

Péridurale déambulatoire : impact sur les issus de l'accouchement

Autor(en): **Lacroix, Célia / Picard, Emilie / Lhernould, Alicia**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = Obstetrica : la revue spécialisée des sages-femmes**

Band (Jahr): **117 (2019)**

Heft 6

PDF erstellt am: **29.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-948980>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.



Péridurale déambulatoire: impact sur les issues de l'accouchement

L'utilisation de l'analgésie péridurale au cours de l'accouchement a fortement augmenté ces dernières années. Son efficacité antalgique n'est plus à prouver, mais elle induit cependant une immobilité chez les femmes qui en bénéficient. Dans cet article tiré de leur travail de bachelor, les auteures s'interrogent sur l'impact de la mobilisation sur l'accouchement chez les femmes bénéficiant d'une péridurale déambulatoire en milieu hospitalier.

TEXTE:
CELIA LACROIX,
ALICIA LHERNOULD,
EMILIE PICARD

Le recours à l'anesthésie péridurale en obstétrique est en forte hausse depuis ces deux dernières décennies. Selon l'Office cantonal de la statistique, on relève son utilisation dans 60% des cas à Genève en 2017, et 75.9% en France en 2012 selon l'HAS. Le mode de péridurale classique majoritairement utilisé fait preuve d'une antalgie efficace pendant le travail mais induit également un bloc moteur rendant la mobilisation des femmes très limitée, voire impossible. Pourtant d'un point de vue théorique et physiologique, la verticalisation et la mobilisation de la femme pendant le travail ont une importance capitale dans la mécanique obstétricale et la conservation de la physiologie (Vallejo *et al.*, 2001). D'autre part, la littérature démontre que

l'immobilité au cours du travail augmente l'interventionnisme par l'induction de gestes invasifs pouvant entraîner des dystocies dynamiques et mécaniques (Lawrence *et al.*, 2013). Ces dystocies augmentent alors considérablement les risques d'instrumentation et de césarienne (Simkin *et al.*, 2017).

On observe également en parallèle une demande de retour vers plus de physiologie autour de la naissance de la part de la population (Durant, 2017). De plus, d'après le National Institute for Health and Care Excellence, NICE (2014, mise à jour 2017), la sage-femme se doit d'encourager les femmes à bouger et adopter des positions verticales agréables durant le travail malgré la présence d'une analgésie par péridurale.

La conservation de la physiologie et l'évolution harmonieuse du travail étant l'une des préoccupations principales des sages-femmes en salle d'accouchement, comment soulager efficacement les femmes tout en optimisant la physiologie?

Qu'est-ce que la péridurale déambulatoire?

La péridurale déambulatoire existe depuis les années 90. Elle ne correspond pas réellement à un type de péridurale en particulier mais plutôt à la possibilité de se mobiliser du fait de l'absence de bloc moteur et ce, malgré une analgésie par épidurale. Cela est permis grâce à l'utilisation d'une combinaison d'anesthésiques locaux avec des morphinomimétiques qui potentialisent leur action. Cette combinaison appelée «faible dose» peut par la suite être administrée sous trois formes.

Le premier correspond au mode de diffusion continu. Le deuxième mode, PCEA (*Patient Controlled Epidural Analgesia*), permet l'administration de bolus par la femme elle-même, à laquelle est souvent

couplée l'administration d'un débit continu. Le troisième mode d'administration, PIEB (*Patient Intermittent Epidural Bolus*), consiste en l'administration de bolus programmés à intervalles réguliers, souvent associée à la possibilité pour la femme d'administrer des bolus elle-même.

D'après le NICE (2014, mise à jour 2017), ce sont les péridurales de types PCEA et PIEB qui sont à privilégier car les blocs moteurs sont beaucoup moins présents et la femme peut donc se mobiliser.

La verticalisation et la mobilisation pendant le travail ont une importance capitale dans la mécanique obstétricale et la conservation de la physiologie.

Une pratique peu répandue

Toutefois, il est important de relever que l'étude réalisée par le COMET Study Groupe UK (2001) met en évidence le fait que les péridurales à faibles doses ne sont utilisées que dans une minorité de services. C'était encore le cas en 2010, où seulement 9% des établissements français utilisaient cette technique. Il n'existe pas de données statistiques en Suisse en ce qui concerne les taux d'utilisation de ce type de péridurale. La péridurale déambulatoire permet aujourd'hui de marcher, se tenir debout, se mettre à genoux dans le lit, s'asseoir, etc. Cette pratique au cours du travail «apparaît comme une réponse possible aux répercussions de l'analgésie péridurale sur le travail» et répond à une demande de diminution d'actes intrusifs lors de l'accouchement de la part de certains couples (Tibi *et al.*, 2001). Elle est toutefois soumise à un critère principal qui est l'évaluation du bloc moteur par le score de Bromage, mais aussi à des conditions de mise en pratique spécifiques: respect des contre-indications (gémellarité, utérus cicatriciel, présentation podalique, souffrance fœtale, hypertension artérielle gravidique), surveillance continue du rythme cardiaque fœtal et des contractions utérines, présence d'un tiers, climat de confiance.

