fois que l'inhibition est atteinte, la perfusion est maintenue à ce taux inhibiteur pendant 12 à 24 heures. Certaines études pharmacocinétiques chez des femmes enceintes laissent supposer que cette approche peut provoquer un surdosage allant jusqu'à 100%. En réduisant le débit de la perfusion à son taux minimal d'efficacité, la concentration de ritorine inhibant le travail n'est, par contre, pas outrepassée. Il doit aussi y avoir un avantage à débuter la perfusion avec 50 mcg/min plutôt qu'à 100, parce que chez beaucoup de patientes la ritodrine est éliminée lentement et que la concentration plasmatique s'élève rapidement; et si des effets secondaires, tels que douleurs thoraciques ou tachypnée, sont associés à une élévation rapide de la concentration en ritodrine, le fait de commencer la perfusion à un débit de 50 mcg/min réduirait alors le risque d'effets secondaires.

b) *Durant l'administration orale:*
Des études pharmacocinétiques faites chez des femmes enceintes montrent que la préparation orale de ritodrine, à la dose recommandée de 120 mg/jour, se solde par des concentrations plasmatiques moyennes de moins de 10 ng/ml.
Ces concentrations sont nettement négligeables lorsqu'on les compare aux 30–120 ng/ml atteints par perfusion.

Les données cliniques correspondent aux données pharmacologiques, en ce sens que les contractions prématurées sont tout aussi fréquentes parmi les femmes qui prennent la plus haute dose de ritodrine orale recommandée.

2. *Mauvaises interprétations des études cliniques*

L'efficacité de la ritodrine est difficile à évaluer, parce que dans presque toutes les études de cas, l'efficacité du traitement par la ritodrine sous perfusion n'est pas évaluée séparément de celle du traitement per os. Vu qu'il y a deux modalitées de traitement, chacune devrait être évaluée séparément.
Dans le cas de la ritodrine, l'inefficacité de la préparation orale a conduit à la conclusion erronée que la préparation intraveineuse est tout aussi inefficace.

a) *Etude du centre canadien:*
Bien que les investigateurs canadiens aient conclu que le traitement par la ritodrine n'est pas meilleur qu'un placebo, leurs données ne permettent pas de faire les mêmes conclusions. En fait, leurs données indiquent que la ritodrine i/v est significativement meilleure qu'un placebo en prolongeant la grossesse pour une durée de 48 heures. Or leurs

données précisent que la préparation orale administrée pour 5 jours n'est, elle, pas plus efficace qu'un placebo en ce qui concerne un prolongement de grossesse.

b) *Analyses globales:*
Des analyses généralisées tentent de compenser la non-représentativité d'un échantillonnage trop petit en compilant les données de diverses études. De telles analyses montrent que la ritodrine est efficace, en prolongeant la grossesse de 24 à 48 heures, mais qu'elle est inefficace pour un prolongement au-delà de 32 ou 37 semaines. Malheureusement, dans des analses globales, le traitement i/v n'est pas séparé du traitement per os. Les données peuvent être interprétées en faveur de la ritodrine i/v, vu que son utilisation correspond au traitement le plus courant dans les premières 24–48 heures. L'échec d'un prolongement de grossesse au-delà de 32 ou 37 semaines pourrait, quant à lui, être attribué à l'inefficacité de la préparation orale.

3. *Effets physiologiques et secondaires*

L'évaluation de l'efficacité de la ritodrine et des autres bêta-mimétiques dans les études cliniques est entravée par la large variation de réponses médicales aux effets physiologiques et secondaires de la ritodrine. Dans plusieurs institutions, l'administration de ritodrine est constamment interrompue dès que la femme ressent des douleurs thoraciques, devient tachypnéique, présente une tachycardie ou une hypotension.
Or ces effets ne devraient pas induire automatiquement un changement de produit ni amener nécessairement à la conclusion que la substance est inadéquate.
Quand la ritodrine est comparée à un autre médicament inhibiteur du travail ou à un placebo, le taux d'échec peut être artificiellement élevé, car de tels cas sont vus comme des échecs, alors qu'en fait bon nombre de ces patientes pourraient être retraitées aux bêta-mimétiques.

