

Recommandations HAS de bonne pratique: Accouchement normal dont accouchement physiologique

Dr Martine BONNIN, Anesthésiste Réanimateur
Pôle Femme Et Enfant, Hôpital Estaing
CHU Clermont-Ferrand, France





HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site :

Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode Recommandations pour la pratique clinique.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés en dernière page (fiche descriptive) et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Préambule

Saisine

La Haute Autorité de Santé (HAS) a été saisie suite à une demande formulée par :

- le Collectif inter-associatif autour de la naissance (CIANE) ;
- le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) ;
- le Collège national des sages-femmes de France (CNSF) ;
- la Société française de maïeutique (SFMa).

Sont associés à la saisine les partenaires suivants :

- la coordination française pour l'allaitement maternel (COFAM) ;
- la société française des anesthésistes réanimateurs (SFAR).

Contexte d'élaboration de la RBP

Renforcement de la sécurité autour
de l'accouchement et de la naissance
Médicalisation & technicisation élevée
Offre de soins large et diversifiée

Objectifs:

Élaboration d'une RBP pour l'accompagnement
de la physiologie de l'accouchement à bas risque
Extension à la PEC de l'accouchement normal



Dans ce contexte, a émergé de la part des usagers la **demande croissante d'une prise en charge moins médicalisée de l'accouchement et plus respectueuse de la physiologie de la naissance, en particulier dans les situations de bas risque obstétrical**. Elle s'est traduite par la création de lieux spécifiques à l'accouchement physiologique tels que **les maisons de naissance** (autorisées dans le cadre d'une expérimentation), **ou les unités dites « physiologiques »** (dénommées également sous diverses terminologies telles qu'« espaces physiologiques » ou « salle nature », ou « unités sage-femme », mais dont le fonctionnement et l'organisation des soins ne sont pas encore établis). Cette demande correspond au souhait des femmes d'accoucher dans le respect du processus physiologique (avec notamment, une technicisation si nécessaire, une liberté posturale, une surveillance du rythme cardiaque fœtal (RCF) en discontinu, une prise en charge non médicamenteuse de la douleur, etc.).

Enjeux:

- Moins de médicalisation
- Garantir la sécurité
- Harmoniser les pratiques
- Eviter un gaspillage de moyens

Objectifs d'amélioration de pratiques:

Ces recommandations s'appliquent à tout service de maternité en établissement de santé, aux unités physiologiques et aux maisons de naissance en cours d'expérimentation. Elles ont pour objectifs de :

- définir, pour les femmes à bas risque obstétrical, les modalités de prise en charge de l'accouchement respectueuses du rythme et du déroulement spontané de la naissance et des préférences des femmes ;
- signaler au cas par cas les interventions médicales qui ne s'appliquent pas aux maisons de naissance ou aux unités physiologiques, et qui font sortir les femmes de cet accompagnement ;
- améliorer et garantir la qualité et la sécurité des soins de la mère et du nouveau-né.

Bientraitance et droits des patientes

- le respect du choix fait par la femme et l'accompagnant ;
- le soutien attentif de la femme et de l'accompagnant durant l'accouchement ;
- le respect de l'intimité et de la dignité sur le lieu de l'accouchement (salle de naissance individuelle et insonorisée, contrôle de la température, etc.) ;
- l'information^{6,7} sur la prise en charge de la douleur (sur tous les types d'analgésie disponibles), la proposition d'un contact en peau à peau et de la mise au sein, les facteurs de risque éventuellement identifiés et les modalités de leur prise en charge sur place ou dans le cadre d'une orientation ou d'un transfert ; des supports d'information type à destination des femmes et des couples (livret d'accueil, fiches de conseils aux futures accouchées) sont proposés sur les sites des sociétés savantes, des associations d'usagers et des réseaux de santé périnatale ;
- la prise en compte de la demande des femmes accouchant sous le secret.

Le projet de naissance

Il est recommandé d'encourager les femmes à préparer un projet de naissance⁸, notamment lors de l'entretien prénatal précoce, et à l'exprimer oralement ou par écrit. Ce projet comprend les préférences de la femme ou du couple quant aux modalités d'accouchement.

Anticiper l'écriture du projet de naissance
Conseiller et aider la femme dans sa réalisation
Relire & discuter avec le couple du caractère
réalisable des différentes demandes et exigences

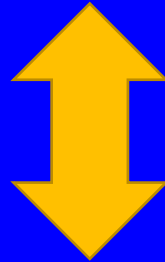
Définitions (1): Risque obstétrical bas

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion non obstétricaux	Critères d'exclusion obstétricaux
✓ Risque obstétrical bas pdt suivi de grossesse ✓ Risque obstétrical bas avant l'accouchement sur le lieu de naissance	✓ Obésité morbide ✓ ATCDS chirurgicaux ✓ ATCDS neurochirurgicaux ✓ ATCDS médicaux: cardiopathie, HTA, DID, épilepsie, néphropathie, drépanocytose, coagulopathie, ATE, maladie de système, malformation utéro vaginale	✓ Prématurité ✓ Grossesse gémellaire & triple ✓ RCIU ou petit poids ✓ Diabète gestationnel ✓ Présentation non céphalique ✓ HTA gravidique & pré éclampsie, HELLP ✓ Cholestase gravidique ✓ Anomalies de localisation du placenta

Recommandation HAS 2016, Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées

Définitions (2)

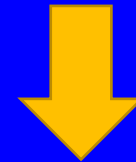
- **Accouchement normal:** déroulement spontané, accompagnement physiologique, interventions techniques et médicamenteuses minimales



- **Accompagnement physiologique:** exclut ALR et accélération du travail par oxytocine; inclut VVP, antibioprophylaxie, administration préventive d'oxytocine au 3^{ème} stade du travail, amniotomie

Définitions (3)

- **Accompagnement comprenant des interventions techniques et médicamenteuses minimales:** lorsqu'elles sont nécessaires par choix de la parturiente ou par sécurité (ALR et accélération du travail par oxytocine)



- **Sortie de l'accompagnement physiologique:** critères à définir par les établissements physiologiques en partenariat avec leur établissement de santé partenaire mais également par chaque unité physiologique au sein des maternités

La femme peut passer successivement d'un accompagnement de la physiologie de l'accouchement à un accompagnement comprenant des interventions médicales, soit par choix soit par nécessité.