Résultats et recommandations

Cette revue de littérature permet de dire que globalement, il n'y a pas de différence significative en termes d'impact de la mobilisation sur les issues de l'accouchement avec une péridurale déambulatoire. Toutefois des éléments se dégagent:

- La péridurale déambulatoire n'apporte pas d'effets délétères. Il n'y a pas de





iStockphoto

différence significative sur le taux d'accouchement instrumenté ou le taux de césarienne. Le temps de travail en première et seconde phase du travail est identique. Les femmes sont aussi bien soulagées et autant satisfaites. Les issues néonatales sont, elles aussi, identiques. Ainsi, les femmes devraient être informées systématiquement de la possibilité de se mobiliser dès lors qu'elles bénéficient d'une péridurale sans bloc moteur et qu'elles rentrent dans les critères de faisabilité. Elles doivent être libres de choisir le mode d'analgésie qu'elles souhaitent, et si elles veulent se mobiliser ou non.

- Les résultats ont aussi montré la diminution des sondages vésicaux, qui entraîne une diminution du risque infectieux, ce qui est bénéfique pour les femmes. Il est donc important de favoriser une miction spontanée sur WC ou vase en première intention.
- Enfin, un article encourage l'utilisation du mode PIEB. Avec ce type d'administration et une solution faible dose, le bloc moteur apparaît moins fréquemment permettant ainsi une diminution significative du taux d'accouchement instrumenté. Ces résultats se retrouvent dans une méta-analyse publiée à posteriori de la revue de littérature du Bachelor indiquant aussi une utilisation moins importante de solution d'anesthésique, une réduction de la demande de bolus par les femmes, une réduction de la durée du travail et un score de

satisfaction maternelle significativement amélioré lorsque le mode PIEB est couplé au mode PCEA par rapport au mode continu couplé au mode PCEA (Xu *et al.*, 2019)

Réfléchir à nos pratiques

L'ensemble des études analysées est orienté sous un angle plus anesthésique qu'obstétrical et sans implication concrète de la sage-femme, ce qui est une limite importante pour ce travail. Toutefois, des points intéressants dans cette revue de littérature amènent des éléments de réflexion sur la pratique sage-femme:

- Il est important de renforcer la collaboration entre les différents professionnels de la périnatalité, en particulier les anesthésistes et les obstétriciens, afin d'établir des protocoles de péridurales déambulatoires basés sur des données probantes.

Les freins à ces nouvelles techniques pourraient faire l'objet d'une enquête de terrain approfondie auprès des professionnel·le·s.

- L'information donnée aux couples ne doit pas être négligée, en amont de la prise en charge en salle de naissance, en différents temps (en consultation et en cours de préparation à la naissance et à la parentalité) et par les différents professionnels (sages-femmes indépendantes et hospitalières, obstétriciens, anesthésistes). Il semble nécessaire de continuer à développer ce partenariat entre les membres des équipes et les femmes, et favoriser l'*empowerment*. Ainsi, les femmes doivent avoir toutes les informations pour effectuer un choix libre et éclairé pour leur plan de naissance.
- Par ailleurs, la sage-femme se doit de défendre les intérêts de la femme, notamment en favorisant la physiologie: il est important de promouvoir la mobilisation au cours du travail, sans attendre une éventuelle dystocie pour encourager la femme à bouger (ICM, 2013).
- Afin de se mobiliser dans un cadre sécuritaire, les protocoles imposent bien souvent que la femme soit accompagnée pour se lever. Le·la partenaire de la parturiente peut alors prendre ce rôle lorsque la sage-femme n'est pas présente dans la salle de travail. Il·elle doit aussi recevoir une aide de la sage-femme afin d'être en capacité de soutenir adéquatement la femme et ainsi vivre une expérience positive (Johansson *et al.*, 2015).
- Enfin, il paraît intéressant d'intégrer la notion de péridurale déambulatoire

dans la formation des étudiant-e-s sage-femme, afin qu'elles aient connaissance de son existence, de son fonctionnement et de ses avantages pour conseiller les femmes et les guider au mieux sur le terrain.

D'autre part, cette revue amène à s'interroger sur les raisons pour lesquelles la déambulation avec ces modes de péridurales est si peu répandue. Quels sont les freins à leur développement? Existe-t-il des résistances institutionnelles ou de la part des équipes? Des questions liées aux coûts de leur mise en place entrent-elles en ligne de compte? Le manque d'informations et de formations des équipes de salles de naissances ainsi que la charge de travail pourraient-être, selon nous, des hypothèses de limites à sa mise en œuvre. La mise en lumière des différents freins à ces nouvelles techniques pourrait faire l'objet d'une enquête de terrain approfondie auprès des sages-femmes, des obstétriciens et des anesthésistes.

