



Tu n'enfanteras plus dans la douleur !

Date de création : 22 février 2005. Dr Anastasia Roublev.

En 1846, un obstétricien écossais, James Young Simpson osait, malgré les protestations des puritains, la première anesthésie au cours du travail. Il était rapidement imité par l'accoucheur de la reine Victoria qui bénéficia d'une anesthésie au chloroforme pour la naissance de son huitième enfant, le prince Léopold. Plus d'un siècle et demi plus tard, l'analgésie durant le travail est encore l'objet de polémique. Ainsi, dans la plupart des maternités les obstétriciens considèrent que l'on ne peut débuter une analgésie péridurale que lorsque la dilatation a atteint un stade suffisant fixé par l'American College of Obstetricians and Gynecologists à 4 à 5 cm.

Ce retard à la mise en route de la péridurale est lié à la crainte d'une augmentation de la fréquence des césariennes ou des extractions instrumentales lorsque la péridurale est débutée au début du travail. De ce fait, les femmes n'ayant pas atteint la dilatation seuil, soit souffrent parfois de longues heures soit reçoivent une analgésie systémique opiacée avec ses inconvénients pour la mère et le nouveau-né.

Pour tenter de trancher le débat, une équipe de Chicago a initié une vaste étude randomisée dans laquelle ont été incluses 750 nullipares à terme étant entrées spontanément en travail ou ayant rompu spontanément leur membrane et dont la dilatation cervicale était inférieure à 4 cm.

A la première demande, le premier groupe a bénéficié immédiatement d'une analgésie péridurale combinée administrée selon le mode spinal-épidural. Pour le second groupe, des opiacés étaient administrés par voie systémique.

A la seconde demande d'analgésie, l'anesthésie péridurale était débutée dans le second groupe si la dilatation avait atteint 4 cm, dans le cas contraire les opiacés étaient poursuivis par voie systémique. A la troisième demande, la péridurale était débutée quel que soit l'état de la dilatation.

Les résultats ont été jugés sur le taux de césarienne, le délai jusqu'à dilatation complète ou jusqu'à la naissance, le niveau de douleur et le score d'Apgar.

Sur tous ces critères la stratégie impliquant une péridurale d'emblée n'a pas été inférieure ou a été supérieure à la politique de péridurale réservée aux dilatations supérieures à 4 cm :

- 1) Le taux de césarienne a été de 17,8 % avec la péridurale d'emblée contre 20,7 % avec l'analgésie systémique (NS).
- 2) Les délais jusqu'à dilatation complète ou jusqu'à la naissance ont été significativement plus courts avec la péridurale d'emblée (- 90 minutes pour la dilatation, -81 minutes pour la naissance ; $P < 0,001$ dans les deux cas).
- 3) Les scores de douleurs étaient significativement moins élevés avec la péridurale d'emblée ($P < 0,001$).
- 4) Les scores d'Apgar inférieurs à 7 à une minute étaient moins fréquents dans le groupe péridurale d'emblée (16,7 % contre 24 % ; $P = 0,01$).

Le dogme imposant une dilatation cervicale supérieure à 4 cm avant de débiter une analgésie péridurale semble donc devoir être abandonné (du moins lorsque l'anesthésie régionale est délivrée dans les conditions de cette étude).

La malédiction biblique de l'enfantement dans la douleur s'éloigne un peu plus...