



Accouchement dans un espace physiologique: Les limites et contraintes

D Chassard, Lyon

Accouchement physiologique = accouchement naturel

Intimité et respect de la femme, du couple

Moins de déclenchement et de travail dirigé par ocytociques

Moins de médicalisation (voie veineuse, monitoring, péridurale)

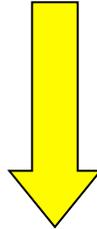
La douleur est naturelle (moins de péridurale)

Alimentation possible

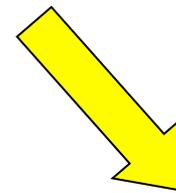
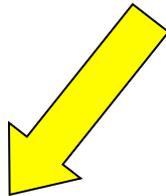
Plus de liberté dans les positions et mouvements

Peau à peau avec les bébés

Accouchement physiologique



Accouchement démedicalisé



**Accouchement
à
Domicile:
Maisons
de naissance**

**Espaces
Physiologiques
Dans
L' hôpital**

**L' alimentation
pendant le travail
est souhaitable**

**« l'accouchement
est équivalent en
dépense énergétique
à un
Marathon »**



29 SA...

Alimentation pendant le travail

***Blog naissance: Le gros cliché de la femme qui accouche
qui hurle j'ai soif
à qui le mari vient juste pschitter
la figure en désespoir de cause
avec une petite bouteille sous pression d'eau minérale c'est fini.
Qu'on se le dise, fini de nous torturer
à nous assoiffer, nous affamer
et dire que pour certaines femmes
ce jeu infâme pouvait durer des heures durant !***

Peur du Mendelson

opposée

Épuisement accouchement (acétose)

Eating in labour

A randomised controlled trial assessing the risks and benefits

M. J. L. Scrutton,¹ G. A. Metcalfe,² C. Lowy,³ P. T. Seed⁴ and G. O'Sullivan⁵

Etude échographique pour solides +++

	Eating	Starved
Number of gastric antra visualised successfully (%)	26 (74)	24 (80)
Gastric antral cross-sectional area (cm ² ; mean (SD))	6.35 (1.98)	4.50 (1.64) 
Number vomiting (%)	17 (38)	8 (19) 
Volume vomited (ml; mean (SE)) (of those vomiting)	309 (173)	104 (83) 

Gastric Emptying of Water in Obese Pregnant Women at Term

Etude pour liquides

Cynthia A. Wong, MD

Robert J. McCarthy, PharmD

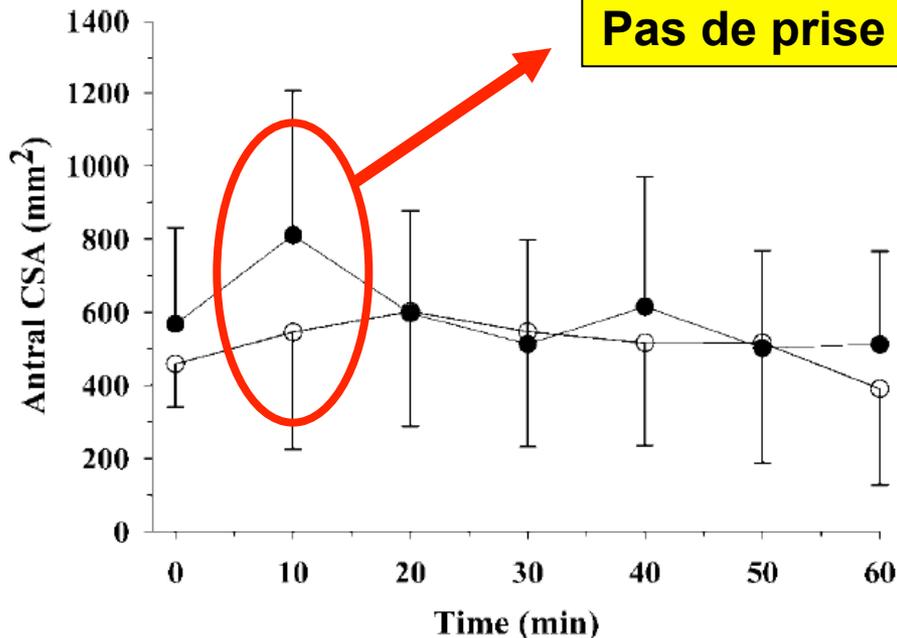
Paul C. Fitzgerald, RN, MS

Kiril Raikoff, MS

Michael J. Avram, PhD

BACKGROUND: Healthy nonpregnant and pregnant patients may ingest clear liquids until 2 h before induction of anesthesia without adversely affecting gastric volume. In this study, we compared gastric emptying in obese, term, nonlaboring pregnant women (prepregnancy body mass index $>35 \text{ kg/m}^2$) after the ingestion of 50 and 300 mL of water.

METHODS: Gastric emptying was assessed in 10 obese, term pregnant volunteers using both serial gastric ultrasound examinations and acetaminophen absorption in a crossover study design. After an overnight fast, volunteers ingested 1.5 g acetaminophen and 50 or 300 mL water (randomly assigned) on two occasions separated by at least 2 days. Serial gastric antrum cross-sectional areas were determined using gastric ultrasound imaging and the half-time to gastric emptying



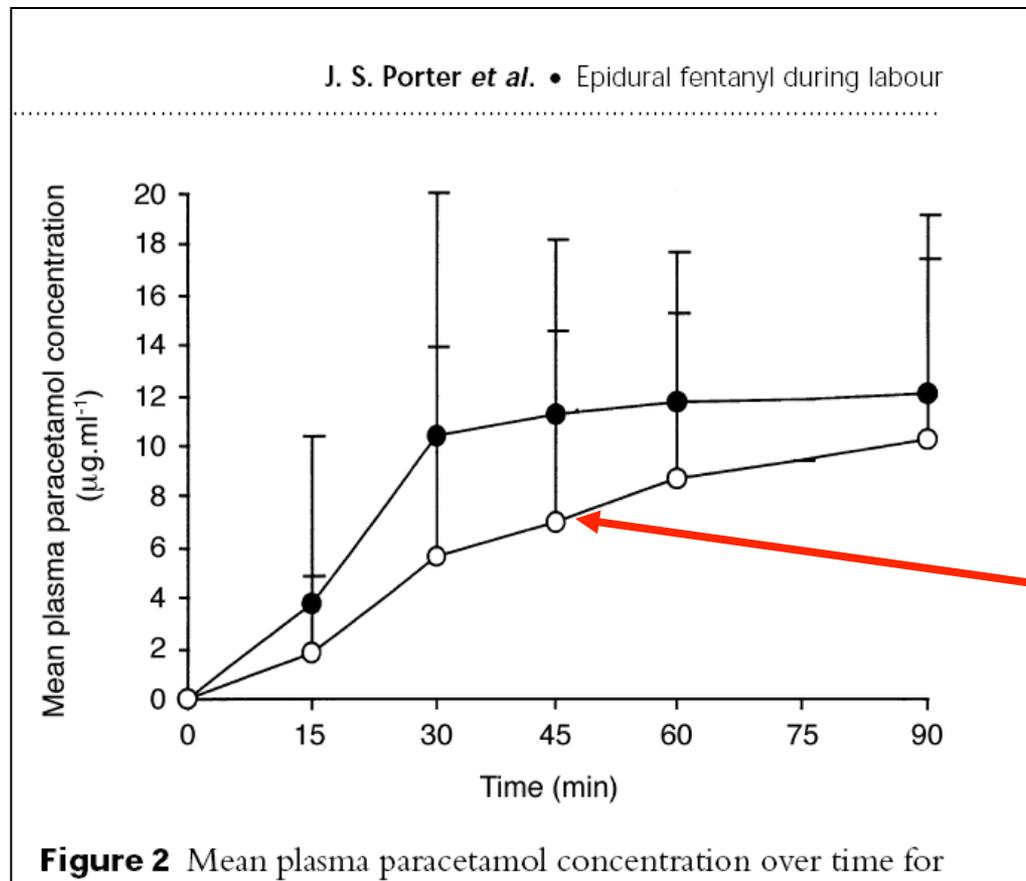
Pas de prise abondante des boissons !