Information des femmes

Les informations portent sur :

- l'organisation de la maternité (notamment pendant le service de garde) et des limites que l'organisation impose quant au libre choix d'un praticien ou à la disponibilité de certains moyens et techniques ;
- toute intervention médicale pouvant être proposée et réalisée au cours du travail et de l'accouchement. Toute intervention ou pratique de soins non urgente doit faire l'objet d'un consentement oral libre et éclairé ;
- les indications, les possibilités, les limites, les risques éventuels et les contre-indications des différentes interventions non médicamenteuses (acupuncture, immersion, etc.), médicamenteuses (anesthésie loco-régionale, administration d'oxytocine, etc.) et techniques (auscultation intermittente, amniotomie, épisiotomie, etc.) utilisables au cours du travail et de l'accouchement, et notamment pour diminuer la douleur. Elles seront clairement exposées et discutées, afin d'aider les femmes à faire un choix éclairé.

Il est recommandé d'encourager la femme enceinte à se faire accompagner par la personne de son choix lors de l'accouchement (grade A).

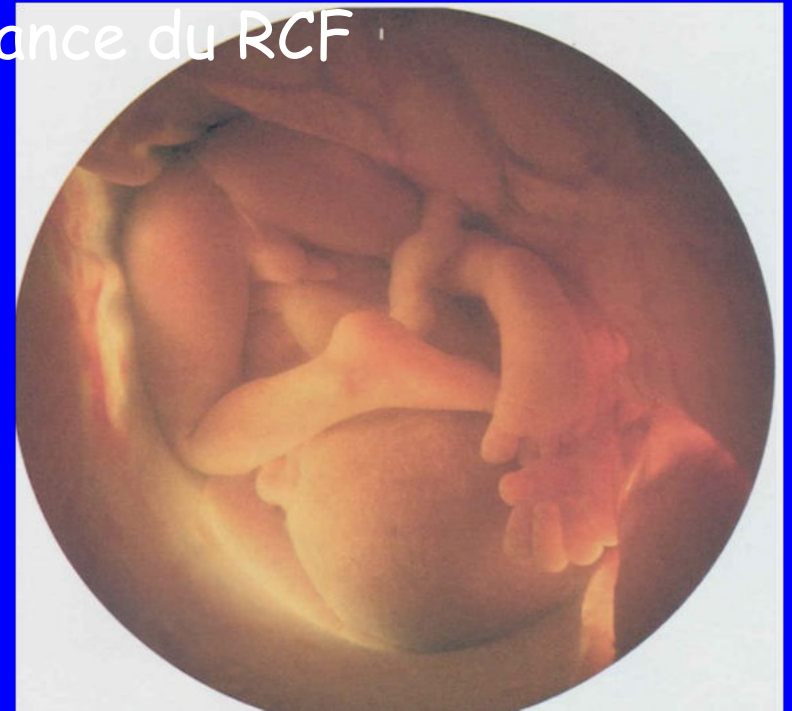
Admission

Evaluation initiale de la femme:

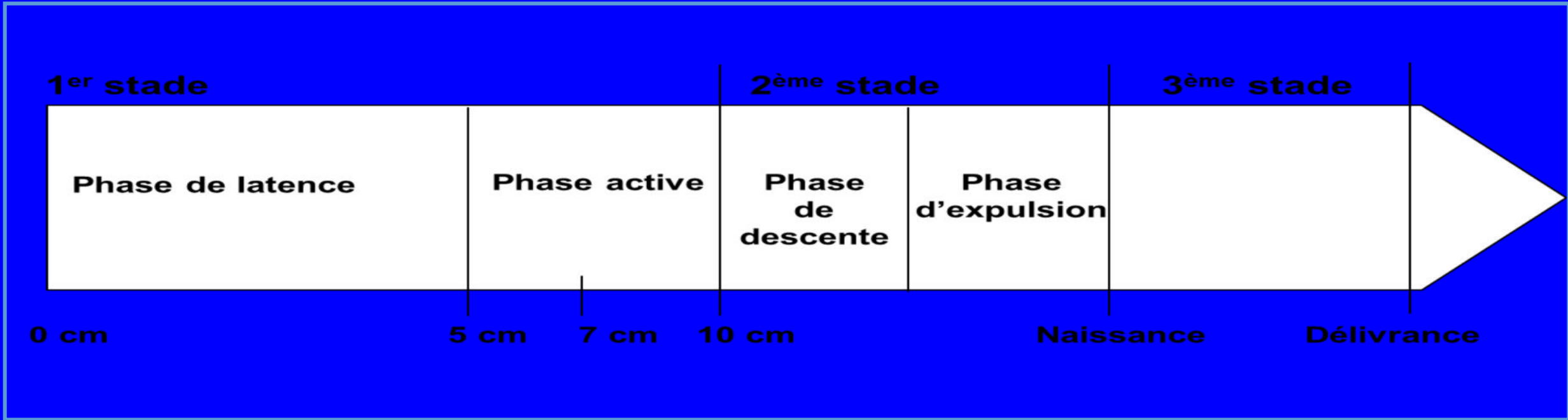
- Dossier + projet de naissance
- Fréquence, intensité, durée, EVA des CU → différentes techniques d'analgésie
- Constantes, HU, présentation fœtale
- Si travail: proposer un TV
- Si RPDM: pas de TV systématique si CU non douloureuses, PEC inchangée

Evaluation de l'enfant à naître:

- MAF
- Auscultation intermittente ou enregistrement continu du RCF
- Choix de la parturiente sur le caractère continu ou discontinu de la surveillance du RCF



Stades du travail obstétrical



Le 1^{er} stade du travail comprend :

- une phase de latence qui commence avec les premières contractions régulières/rythmées et potentiellement douloureuses avec ou sans modification du col
- une phase active qui commence entre 5 et 6 cm de dilatation cervicale et se termine à dilatation complète

Monitoring & Surveillance de la Parturiente

Immobilisé, parce qu'on vous
branche à plus de câbles
qu'il n'en faut pour un concert live
de Michael Jackson mort.



