

Zeitschrift:	Schweizer Hebamme : officielle 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:	81 (1983)
Heft:	6
Artikel:	Analgesie et anesthésie péridurales pour l'accouchement et la césarienne
Autor:	Suppan, Peter
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-950253

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: 24.01.2026

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

Analgesie et anesthesie péridurales pour l'accouchement et la césarienne

par Peter Suppan

Hôpital de Nyon (ancien chef-anesthésiste de la Maternité, CHUV)

Alors que le terme d'*anesthésie* couvre l'ensemble des méthodes abolissant la sensation, notamment douloureuse, l'abolition de la seule sensation douloureuse est décrite comme «*analgesie*»: c'est le terme qui convient le mieux à la péridurale pour l'accouchement, qui s'efforce de procurer l'absence de douleur en interférant le moins possible avec les autres sensations et fonctions, particulièrement la motricité.

Il en va autrement avec la césarienne, où l'on veut obtenir une véritable «*anesthésie*», avec le meilleur relâchement musculaire possible.

L'anesthésie *péridurale* peut se définir comme une anesthésie régionale, obtenue par blocage de la conduction des nerfs rachidiens dans l'espace péridural, c'est-à-dire dans l'espace du canal vertébral compris entre la dure-mère et le périoste (Fig 1). Cette définition sert surtout à la distinguer de l'anesthésie *spinale* ou *rachi-anesthésie*, qui bloque les mêmes nerfs mais à l'intérieur du sac dure-mérien.

Chaque méthode a ses avantages et ses inconvénients. La péridurale est plus difficile techniquement et plus longue à installer. La latence jusqu'à l'anesthésie efficace est plus longue, et la durée d'une dose plus courte. Ce qui les distingue le plus est l'*effraction dure-mérienne* qui caractérise l'anesthésie spinale. La dure-mère est en effet inélastique, si bien que l'orifice de ponction reste ouvert, permettant au liquide céphalo-rachidien de s'échapper: ceci a des conséquences qui dépendent beaucoup de la dimension de l'aiguille utilisée, et de l'âge du patient. Chez le patient jeune, l'espace péridural communique avec des espaces paravertébraux qui permettent au l.c.r. de s'échapper en grande quantité. Il en résulte une décompression des centres nerveux qui a pour conséquence des céphalées importantes, et parfois des séquelles plus graves.