a) *Effets physiologiques:*
La ritodrine et d'autres bêta-mimétiques ont un effet protéinique. L'identification de ces effets est importante car un traitement correcteur peut s'avérer nécessaire dans certains cas, par exemple lors d'hyperglycémie. De tous les effets physiologiques connus de la ritodrine, aucun ne justifie un arrêt de la perfusion ni une interprétation d'échec.

b) *Effets secondaires:*
Des tremblements et des vomissements sont fréquents et leurs présences isolées ne réclament pas de changement en cours de perfusion. Les effets secondaires les plus importants associés aux bêta-mimétiques sont: l'oedème pulmonaire, l'arythmie, les douleurs thoraciques et la tachypnée. La fréquence de ces effets a été mal ou surestimée. Au début de l'introduction de la ritodrine, peu de médecins étaient conscients des risques potentiels et le médicament était ainsi utilisé agressivement, un oedème pulmonaire apparut donc chez certaines patientes. Dans de rares cas, la non-identification de complication cardio-vasculaire aboutit à la mort maternelle. Récemment, avec la reconnaissance des risques cardio-vasculaires associés à l'usage de la ritodrine, la fréquence de ces effets secondaires a sensiblement diminué. Le risque d'oedème pulmonaire encouru sous bêta-mimétiques est estimé actuellement à environ 1/1000 cas, tandis que dans des études antérieures, l'incidence approchait 1/100. Les arythmies sont également peu courantes et sont rencontrées aussi avec d'autres agents inhibiteurs du travail. Evidemment, lors d'oedèmes pulmonaires ou d'arythmies, la perfusion de ritodrine devrait être stoppée immédiatement et ne pas être prescrite à nouveau. Les douleurs thoraciques ou la tachypnée surviennent dans 10–15% des cas de patientes traitées par la ritodrine i/v. Vu que ces symptômes peuvent être dus à une ischémie du myocarde, la perfusion devrait être immédiatement enlevée. Or on se demande si la perfusion doit être stoppée automatiquement lors de ces derniers symptômes, étant donné qu'ils pourraient être dus à une autre cause qu'à l'ischémie. En outre le fait que la tachypnée et que les douleurs thoraciques peuvent apparaître avec une fréquence cardiaque inférieure à 100 battements par minute en l'abscence d'hypotension suggère que ces symptômes ne sont pas nécessairement liés à une ischémie du myocarde. □

Une maternité unifiée pour une prise en charge mère-père-enfants

Vorlet-Crisci Rosaria:
Infirmière sage-femme responsable du service de gynécologie-obstétrique (hôpital cantonal de Fribourg).
Etudiante à l'école supérieure d'enseignement infirmier de Lausanne, Option gestion niveau 2 cours 30 L
Bonfils Catherine:
Infirmière enseignante responsable de la formation permanente (hôpital cantonal de Fribourg).

Introduction

Travail présenté par Rosaria Vorlet-Crisci au Congrès de l'ICM à Vancouver en mai 1993. Il s'agit de l'application d'un projet pour la prise en charge mère-père-enfants par une professionelle dans une structure hospitalière cantonale.
La maternité change, les jeunes professionnelles aussi. Au sortir de leur école, elles veulent une prise en charge holistique du couple, où on ne s'occupe plus séparément de la mère et de son enfant, voire même en oubliant le père. C'est un couple qui accouche. Les futurs parents auteurs de la vie sont des acteurs à part entière. Il n'y a pas seulement le fait d'accoucher, mais un acte de naissance qui englobe tout cet espace de vie qui va de la conception au retour à domicile dans une nouvelle structure familiale. La professionnelle qui soutient une famille en devenir se veut avant tout une professionnelle de la santé. Son rôle est plus d'enseigner, d'accompagner, de soutenir et de prévenir que de soigner. Dans un milieu hospitalier, cette affirmation peut être un paradoxe, mais n'oublions pas que nous parlons de maternité.