Voie Veineuse Périphérique



► Mise en place d'une voie veineuse

La proposition de la mise en place d'une voie veineuse fait partie des interventions possibles au cours de l'accompagnement de la physiologie de l'accouchement (cf. Tableau 2).

Tableau 2. Interventions incluses ou non dans un accompagnement de la physiologie de l'accouchement

Interventions incluses	Interventions non incluses
• Amniotomie • Antibioprophylaxie • Administration préventive d'oxytocine au 3^e stade du travail • Pose d'une voie veineuse	• Analgésie locorégionale • Administration d'oxytocine pour accélération du travail

Recommandations concernant la pratique de l'analgésie obstétricale, SFAR 1992

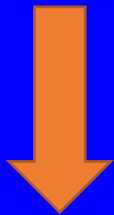


VVP

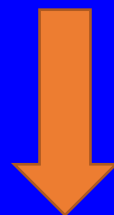
Surveillance de la Femme

Jusqu'à 2H
post partum

1 ^{er} stade	2 ^{ème} stade	3 ^{ème} stade
• FC, PA, température /4H • Fréquence CU /30 min et pendant 10 min • Mictions spontanées • TV proposé /2 à 4H • EVA, ENS	• FC, PA, température/ 1H • Fréquence des CU /30 min et pendant 10 min • Mictions spontanées • TV proposé /1H • EVA, ENS	• FC, PA, métrorragies, globe utérin à intervalle régulier



PARTOGRAMME



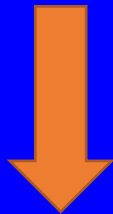
Retranscription dans
le dossier
obstétrical

Etablir un protocole de service sur le monitoring
pendant le travail obstétrical (+/-ALR)
Place & indication tracé électrocardiographique
à définir



Surveillance du RCF

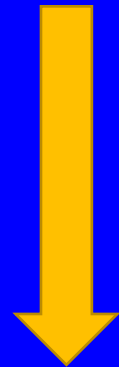
1 ^{er} stade	2 ^{ème} stade	3 ^{ème} stade
• AI /15 min et 1 min avant et après CU, à répéter plusieurs fois si besoin • CTG continue	• AI /15 min et 1 min avant et après CU, à répéter plusieurs fois si besoin • CTG continue	• Respiration ou cri • Tonus



Dossier médical et/ou
Partogramme

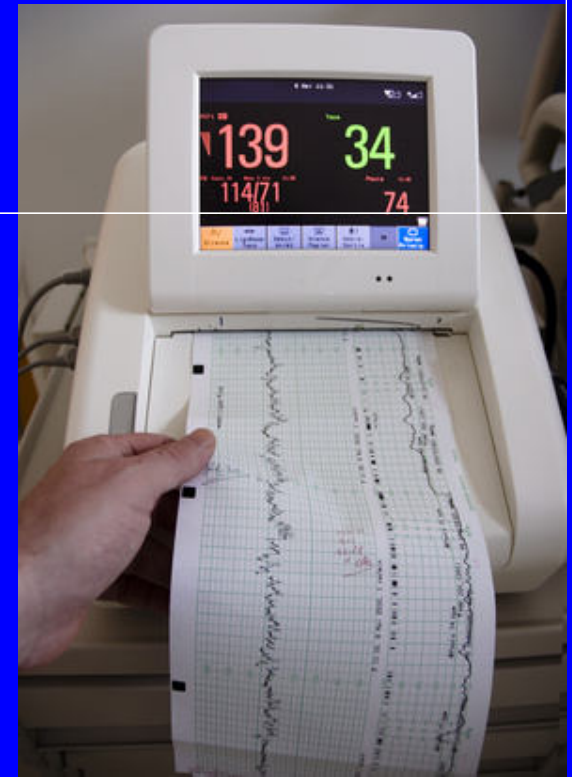


Réanimation



Surveillance du RCF

Discontinue	Continue
• Bas risque obstétrical • Aucune anomalie pdt le travail • Parturiente informée bénéfices/risques • 1 praticien par femme • En l'absence d'oxytocine • AI /15 min et 1 min avant et après CU, à répéter plusieurs fois si besoin • Peut être modifiée entre 1^{er} et 2^{ème} stade du travail	• Analyse continue • Relecture possible • Si oxytocine • Effectif • Caractère médicolégal



8.3 Interventions non médicamenteuses : contact précoce entre la mère et le nouveau-né, l'allaitement maternel

Si les paramètres observés sont satisfaisants (respiration présente, cri franc et tonicité normale), il est recommandé de proposer à la mère de placer aussitôt le nouveau-né en peau à peau avec sa mère si elle souhaite, avec un protocole de surveillance (grade B), de le sécher de lui mettre un bonnet et de le couvrir avec un linge sec et chaud, et d'évaluer le score d'Apgar à une et à cinq minutes.