Table 2. Plasma Acetaminophen Data ($N = 10$)

	50 mL	300 mL
$AUC_{60} (\mu\text{g} \cdot \text{min} \cdot \text{mL}^{-1})$	312 ± 248	296 ± 150
$AUC_{90} (\mu\text{g} \cdot \text{min} \cdot \text{mL}^{-1})$	482 ± 347	478 ± 189
$AUC_{120} (\mu\text{g} \cdot \text{min} \cdot \text{mL}^{-1})$	622 ± 425	657 ± 204
$C_{\text{max}} (\mu\text{g}/\text{mL})$	9.9 ± 7.2	9.2 ± 3.6
$t_{\text{max}} (\text{min})$	53.4 ± 37.2	57.5 ± 38.8

The influence of epidural administration of fentanyl infusion on gastric emptying in labour

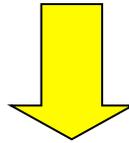
J. S. Porter, E. Bonello and F. Reynolds



Absorption paracétamol plus lente si APD avec morphinique

Effet significatif si Fentanyl > 100 µg

**État de jeune + efforts
+ douleur**



Acidocétose (non constante)

**Est-ce physiologique (naturel)
ou pathologique d'avoir une acido-cétose
pendant son accouchement ?**

An Evaluation of Isotonic “Sport Drinks” During Labor

(Anesth Analg 2002;94:404–8)

Mark Kubli, FRCA(UK)*, Mark J. Scrutton, FRCA(UK)†, Paul T. Seed, MSc, Cstat‡, and
Geraldine O’ Sullivan, PhD, FRCA(UK)*

Women in the Sport Drinks group were encouraged to consume up to 500 mL (one bottle) in the first hour and then a further 500 mL every 3 to 4 h. Additionally,

Variable	Sport Drink group (n = 30)		Control group (n = 30)	
Labor				
Duration of labor (min)	477	(150)	533	(176)
Oxytocin in labor	16	(53%)	14	(47%)
Mode of delivery				
Spontaneous vaginal	18	(60%)	18	(60%)
Instrumental vaginal	6	(20%)	4	(13%)
Cesarean delivery	6	(20%)	8	(27%)
Neonate				
Apgar <7 at 1 min	5	(17%)	2	(7%)
Apgar <7 at 5 min	0	(0%)	1	(3%)
Umbilical artery pH	7.19	(0.07)	7.18	(0.11)
Umbilical vein pH	7.32	(0.06)	7.30	(0.09)

Pas d'influence sur accouchement

Variable	Sport Drink group		Control group	
	Baseline	End of Stage 1	Baseline	End of Stage 1
β-hydroxybutyrate (mmol/L)	0.19 (0.19)	0.11 (0.11)	0.30 (0.29)	0.82 (0.58)
Nonesterified fatty acids (mmol/L)	0.65 (0.30)	0.63 (0.21)	0.70 (0.28)	1.0 (0.22)
Glucose (mmol/L)	5.29 (1.48)	5.59 (1.90)	5.38 (0.93)	4.88 (0.74)

Effet métabolique+ mais rôle ?





Effect of food intake during labour on obstetric outcome: randomised controlled trial

Geraldine O'Sullivan, consultant anaesthetist,¹ Bing Liu, research associate,² Darren Hart, agenda for change midwife,³ Paul Seed, senior lecturer in medical statistics,² Andrew Shennan, professor of obstetrics²

BMJ

2009

We excluded women who had a known obstetric or medical complication that could have increased the likelihood of an operative delivery, were in severe pain, intended to use parenteral opioids for analgesia during labour, or were unable to understand English

Outcome	Eating (n=1219)	Water (n=1207)	P value
Normal vaginal delivery*	533 (44)	534 (44)	0.77
Instrumental delivery	324 (27)	310 (26)	0.64
Caesarean section	362 (30)	363 (30)	0.86
Vomited	430 (35)	406 (34)	0.41
Oxytocin for augmentation	647 (53)	673 (56)	0.19
Intravenous fluid >500 ml	820 (67)	838 (69)	0.25
Length of labour (min):			
Geometric mean	597	612	–

WHAT THIS STUDY ADDS

Eating did not influence obstetric (mode of delivery or duration of labour) or neonatal outcomes

No evidence of harm was found, but the power was insufficient to imply safety owing to the current extremely low incidence of acid pulmonary aspiration in obstetrics

If low risk women are offered a light, easily digestible diet during labour they should be advised that this will not improve their obstetric and neonatal outcome

Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology

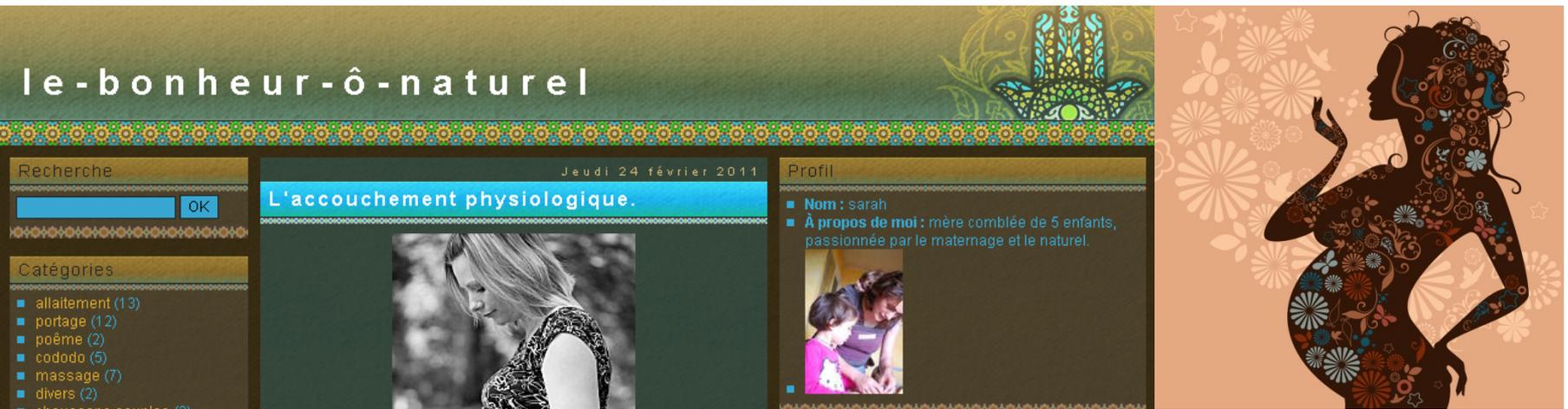
Ian Smith, Peter Kranke, Isabelle Murat, Andrew Smith, Geraldine O'Sullivan, Eldar Søreide, Claudia Spies and Bas in't Veld

Liquides clairs = à volonté (Niveau 1, Grade A)
Solutions sportives isotoniques, jus fruit, thé, café

Solides = à éviter (Niveau 1, Grade A)
(Car ne change pas le pronostic obstétrical ou fétal)

Sauf si risque faible (?) : toast, biscuits céréales
Et si faibles doses morphiniques dans la péridurale

Mobilité et positions



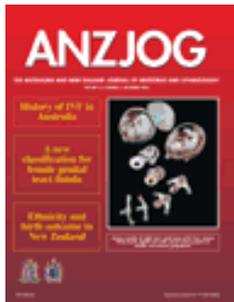
BLOG « La mobilité et la verticalité sont les points essentiels pour un accouchement facilité. Le col se dilate plus aisément grâce au poids de l'utérus et de celui du bébé puisqu'ils appuient dessus et l'ouvrent.