Pour un respect du choix et un accompagnement personnalisé

Actuellement, les dernières recommandations préconisent d'encourager la mobilisation des parturientes au cours du travail, mais aussi de lui apporter des moyens pour l'aider à surmonter la douleur. Plutôt qu'un regard limité au respect strict de la physiologie de l'accouchement, l'accent est davantage mis sur le respect du choix des femmes et l'accompagnement personnalisé, pour une expérience unique et positive de l'accouchement, une «better birth». Il s'agit de concepts clés développés dans les dernières campagnes des organisations internationales tels l'OMS (2018) et le RCM (2018) en lien avec la santé des mères et des nouveau-nés. La péridurale déambulatoire,

La péridurale déambulatoire semble être un bon compromis permettant aux femmes de vivre au mieux leur accouchement en milieu hospitalier.

et plus précisément le mode PIEB qui montre des résultats prometteurs, semble être un bon compromis permettant aux femmes de vivre au mieux leur accouchement en milieu hospitalier. De plus en plus de femmes souhaitent être actives et maîtriser le processus de la naissance.

Les sages-femmes sont les professionnelles expertes pour offrir un accompagnement centré sur les besoins des couples et favoriser leur autonomie dans le but d'obtenir une pleine satisfaction de leur vécu. N'ayant pas d'effets délétères sur les issues d'accouchements, les issues néonatales, l'antalgie et la satisfaction de femmes, la péridurale déambulatoire serait une alternative intéressante pour faire évoluer les pratiques et le vécu des couples autour de la naissance. Les différents éléments mis en évidence par la revue de littérature pourraient être utilisés comme arguments auprès des établissements de santé. ☉

Lacroix, C., Lhernould, A. & Picard, E. (2018). Péridurale déambulatoire: effets de la mobilisation sur les issues de l'accouchement. Travail de bachelor dirigé par Bonzon, M., Haute Ecole de Santé Vaud.

AUTEURES



Célia Lacroix, sage-femme au prénatal de la maternité du Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne.



Alicia Lhernould, sage-femme à la maternité de l'Hôpital Riviera Chablais.



Emilie Picard, sage-femme sur le pool de la maternité du Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne.

Références

- Comparative Obstetric Mobile Epidural Trial Study Group UK (2001)** Effect of low-dose mobile versus traditional epidural techniques on mode of delivery: a randomised controlled trial. *Lancet*; 358(9275), 19-23. doi:10.1016/S0140-6736(00)05251-X.
- Durand, A.-A. (2017)** Accoucher avec ou sans péridurale? Naissance d'un débat. *Le Monde*; 30 août. www.lemonde.fr
- Haute Autorité de Santé (2012)** Données épidémiologiques générales liées à la grossesse. www.has-sante.fr
- International Confederation of Midwives (2013)** Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme. static.cnsf.asso.fr
- Johansson, M., Fenwick, J. & Premberg, Å (2015)** A meta-synthesis of fathers' experiences of their partner's labour and the birth of their baby. *Midwifery*; 31(1), 9-18. doi: 10.1016/j.midw.2014.05.005
- Lawrence A., Lewis L., Hofmeyr G.J. & Styles C. (2013)**. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD003934. doi: 10.1002/14651858.CD003934.pub2.
- Office cantonal de la statistique (2017)** Statistiques médicales des hôpitaux suisses. Genève. www.ge.ch
- Organisation Mondiale de la Santé (2018)** Recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. apps.who.int
- National Institute for Health and Care Excellence (2014, mise à jour 2017)** Intrapartum care for healthy women and babies. www.nice.org.uk
- Royal College of Midwives (2018)** Better Births. http://betterbirths.rcm.org.uk
- Simkin, P., Hanson, L. & Ancheta, R. (2017)** The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia (4^{ème} éd.). Oxford, Angleterre: Wiley-Blackwell.
- Tibi N., Bizimungu J. & Berardi J.-C. (2001)** Consommation d'ocytociques et durée du travail sous analgésie péridurale ambulatoire. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*; 30, 674-679. doi: JGYN-11-2001-30-7-0368-2315-101019-ART7
- Vallejo, M. C., Firestone, L. L., Mandell, G. L., Jaime, F., Makishima, S. & Ramanathan, S. (2001)** Effect of epidural analgesia with ambulation on labor duration. *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists*; 95(4), 857-861.
- Xu, J., Zhou, J., Xiao, H., Pan, S., Liu, J., Shang, Y. & Yao, S. (2019)** A systematic review and meta-analysis comparing programmed intermittent bolus and continuous infusion as the background infusion for parturient-controlled epidural analgesia. *Scientific Reports*; 9(1), 2583. doi:10.1038/s41598-019-39248-5.