Il est recommandé de :

- éviter la séparation de la femme et de son enfant car cette proximité physique est l'un des éléments essentiels permettant un attachement de bonne qualité entre la mère et son enfant ;
- veiller à dégager la face du nouveau-né et en particulier les narines lorsqu'il est placé contre sa mère après la naissance et expliquer cette « bonne position » aux parents ; veiller à la présence d'une tierce personne auprès de la mère et de l'enfant ;
- encourager et accompagner l'allaitement maternel et la première mise au sein dans le respect du choix de la femme, dès que possible après l'accouchement.

Surveillance /15 min
Surveillance consignée par écrit

1^{er} examen après la naissance (bonne adaptation, anomalies latentes)

Administration orale 2 mg de vitamine K1

Traçabilité écrite

Recours au pédiatre si besoin

Prise en Charge & Interventions Obstétricales au 1^{er} Stade du Travail

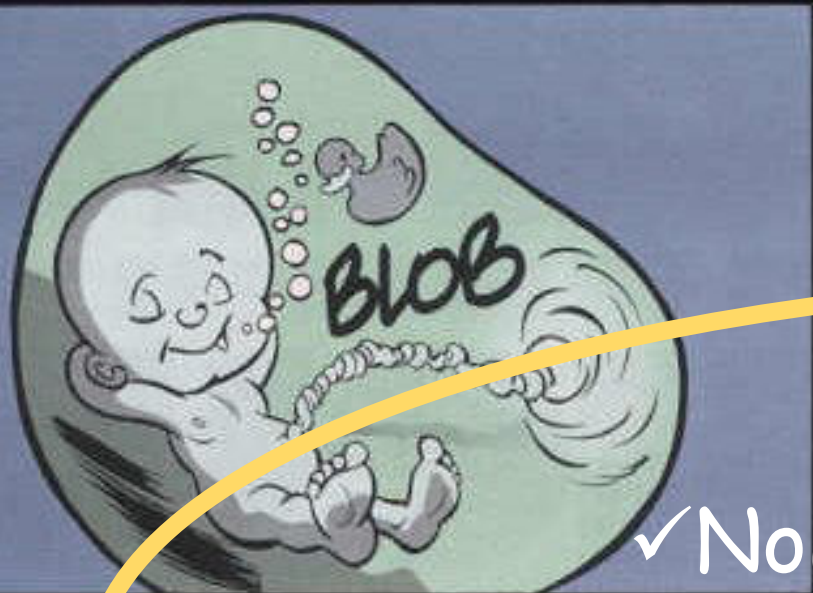
Phase de latence:

- Durée non définie
- **Limitation:** tolérance de la parturiente

Phase active:

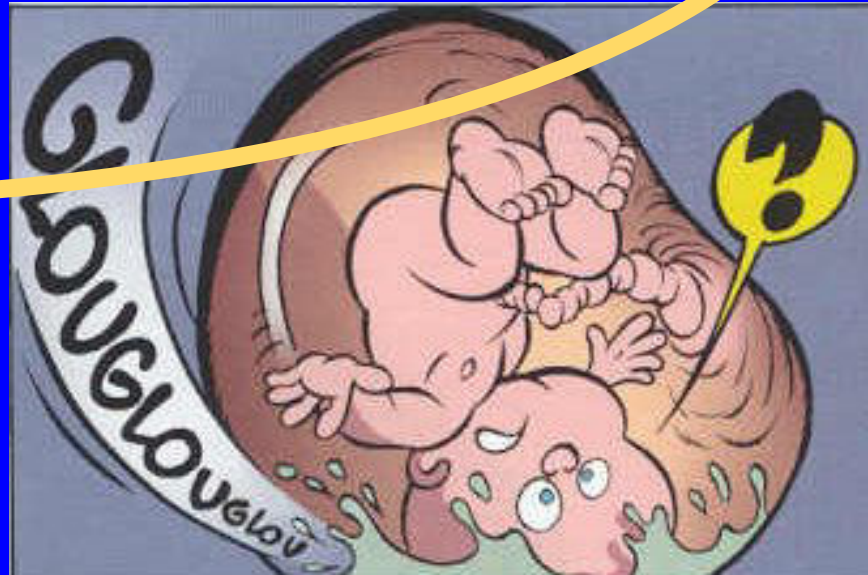
En phase active de travail, la vitesse de dilatation est considérée anormale si elle est inférieure à 1cm/4h entre 5 et 7 cm ou inférieure à 1cm/2h au-delà de 7cm, il est alors recommandé de proposer une intervention :

- une amniotomie si les membranes sont intactes ;
- une administration d'oxytocine si les membranes sont déjà rompues et les contractions utérines jugées insuffisantes.



Amniotomie:

- ✓ Non systématique (grade B)
- ✓ Recommandée en cas de stagnation de la dilatation
- ✓ Absence de sortie de l'accompagnement physiologique





Administration d'Oxytocine:

- ✓ Non recommandée en l'absence de stagnation de la dilatation même si moins de 3 CU/ 10 min
- ✓ Si stagnation de la dilatation à membranes rompues
- ✓ **Sortie de l'accompagnement physiologique**

Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané, Gynecol Obstet Fertil Senol 2017

Antibioprophylaxie:

- ✓ Recommandée si portage vaginal, bactériurie pdt la grossesse ou ATCD d'infection materno fœtale à Strepto B (grade B)
- ✓ Absence de sortie de l'accompagnement physiologique
 - ✓ Recommandée en cas de RPM sans travail spontané après 12H (grade A)
 - ✓ Sortie de l'accompagnement physiologique