La position debout vous permet de prendre appui sur un mur ou de vous accrocher au cou de votre partenaire (!)

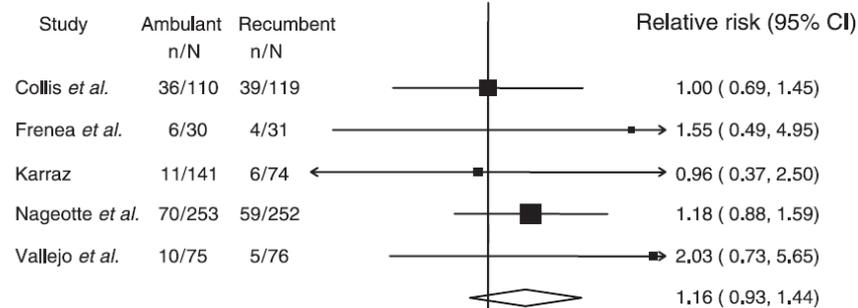
Elle facilite la descente de votre bébé qui peut profiter pleinement de la pesanteur »

Impact of first-stage ambulation on mode of delivery among women with epidural analgesia

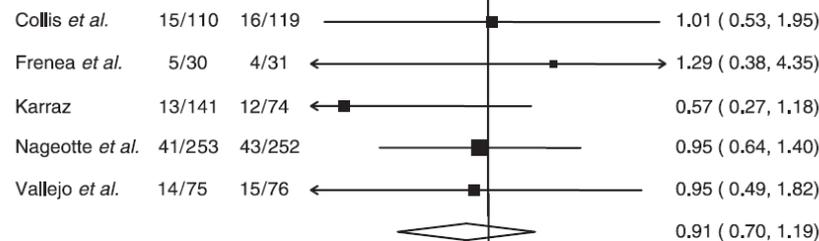
Christine L. ROBERTS^{1,2} Charles S. ALGERT³ and Emily OLIVE¹



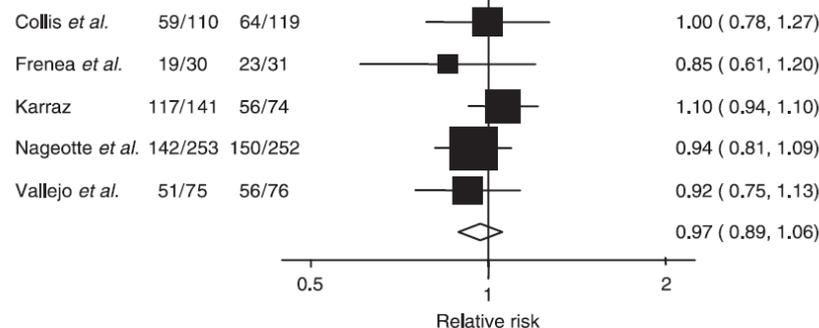
Instrumental delivery*



Caesarean section†



Spontaneous vaginal delivery‡



Ambulation ?



LACK OF EFFECT OF WALKING ON LABOR AND DELIVERY

STEVEN L. BLOOM, M.D., DONALD D. McINTIRE, PH.D., MARY ANN KELLY, R.N., HEIDI L. BEIMER, R.N.,
REBECCA H. BURPO, C.N.M., MARCY A. GARCIA, C.N.M., AND KENNETH J. LEVENO, M.D.

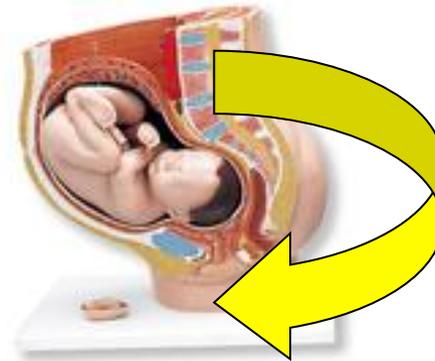
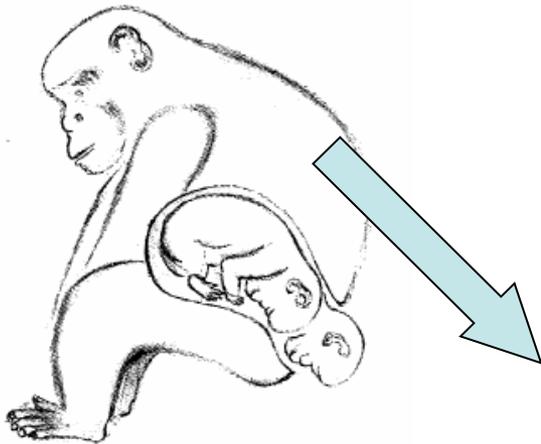
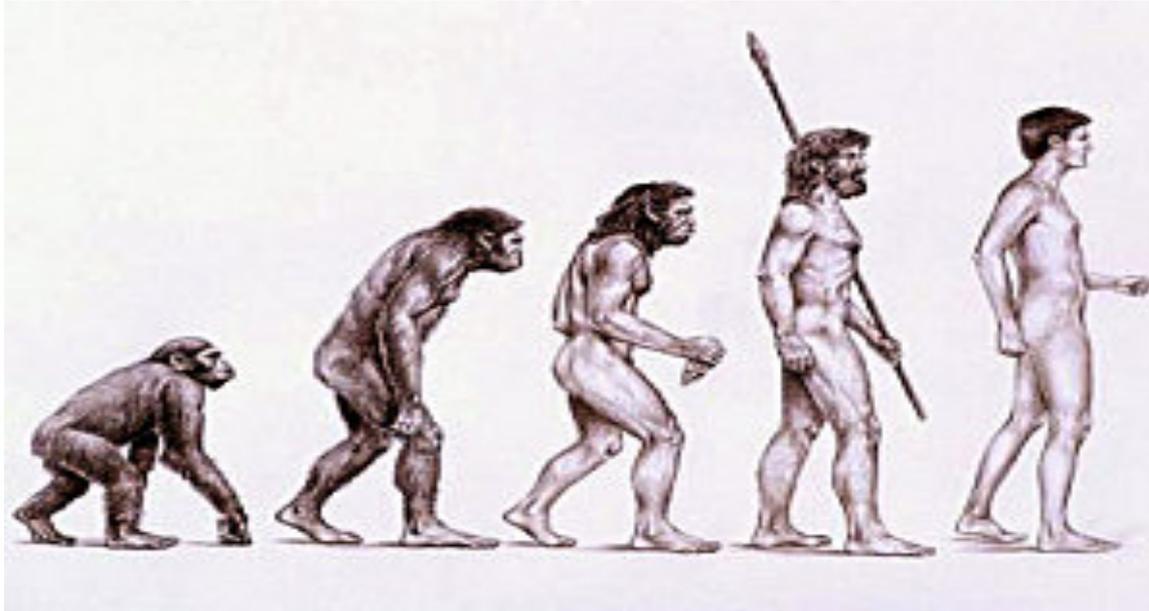
OUTCOME	WALKING	USUAL-CARE	P
	GROUP	GROUP	
	(N=536)	(N=531)	VALUE
	no. (%)		
Episiotomy	122 (23)	124 (23)	0.86
Spontaneous delivery	490 (91)	483 (91)	0.39
Forceps delivery	23 (4)	17 (3)	0.35
Shoulder dystocia	1 (0.2)	2 (0.4)	0.56
Cesarean delivery			
Dystocia	17 (3)	17 (3)	0.98
Fetal distress*	5 (1)	12 (2)	0.08
Breech presentation	1 (0.2)	1 (0.2)	0.99
Prolapsed cord	0	1 (0.2)	0.32
Total	23 (4)	31 (6)	0.25