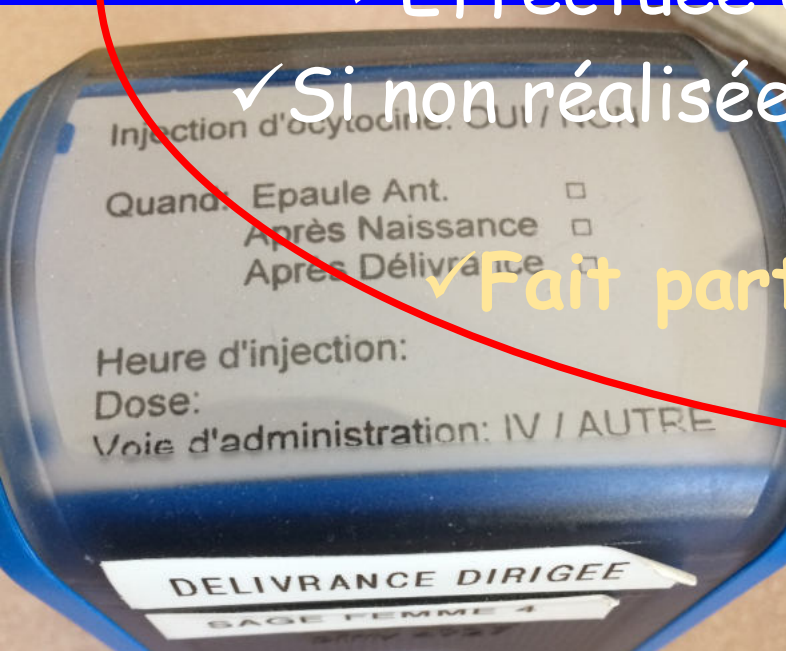
Prise en Charge & Interventions Obstétricales au 2^{ème} Stade du Travail

- ✓ Début des efforts expulsifs après descente de la présentation fœtale (grade A)
- ✓ Administration d'oxytocine non systématique (grade B)
 - ✓ Utilisation systématique d'un échographe pour la présentation fœtale non recommandée (grade B)
- ✓ Absence d'argument pour une technique de poussée plutôt qu'une autre (grade B)
- ✓ Contre-indication à l'expression abdominale (grade B)
 - ✓ Episiotomie non systématique (grade B)

Prise en Charge & Interventions Obstétricales au 3^{ème} Stade du Travail

Administration préventive d'Oxytocine:

- ✓ Recommandée pour tous les accouchements afin de diminuer l'incidence des HPP (grade A)
 - ✓ Effectuée classiquement au dégagement des épaules
 - ✓ Si non réalisée avant la délivrance, doit être réalisée après (grade B)
- ✓ Fait partie de l'accompagnement physiologique



Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané, Gynecol Obstet Fertil Senol 2017

Hydratation & Alimentation pendant le travail (1): Recommandations

► Apports per os pendant le travail obstétrical

La consommation de liquides clairs (eau, thé sans lait / café noir sucrés ou non, boissons gazeuses ou non, jus de fruit sans pulpe) est autorisée pendant toute la durée du travail (y compris pendant le post-partum immédiat), sans limitation de volume, chez les patientes ayant un faible risque d'anesthésie générale (grade B).

La consommation d'aliments solides ne semble pas apporter de bénéfice maternel ou fœtal, et contribue à augmenter le contenu gastrique. Il est recommandé de ne pas consommer d'aliments solides durant la phase active. Les données actuelles sont insuffisantes pour émettre une recommandation durant la phase de latence.

Hydratation & Alimentation pendant le travail (2): Conséquences du jeûne

- Travail obstétrical = épreuve d'effort
- Absence d'apports glucidiques: acidose métabolique maternelle
- L'ALR diminue partiellement ce phénomène
- Glucose fœtal // glucose maternel
- Hypoglycémie maternelle: adaptation fœtale
- Hyperglycémie fœtale: acidose fœtale significative

Diemunsh et al, AFAR 2006

Cheepers et al, J Perinat Med 2001



Hypoglycémie mieux tolérée que l'hyperglycémie
Meilleur pH fœtal
si apport glucidique en petites quantités

Apport glucidique maternel limité
Pas de modification devenir obstétrical

Porter JS, Anaesthesia 1997
O'Sullivan G, BMJ 2009



Hydratation & Alimentation pendant le travail (3): Ressenti des femmes

Pendant le travail obstétrical:

- 80% des parturientes ont soif
- 57% se disent stressées de ne pas pouvoir boire
- L'envie de solides diminue avec l'avancée du travail & l'inconfort lié aux CU
- L'envie de solides existe en cas d'ALR

Simkin P, Birth 1986

Merbai N, Abstract J Méditerranéennes Périnat 2007

Hydratation & Alimentation pendant le travail (4): Nausées/ Vomissements

- Consommation de solides: + de NV
- Pas d'inhalation rapportée

Scrutton MJ, Anaesthesia 1999

- Boissons isotoniques du sportif: alternative?
- NV comparables à la prise d'eau claire

Kubli M, Anesth Analg 2002

- NV induits par l'ALR (morphiniques) dose dépendants
- Activité motrice digestive favorisée par l'ALR
- ALR: prévention du risque d'inhalation

Kelly MC, Anesth Analg 1997

Zimmermann, Anesth Analg 1996

Bataille A, BJA 2014

Hydratation & Alimentation pendant le travail (5): Conclusion

- Pratiques déclaratives hétérogènes
- Apports liquidiens non particuliers de plus en plus fréquents
- Absence d'apports de solides



Etablissement de protocoles de service
Apport de liquides non particuliers
Absence de solides pendant la phase active du travail
Alternative: boissons isotonique du sportif

Prise en Charge de la Douleur Obstétricale



Interventions & prise en charge non médicamenteuses de la douleur (1,1): Soutien continu

Il est recommandé :

- que toutes les femmes puissent bénéficier **d'un soutien continu, individuel et personnalisé**, adapté selon leur demande, au cours du travail et de l'accouchement (grade A) ;



Interventions & prise en charge non médicamenteuses de la douleur (1,2): Soutien continu