Duration of labor — hr

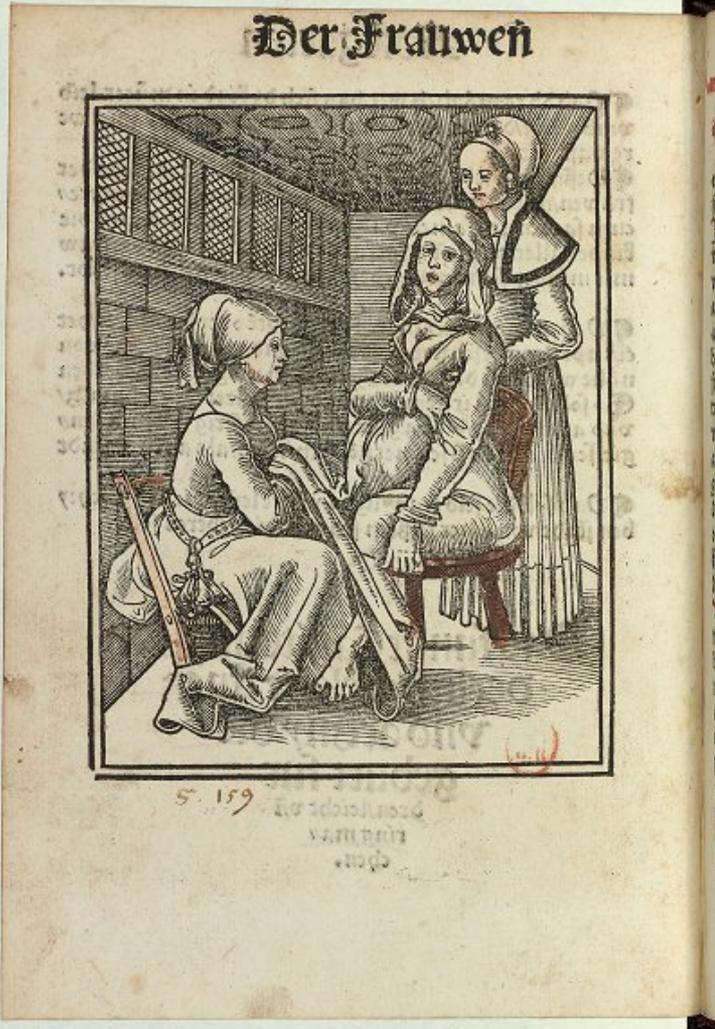
First stage	6.1±3.6	6.1±3.5
Second stage	0.6±0.8	0.6±0.7

**Il faut favoriser
les différentes positions
au cours de l'accouchement**

Quelle position pour accoucher ?

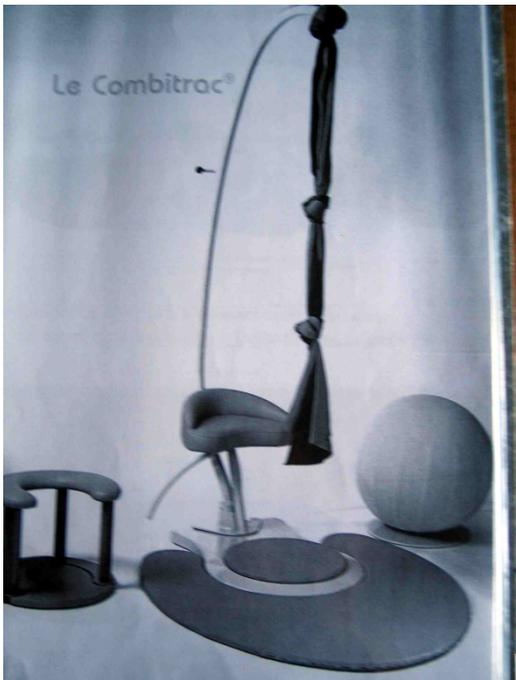






1513







Positions les plus fréquemment adoptées pour l'expulsion

Position à l'expulsion	Taux
« 4 pattes »	30 %
Décubitus latéral G et D	22 %
Décubitus dorsal	19 %
Semi- assise	9,3 %
Debout	8,25 %
Rosa	6 %
Accroupie	2 %
Genoux	2 %

Des positions pour faciliter et accélérer l'accouchement

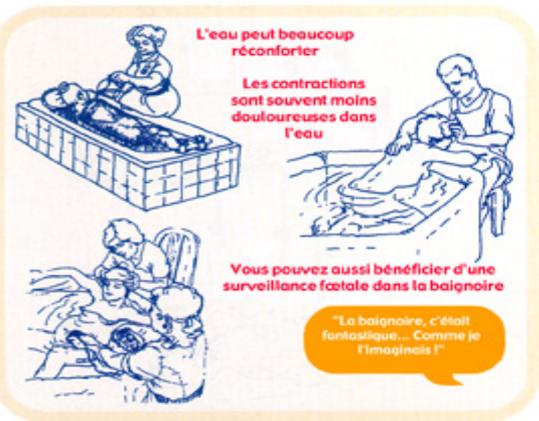
Le contact physique, les paroles apaisantes et encourageantes, yeux dans les yeux, sont des aides précieuses



Pour aider le bébé à progresser le long du bassin, essayez de...