- **Grade A:** 2 métaanalyses de + de 15 000 parturientes chacune

Bohren et al, Cochrane Database Syst Rev 2017

Hodnett et al, Cochrane Database Syst Rev 2016

- **Les parturientes bénéficiant d'un soutien continu:**

- ✓ ont un travail obstétrical moins long
- ✓ sont + susceptibles d'accoucher par VB spontanée
- ✓ sont moins susceptibles: d'accoucher par césarienne, d'accoucher par VB instrumentale, d'avoir un nouveau avec score d'Apgar bas, d'avoir recours à une technique d'analgésie dont l'ALR, de rapporter des sentiments négatifs de leur accouchement

Interventions & prise en charge non médicamenteuses de la douleur (1,3):

Soutien continu

Les analyses en sous-groupes suggèrent que l'effet du support continu était plus important lorsque l'accompagnant était ni un membre du personnel soignant de l'hôpital, ni une connaissance de la femme.



- Favoriser le support émotionnel continu one-to-one en plus des soins infirmiers habituels.

Interventions & prise en charge non médicamenteuses de la douleur (2,1): Mobilisation & Postures

- de mettre en œuvre les moyens humains et matériels nécessaires permettant aux femmes de changer régulièrement de position afin d'améliorer leur confort et de prévenir les complications neurologiques posturales.



Interventions & prise en charge non médicamenteuses de la douleur (3,1): Techniques analgésiques alternatives

Les données issues de la recherche scientifique aujourd'hui sont **peu nombreuses et de faible niveau de preuve sur de nombreuses interventions non médicamenteuses de prise en charge de la douleur**. Cependant, la plupart des interventions semblent inoffensives pour la mère et l'enfant. Il est donc souhaitable d'accompagner les femmes dans leur choix en termes de moyens non médicamenteux qu'elles souhaiteraient, tant que ceux-ci n'altèrent pas la surveillance maternelle ou fœtale.

Ce qui pourrait être efficace	Niveau de preuve insuffisant
Immersion Relaxation Acupuncture Massage	Hypnose Biofeedback Injections de cupules d'eau stérile Aromathérapie TENS

Jones et al, Cochrane Database Syst Rev 2014
Chaillet et al, Birth 2014

Interventions & prise en charge non médicamenteuses de la douleur (3,2): Techniques analgésiques alternatives

- Le NICE 2017 recommande d'informer sur:
 - ✓ Exercices de respiration
 - ✓ Immersion
 - ✓ Massages

<https://www.nice.org>

Le saviez-vous ?

Une baignoire de décontraction est accessible aux femmes enceintes durant le travail d'accouchement.

Celle-ci permet de gérer différemment les contractions grâce à l'eau et ses bienfaits.

N'hésitez pas, plongez !

L'équipe de la Maternité du CHU Estaing sera là pour vous accompagner !

Parlez-en avec votre sage-femme ou votre obstétricien.



- L'immersion:

- ✓ Diminue la douleur lors de la 1^{ère} phase du travail
- ✓ 2^{de} phase: efficacité & sécurité non démontrées
- ✓ Aucune donnée à membranes rompues
- ✓ Accouchement dans l'eau non recommandé

ACOG, Obstet Gynecol 2014



- **Ballon:**

- ✓ Aucune étude
- ✓ Si demande

<https://guiasalud.s>

- **Hypnose:** faible littérature

- ✓ Métaanalyse sur 9 études et 2954 femmes
- ✓ Niveau de preuve faible
- ✓ Moindre recours aux méthodes analgésiques médicamenteuses

Madden K, Cochrane Database Syst Rev 2016



Prise en charge médicamenteuse de la douleur de l'accouchement

PEC de la douleur
dont la douleur obstétricale:

- ✓ Recommandations nationales
- ✓ Directives ministérielles

<https://social-sante.gouv.fr>

<https://has-sante.fr>

Il est recommandé d'évaluer la douleur de la façon la plus objective possible avec une échelle adaptée (EVA, ENS).



Il convient de respecter le choix des femmes, à chaque temps, dès lors que l'information a été délivrée et sa compréhension vérifiée (cf. chapitre 3 sur l'information des femmes). Ce choix peut évoluer en fonction des circonstances obstétricales ou de la douleur ressentie par la femme, qui garde la possibilité de changer d'avis à tout moment.

Spécificités Organisationnelles



CrossMark

Organisation de l'anesthésie-réanimation obstétricale[☆]

Anne-Sophie Ducloy-Bouthors¹, Jean Tourres², Jean-Marc Malinovsky³, pour le groupe d'experts de la Sfar et des sociétés et groupements professionnels associés

CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance

Guide méthodologique

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

L'Anesthésie Loco Régionale (ALR) (1)

- Technique de choix pour l'analgésie obstétricale
- Efficacité sur la douleur obstétricale
- Sécurité