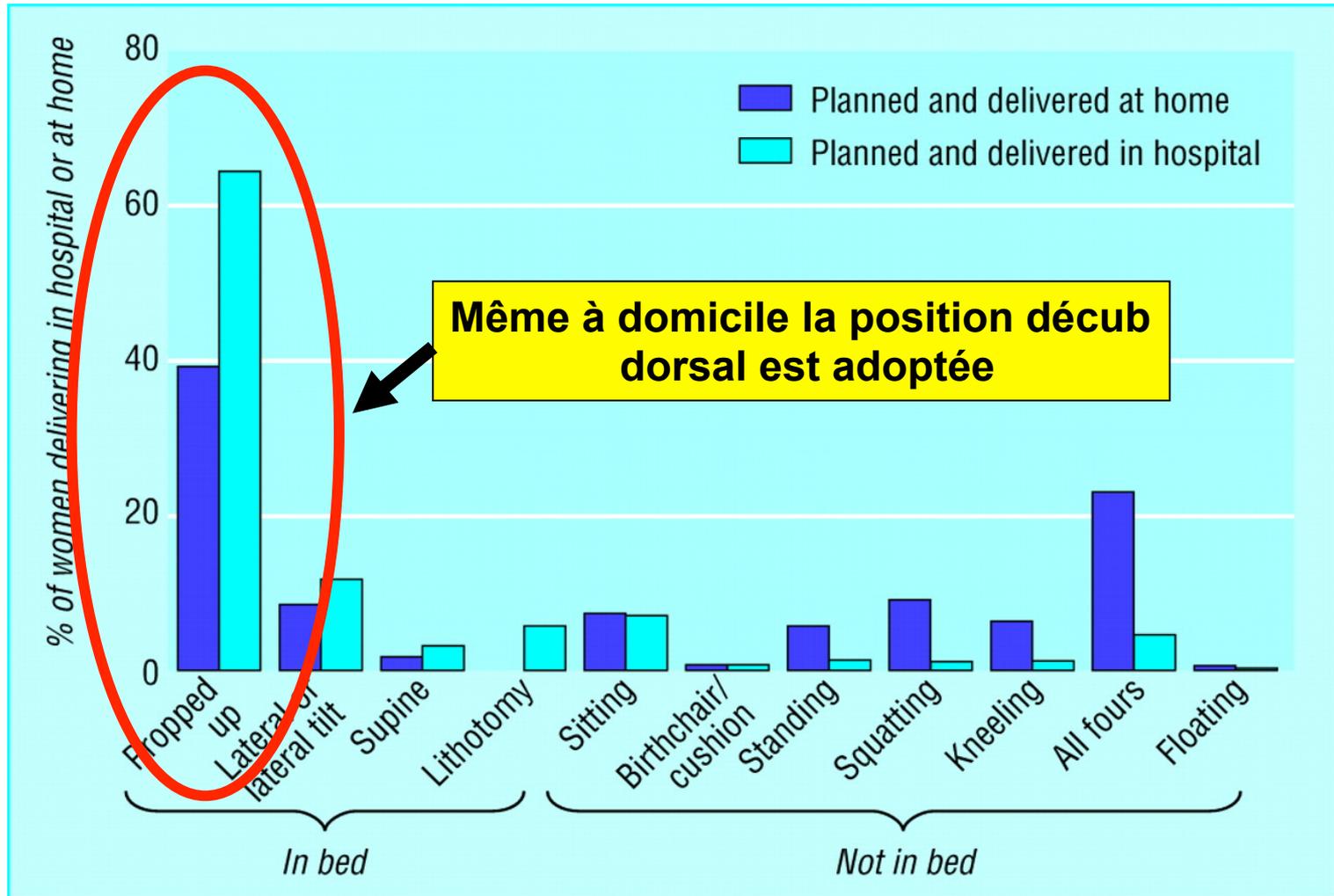


La position verticale et la liberté de mouvement permettent d'accoucher plus vite





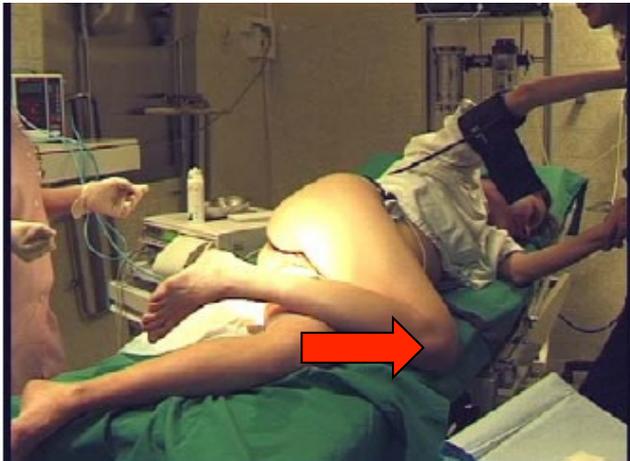
Positions in labour used by women delivering in hospital or at home.



Steer P , Flint C BMJ 1999;318:793-796

La position latérale

De la théorie à la pratique....



Randomized Controlled Trial of Hands-and-Knees Positioning for Occipitoposterior Position in Labor

Robyn Stremler, RN, PhD, Ellen Hodnett, RN, PhD, Patricia Petryshen, RN, PhD, Bonnie Stevens, RN, PhD, Julie Weston, RN, MSc, and Andrew R Willan, PhD, for the Labour Position Trial Group

This trial provides evidence of reductions in persistent back pain, acceptability to laboring women, and no evidence of harm with use of maternal hands-and-knees positioning during labor with a fetus in occipitoposterior position. Hands-and-knees positioning should be offered to women laboring with a fetus in occipitoposterior position in the first stage of labor to reduce persistent back pain. Although this study demonstrates trends toward improved birth outcomes, further trials are needed to determine if hands-and-knees positioning promotes fetal head rotation to occipitoanterior and reduces operative delivery.



Intérêt pour la douleur



Pas de preuve sur l'issue du travail



Maternal positions and mobility during first stage labour (Review)

2009

The review includes 21 studies with a total of 3706 women. Overall, the first stage of labour was approximately one hour shorter for women randomised to upright as opposed to recumbent positions (MD -0.99, 95% CI -1.60 to -0.39). Women randomised to upright positions were less likely to have epidural analgesia (RR 0.83 95% CI 0.72 to 0.96). There were no differences between groups for other outcomes including length of the second stage of labour, mode of delivery, or other outcomes related to the wellbeing of mothers and babies. For women who had epidural analgesia there were no differences between those randomised to upright versus recumbent positions for any of the outcomes examined in the review. Little information on maternal satisfaction was collected, and none of the studies compared different upright or recumbent positions.

Authors' conclusions

There is evidence that walking and upright positions in the first stage of labour reduce the length of labour and do not seem to be associated with increased intervention or negative effects on mothers' and babies' wellbeing. Women should be encouraged to take up whatever position they find most comfortable in the first stage of labour.

Un confort, pas un avantage...

Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Review)



upright or lateral position compared with supine or lithotomy positions

Réduction de la deuxième partie du travail: 4.28 minutes, 95% CI 2.93 to 5.63 minutes)

Réduction des accouchements assistés: (RR) 0.80, 95% CI 0.69 to 0.92)

Réduction des épisiotomies (RR 0.83, 95% CI 0.75 to 0.92)

Augmentation déchirures 2eme degrés: (RR 1.23, 95% CI 1.09 to 1.39)

Augmentation des pertes > 500 ml (RR 1.63, 95% CI 1.29 to 2.05)

« La douleur est normale pendant l'accouchement. Les femmes peuvent gérer sans médicalisation »



Recherche

OK

Catégories

- allaitement (13)
- portage (12)
- poème (2)
- cododo (5)
- massage (7)
- divers (2)
- chaussons-coussins (2)

Comment

« Le premi

qu'elle es

et surtout

Votre part

et vous so

avec des r

à cet effet



mpagner

»...



Pensez à vous vous détendre...

N° 660 • septembre 2008

Satisfaction à l'égard du suivi de grossesse et de l'accouchement en fonction du type de structure de prise en charge, des caractéristiques des patientes et de la trajectoire de grossesse

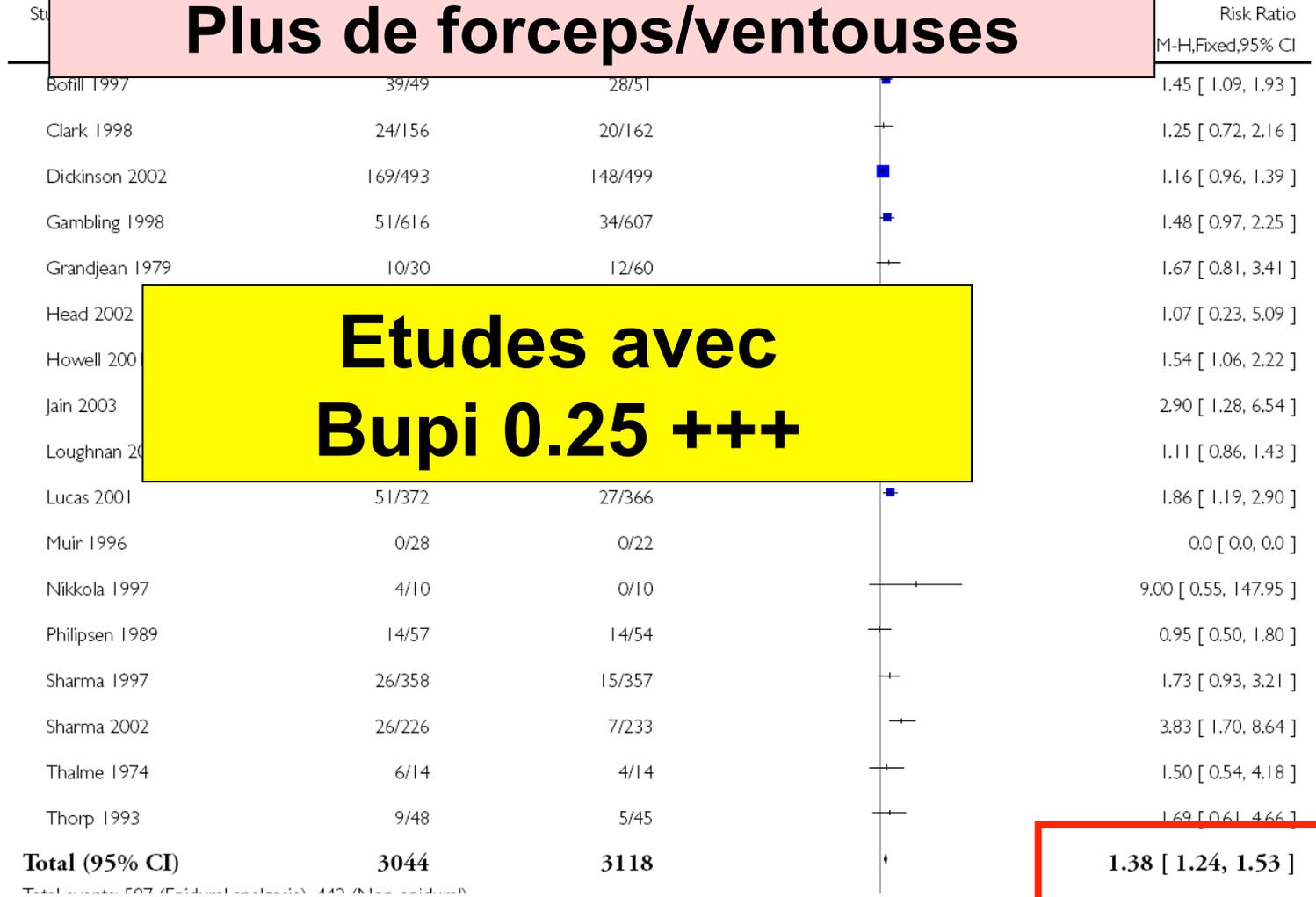
Actes pratiqués	Pas de péridurale	1,7		8,1	***
	Césarienne	2,6		12,4	***
	Episiotomie	2,1		5,7	**
	Soins de déchirure	2,1		5,2	*

Une césarienne ou l'absence de péridurale donnent les plus hauts scores d'insatisfaction



Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour (Review)

**Pas d'effet sur taux de césarienne
Plus de forceps/ventouses**



**Etudes avec
Bupi 0.25 +++**

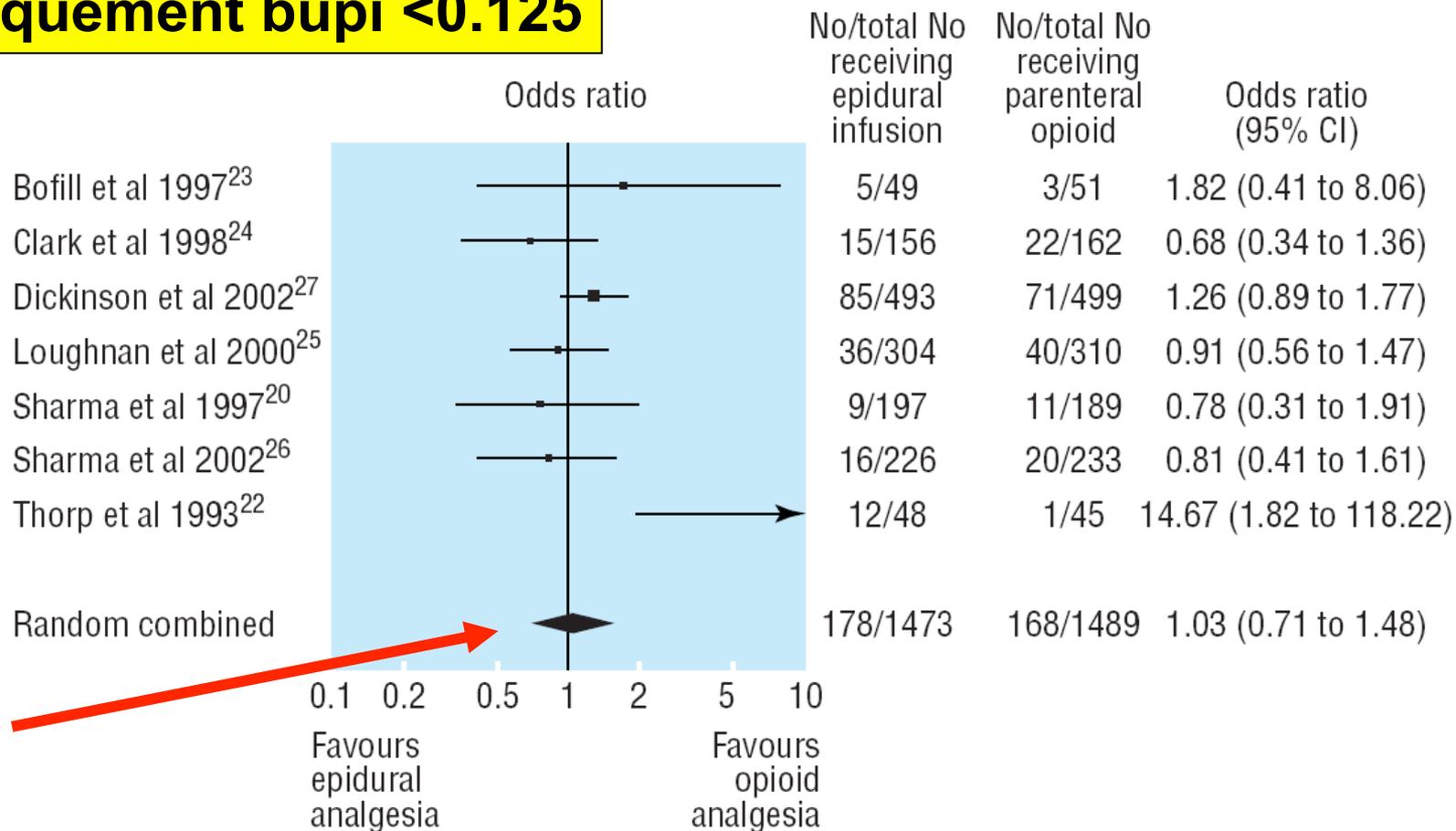
1.38 [1.24, 1.53]

Rates of caesarean section and instrumental vaginal delivery in nulliparous women after low concentration epidural infusions or opioid analgesia: systematic review