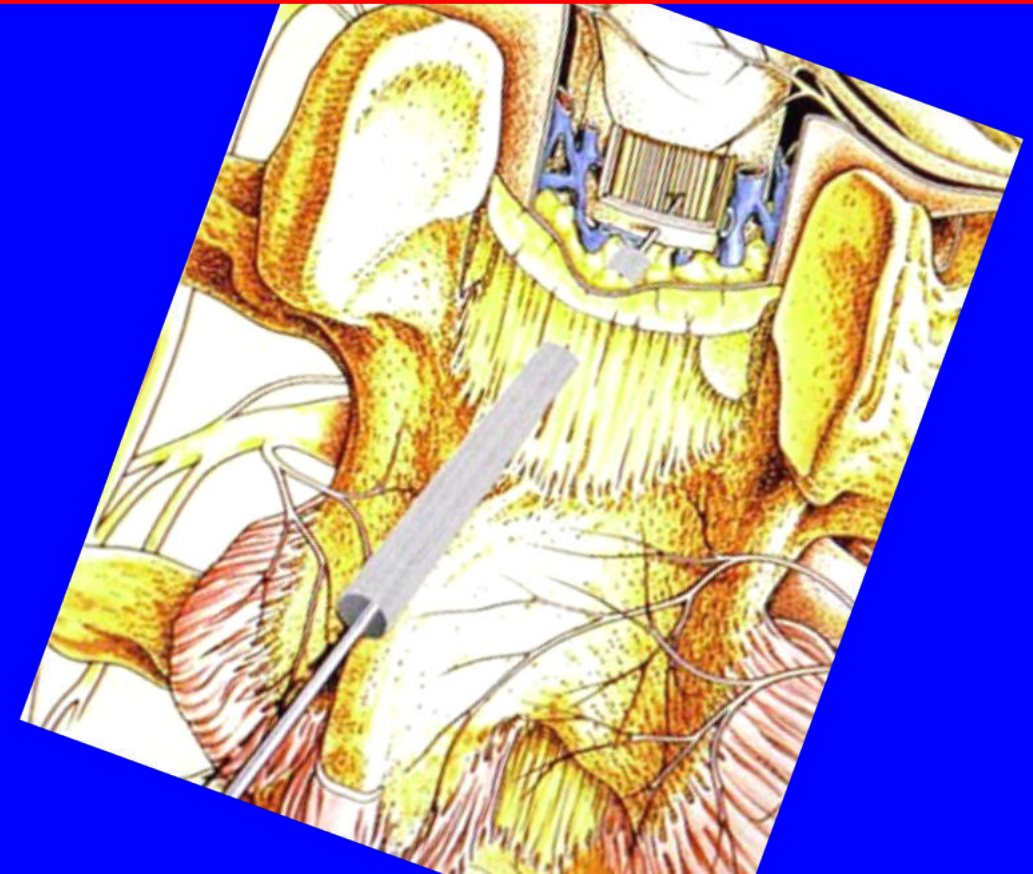
► Prévention du risque d'inhalation bronchique en obstétrique

La prévention du risque d'inhalation bronchique en obstétrique repose avant tout sur la pratique de l'analgésie péridurale et de la rachianesthésie, en évitant le recours à l'anesthésie générale chaque fois que cela est possible.

Il est recommandé, en cas de nécessité de recours à une anesthésie, de privilégier la péridurale ou la rachianesthésie pour prévenir l'inhalation bronchique (grade A).

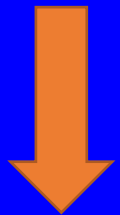
**S'inscrit dans le cadre d'une prise en charge
en maternité**

En conclusion, en termes d'efficacité, l'analgésie locorégionale est la technique de référence comparativement aux autres techniques analgésiques. L'analgésie péridurale seule ou combinée à une rachianalgésie soulage la douleur efficacement et durablement durant le travail (niveau de preuve 1). En termes de sécurité, l'analgésie locorégionale améliore la sécurité des femmes en évitant le recours à l'anesthésie générale pour les gestes obstétricaux urgents. De plus, l'analgésie locorégionale a un effet positif sur le score d'Apgar des nouveau-nés et leur équilibre acide-base.



L' ALR (2): Effets Secondaires

Déroulement du travail obstétrical	Maternels	Fœtaux & néonataux
• Pas d'allongement de la durée du travail obstétrical • Pas de hausse du taux d'extractions instrumentales • Pas de hausse du taux de césarienne	• Hypotension artérielle • Céphalées • Compressions nerveuses	• Absence d'effet délétère sur le fœtus • Absence d'effet délétère sur le nouveau-né
<i>Wassen, BJOG 2011</i> <i>Sng, Cochrane Dat Syst Rev 2014</i> <i>Hu, Int J Gynaecol Obstet 2015</i>	<i>Wilson, Birth 2011</i> <i>Jones, Cochrane Dat Syst Rev 2012</i>	<i>Becker, Acta Obstet Gynecol Scand 2011</i> <i>Jones, Cochrane Dat Syst Rev 2012</i> <i>Patel, Anaesthesia 2014</i>



Oxytocine
non systématique



Protocoles de service
Lutte contre le décubitus
dorsal



Hypertonie si RPC

L'ALR (3): Techniques

Analgesie péridurale	Rachianalgésie avec péridurale combinée	Rachianalgésie
✓ Absence de dilatation cervicale minimum ✓ Demande guidée par la douleur	✓ Analgésie rapide ✓ Absence de bloc moteur	✓ Analgésie rapide ✓ Absence de bloc moteur ✓ Gestes endo utérins ✓ Gestes périnéaux
Grade A	Grade C	Grade C

Le choix de la technique d'ALR relève de l'anesthésiste réanimateur qui intégrera dans sa décision les souhaits de la femme, les paramètres obstétricaux transmis en collaboration avec la sage-femme ou l'obstétricien.

Les contre-indications à l'ALR doivent être respectées.