E H C Liu, A T H Sia

BMJ

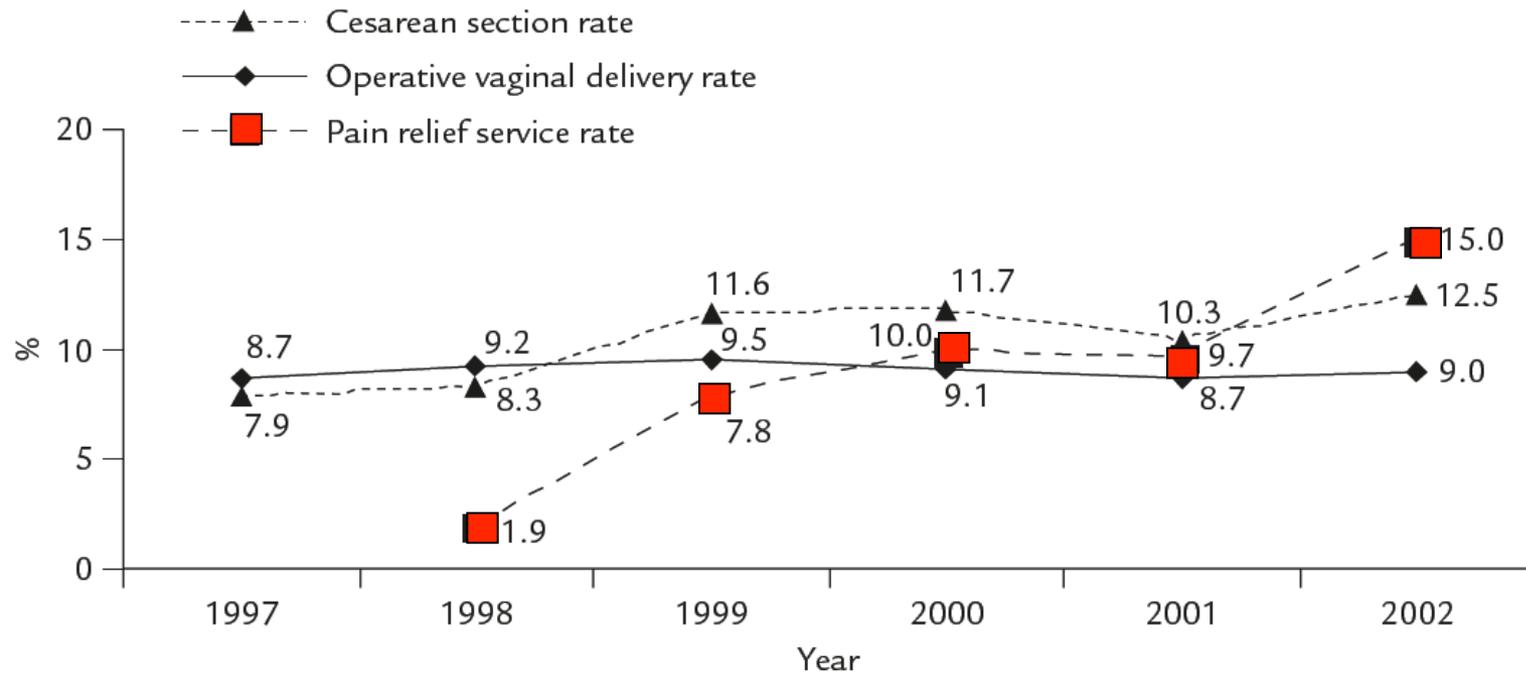
Uniquement bupi <0.125



Effect of Availability of a Parturient-elective Regional Labor Pain Relief Service on the Mode of Delivery

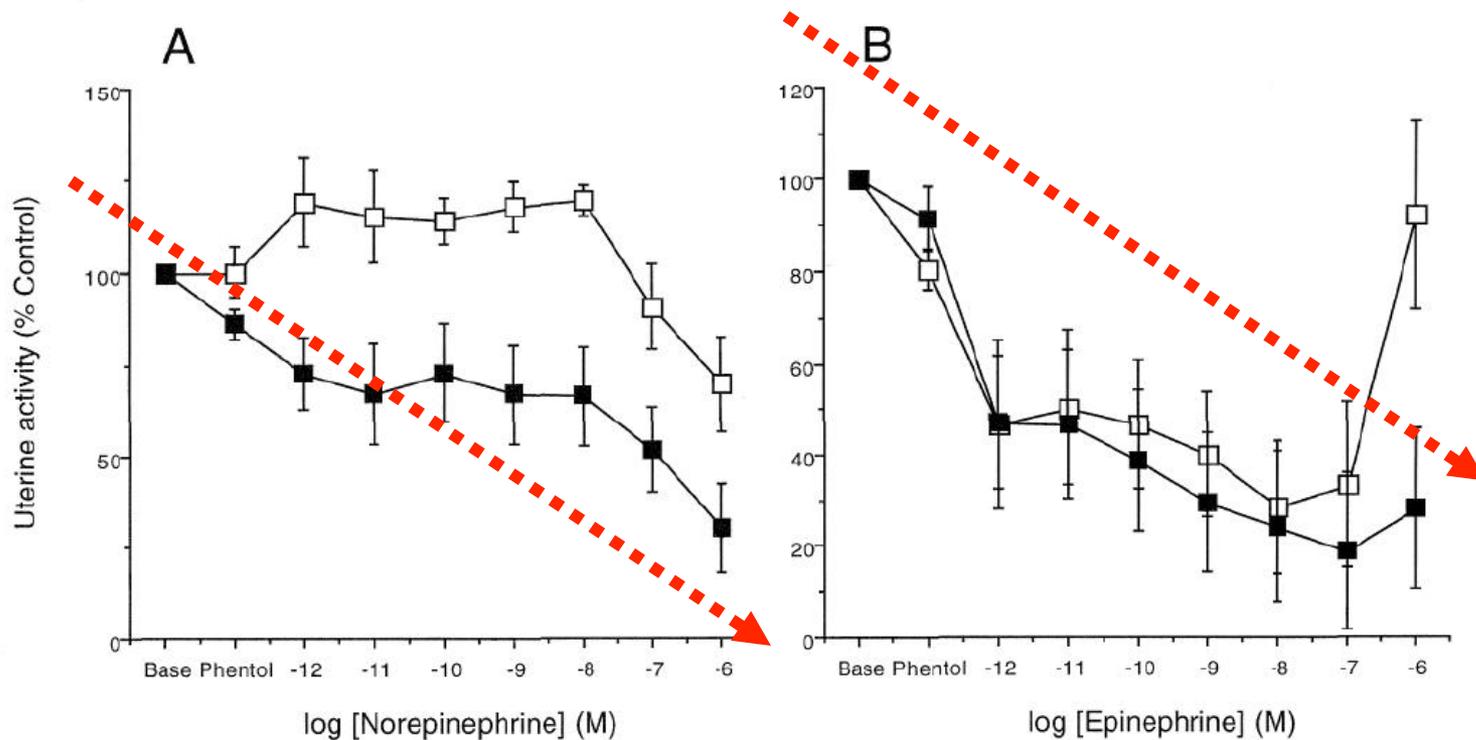
Hsiao-Lin Hwa, Li-Kuei Chen,^{1*} Tony Hsiu-Hsi Chen,² Chien-Nan Lee, Ming-Kwang Shyu, Jin-Chung Shih

J Formos Med Assoc | 2006 • Vol 105 • No 9



The Tocolytic Effect of Catecholamines in the Gravid Rat Uterus

Scott Segal, MD, Andrew N. Csavoy, BS, and Sanjay Datta, MD



Stress = Forte concentration catécholamines = baisse tonus utérin

**La sécurité maternelle ?
Est-ce un vilain mot ?**

[Les Maternelles](#)

Elizabeth Tchoungui

Nathalie Lebreton

Thomas Chauvineau

Nadia Daam

Présenté par Elizabeth Tchoungui

du lundi au vendredi à 8h55

LES MATERNELLES

[Forum](#)

[Questions de parents](#)

[Appels à témoins : j'ai un problème](#)

[Newsletter](#)

Posté le 22-12-2010 à 16:17:02  

Bonjour,

je voulais juste vous faire part moi aussi de mon expérience car j'ai accouché dans la maison de naissance [redacted]

[redacted] Cela se situe juste entre la maternité [redacted] et l'hôpital [redacted] Je rêvais moi aussi d'un accouchement idéal, malheureusement le suivi a été un peu juste et malgré des éléments d'alerte relativement prévisibles (bébé très gros, quantité de liquide amniotique impressionnantes + dépassement de terme) la sage femme n'a pas été assez vigilante et mon bébé est mort 24h après sa naissance à cause d'une procidence du cordon. Cela ne serait pas arrivé si j'avais été suivie par une gynéco.

Mortalité maternelle dans le monde

Area	N°/100.000
Sub-Sahara	1.100
South-Asia	430
Middle east and North Africa	360
Caribbean and Latinomeric	190
Est Asia and Pacífic	140
Russia, Baltic countries	55
Developed countries	5-12
World - Global	400

Il s'agit de la plus grande injustice et l'inégalité entre les régions dans le monde entier

19 janvier 2010 / n° 2-3

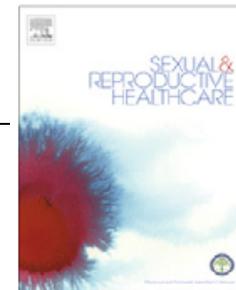
Numéro thématique - La mortalité maternelle en France : bilan 2001-2006

Special issue - Maternal deaths in France: situation report, 2001-2006

	Nombre de cas	% d'évitabilité*
Causes obstétricales directes	201	58,3
Hémorragies	68	90,6
Embolies amniotiques	43	8,1
Thrombo-embolismes	27	33,3
Complications HTA	26	62,5
Infections	15	83,3
Complications anesthésie	5	100,0
Autres causes directes	17	60,0
Causes obstétricales indirectes	112	26,1
Toutes causes	313	46,1

Transfer in planned home births in Sweden – effects on the experience of birth: A nationwide population-based study

Helena E. Lindgren^{a,b,*}, Ingela J. Rådestad^c, Ingegerd M. Hildingsson^d



Sexual & Reproductive Healthcare 2 (2011) 101–105

**14%
Transfert
95/675**

Stagnation 42	Hémorragies 5
SF non dispo 13	Rétention plac. 2
RPM 6	Eclampsie 1
Dystocie 4	
SFA 4	
Anxiété 3	
Méconium 3	
Pose APD 1	

en %

	1995	1998	2003
Mère de 35 ans et plus	12,5	14,7	15,9
Poids avant grossesse de 60 kg et plus	40,3	44,2	48,8

Age	Effectifs			Pourcentage			Taux (annuel)		
	1990-94	1995-99	2000-02	1990-94	1995-99	2000-02	1990-94	1995-99	2000-02
< de 20 ans	6	2	2	1	1	1	7,2	3,0	4,3
20-24 ans	45	30	16	11	8	9	6,4	5,7	5,0
25-29 ans	104	101	30	25	28	17	7,3	7,4	3,8
30-34 ans	120	109	49	29	30	28	12,1	9,5	6,3
35-39 ans	97	89	49	23	24	28	24,7	18,9	15,6
40-44 ans	36	32	21	9	9	12	44,4	33,1	33,3
> 45 ans	6	4	6	1	1	3	145,6	81,4	215,3
Tous âges	414	367	173	100	100	100	11,2	10,0	7,5

*Cette catégorie ne comporte que 3 années au lieu de 5



The 'top ten' key recommendations

Pre-conception care

1. Pre-conception counselling and support, both opportunistic and planned, should be provided for women of child-bearing age with pre-existing serious medical or mental health conditions which may be aggravated by pregnancy. This includes obesity. This recommendation especially applies to women prior to having assisted reproduction and other fertility treatments.

**Un minimum de sécurité à respecter
pour la mère...**



Groupage

ACI

VVP mais sans perfusion

La physiologie pour les femmes, la pathologie pour les enfants ?

Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis

Joseph R. Wax, MD; F. Lee Lucas, PhD; Maryanne Lamont, MLS; Michael G. Pinette, MD; Angelina Cartin; Jacquelyn Blackstone, DO

CONCLUSION: Less medical intervention during planned home birth is associated with a tripling of the neonatal mortality rate.

Maternal and newborn morbidity by birth facility among selected United States 2006 low-risk births

Joseph R. Wax, MD; Michael G. Pinette, MD; Angelina Cartin; Jacquelyn Blackstone, DO

CONCLUSION: Home births are associated with a number of less frequent adverse perinatal outcomes at the expense of more frequent abnormal labors and low 5-minute Apgar scores.



	Bain	Classique
APD	47%	66%
César	16%	22%
Instrum.	33%	28%
Ocyto + RM	71%	96%
Séjour Réa NNé (n)	6	0

BMJ helping doctors make better decisions

Randomised controlled trial of labouring in water compared with standard of augmentation for management of dystocia in first stage of labour

2004

Elizabeth R Cluett, Ruth M Pickering, Kathryn Getliffe, Nigel James St George Saunders



La population:127 femmes sur 21 mois

Source: M Deleuze, A. Gouttenoire, S Chevallier

Les accouchements physiologiques ont représenté 8% de l'activité en 2006, 24% sur les 9 premiers mois de 2007

- 25% de primipares,
- 75% de multipares,
- Parité moyenne de 2,24 enfants par femme

2 poses APD en cours travail

0,8 % de césarienne

**et 0,8 % d'extraction
instrumentale**

2.7% hémorragie > 800 mL

1 seule épisiotomie

85% allaitement maternel

Impact d'une formation à l'accouchement physiologique sur les résultats maternels et périnataux

Enquête de type avant/après dans une maternité de niveau 2A

S. Brément*, C. Giard**, C. Racinet***

* Sage-femme, Maternité, Hôpitaux Nord Drôme site de Romans-BP 1002, 26102 Romans-sur-Isère.

** Chef du Service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier Général de Voiron, BP 208,

	P1	P2 (physio)
Ocytociques	ns	
Péridurale	ns	
Forceps/césar	ns	
RCF patho	+++	
Durée travail		+++
Episiotomie	+++	
Confort		+++
Mobilité		+++

Conclusions

En France concerne 1% naissance

Oui aux espaces physiologiques à coté de la maternité

Critères de sélection encore à définir par équipe pluridisciplinaire

Circuit de la consultation d'anesthésie + VVP à maintenir

Oui aux boissons mais restriction alimentation solides pdt travail

Oui aux positions et à la mobilisation (pour confort)

Non à la privation de la péridurale en 2011

Organisation de ces espaces est aussi un problème d'effectif de SF

Mais aussi d'opposition entre certaines SF et G&O....

Accouchement sous les draps (1711)

Les chirurgiens se plaignent de l'ignorance des sages-femmes incultes et incompetentes qui font appel à eux quand la situation est devenue irrémédiable, tandis que les sages-femmes stigmatisent l'outrecuidance et l'indécence de ces hommes qui veulent à tout prix s'immiscer dans les problèmes intimes des femmes et qui, par leur brutalité et l'usage d'instruments barbares, ne sont bons qu'à provoquer des désastres. Pen-





BEGAR 2011

Hôtel Pullman Montparnasse - PARIS

- **Mer 7 et Jeu 8 décembre :**
→ **Anesthésie-Réanimation Obstétricale**

secret.anesthesieb@abc.aphp.fr

(ou 01 45 37 42 73)