L'ALR (3): Mise en place

- Consultation d'anesthésie
- Information sur les techniques & conditions d'accès, sa compréhension vérifiée
- Choix de la patiente pouvant évoluer
- VVP fonctionnelle sans remplissage ni vasopresseurs préventifs (grade B)
- Présence de l'accompagnant non contre-indiquée
- Utilisation éventuelle d'une technique de relaxation



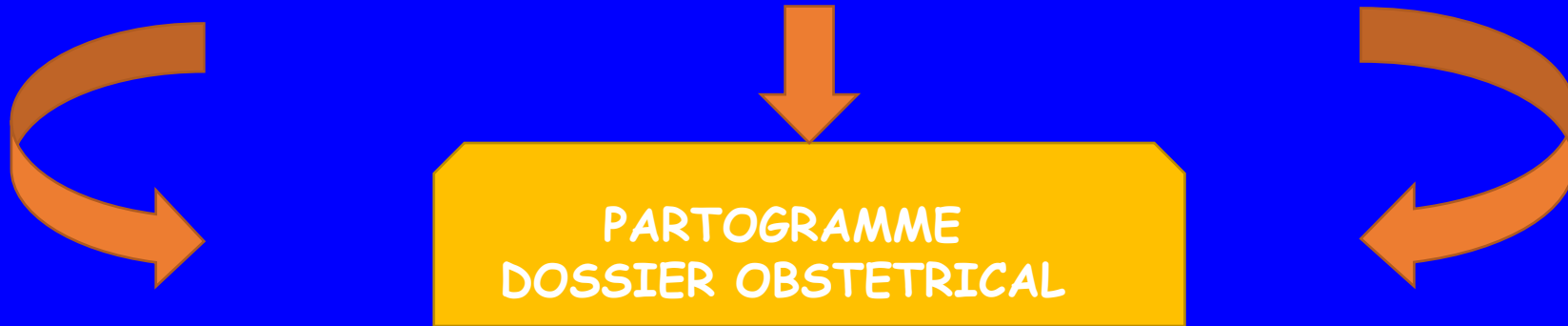
L'ALR (4): Surveillance à la mise en place de l'ALR

Il est recommandé de surveiller la pression artérielle maternelle et le rythme cardiaque fœtal de façon rapprochée (toutes les trois minutes) durant les 20 minutes qui suivent l'induction et après chaque bolus de plus de 10 ml (entretien). Une surveillance discontinue (toutes les heures) peut être ensuite proposée : pression artérielle, cotation de la douleur par une échelle (EVA, ENS), niveau sensitif et bloc moteur. Cette surveillance peut être déléguée, sous la responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur selon des protocoles écrits, à des personnels paramédicaux ou médicaux formés²¹.

- PA/ 3 min pdt 20 minutes suivant l'induction
- IDEM après chaque bolus de > 10 mL
- Boli usuels 5 à 8 mL en PCEA ou en PIEB
- Tracé électrocardiographique??
 - ✓ Lors de la dose test de mélange analgésique
 - ✓ Pdt la pose de l'APD pour la fréquence cardiaque maternelle vs fœtale

L'ALR (5): Surveillance per et post partum sous ALR

	ALR	Travail Obstétrical	Post Partum
Obstétrique	✓ FC mère ✓ RCF ✓ Fréquence CU	✓ FC, PA, température /4H puis /1H ✓ Fréquence CU /30 min et pendant 10 min ✓ Mictions spontanées ✓ TV proposé /2 à 4H pui 1H ✓ EVA, ENS	✓ FC ✓ PA ✓ Métrorragies, globe utérin à intervalle régulier
Anesthésie	Induction: ✓ PA mère/3 min pdt 20 min ✓ RCF/3 min pdt 20 min	Entretien ALR: ✓ PA/ heure ✓ EVA, ENS/ heure Bolus > 10 mL: ✓ FC mère/3 min pdt 20 min ✓ RCF/3 min pdt 20 min	✓ Levée du bloc moteur ✓ Reprise mictionnelle ✓ Douleurs inter scapulaires/ compressions nerveuses ✓ Céphalées



L'ALR (6): Entretien

Mélange analgésique	Mode d'administration
✓ Faiblement dosé ✓ AL faible concentration ✓ Morphinique liposoluble ✓ $\pm$ clonidine	✓ Pompe d'auto-administration ✓ PCEA ou PIEB
Grade A	Grade A



Après la période de surveillance de l'induction, la femme peut se mobiliser ou déambuler sous réserve de l'existence d'un protocole formalisé et spécifique incluant la traçabilité et la durée des postures, la surveillance et la prévention des compressions (grade C). Les postures de l'accouchement ne modifient pas la distribution, ni la diffusion de l'analgésie péridurale²⁰.

L'ALR (6): Fin

Il n'y a pas lieu d'interrompre l'ALR faiblement dosée par pompe d'auto-administration avant la phase d'expulsion de l'accouchement.
On peut poursuivre une analgésie après l'accouchement pour un geste endo-utérin ou périnéal.



Techniques médicamenteuses alternatives à l'ALR

En cas de contre-indication à l'ALR, d'échec ou de refus de celle-ci, d'indisponibilité d'accès à l'ALR ou dans l'attente de celle-ci (phase de latence hyperalgique et si la femme est demandeuse), les alternatives médicamenteuses analgésiques suivantes peuvent être proposées :

- Mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote (MÉOPA) : l'analgésie inhalée par MÉOPA reste médiocre à modérée, et elle est associée à des effets secondaires maternels et surtout néonataux.
- Opiacés (nalbuphine et tramadol) : l'analgésie systémique par nalbuphine ou tramadol reste médiocre à modérée, et elle est associée à des effets secondaires maternels et surtout néonataux.
- Bloc honteux interne ou paracervical : il n'y a pas d'argument dans la littérature pour recommander un bloc honteux interne pour l'analgésie du travail, mais il peut être un outil précieux chez une patiente sans ALR, a fortiori si une instrumentation est nécessaire. Le bloc paracervical n'est pas recommandé du fait du risque d'effets secondaires foetaux.

Physiologie?



Sécurité!!



Critères du bas risque obstétrical
Critères de sortie
de l'accompagnement physiologique

ALR ne fait pas partie de l'accompagnement physiologique de l'accouchement

Interventions incluses	Interventions non incluses
• Amniotomie • Antibiotoprophylaxie • Administration préventive d'oxytocine au 3^e stade du travail • Pose d'une voie veineuse	• Analgésie locorégionale • Administration d'oxytocine pour accélération du travail

« Péridurale Physiologique »

Confort & Sécurité