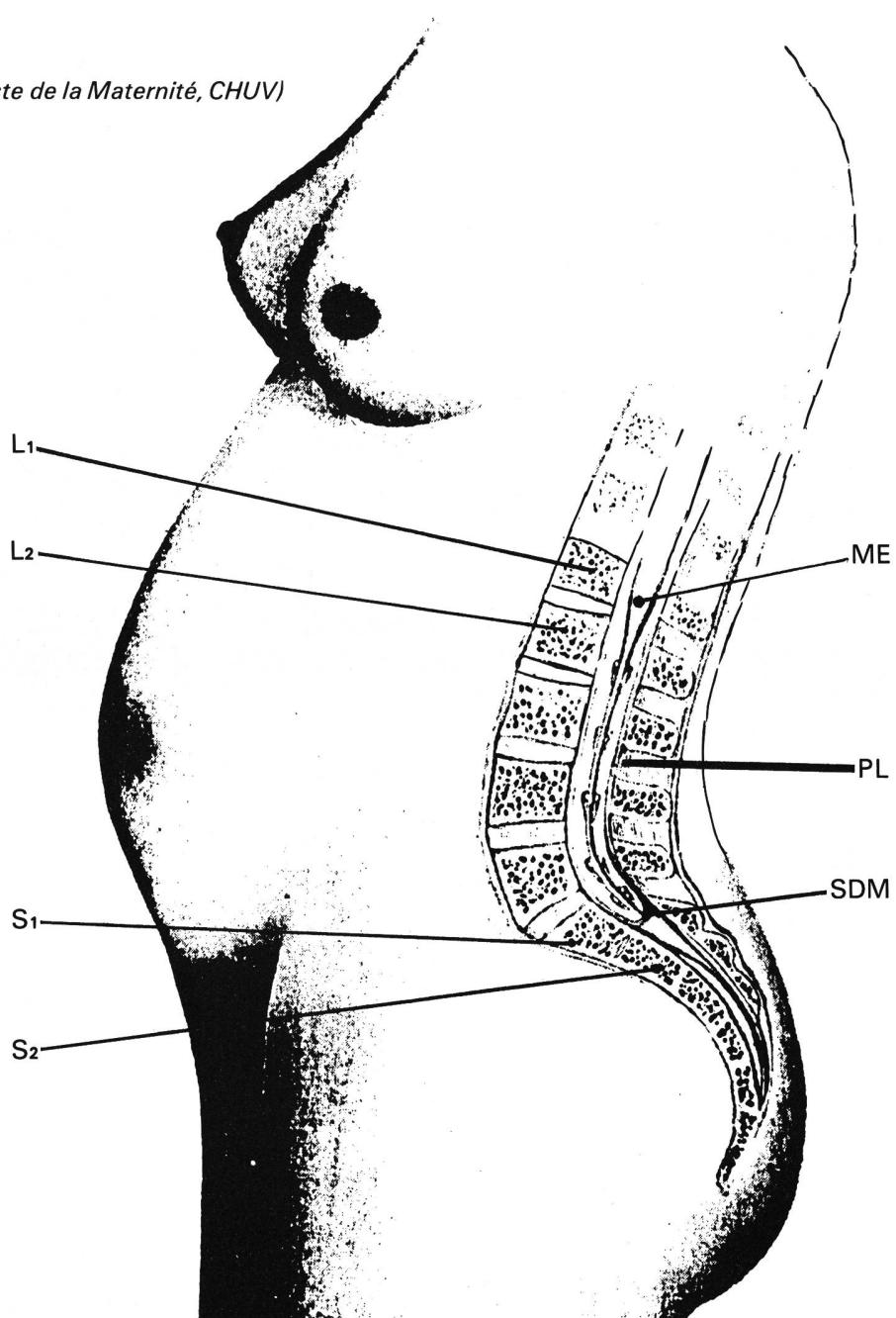


Fig 1. Anatomie de la colonne vertébrale et de l'espace péridural.

ME — moelle épinière, qui se termine chez l'adulte au niveau L1—L2

SDM — sac dure-mérien, qui se termine au niveau S2

PL — niveau habituel de la ponction lombaire, qui est aussi celle de la péridurale lombaire (L3—L4)

La douleur de l'accouchement

La douleur de l'accouchement peut se diviser schématiquement entre celle de la phase de dilatation et celle de la phase d'expulsion (Fig. 2). Pendant la *phase de dilatation*, la douleur des contractions utérines est res-

sentie dans l'abdomen, et elle est transmise par les fibres sensitives surtout lombaires. La *contraction* évolue dans le temps suivant une phase ascensionnelle, pour atteindre un plateau et diminuer ensuite (Fig. 3). La douleur est ressentie pendant un temps variable selon un *seuil* qui peut

être plus ou moins haut, c'est-à-dire qu'un seuil bas s'accompagne aussi d'une prolongation de la période douloureuse. Il arrive souvent qu'au début de l'installation d'une analgésie péri-durale la patiente ressent encore le «sommet» de la contraction, pendant une durée de plus en plus brève (élévation du seuil) (1).

La douleur de la phase de dilatation persiste pendant toute la durée du travail, mais à la *phase d'expulsion* il s'y ajoute une douleur d'origine périnéale, transmise par les nerfs sacrés, et due à la pression de la tête (ou du siège) du fœtus sur le périnée. Cette sensation est à l'origine du réflexe de la poussée, c'est-à-dire que son abolition n'est pas sans conséquence sur le déroulement de l'accouchement. L'absence du réflexe de pousser, par une anesthésie du périnée, est à l'origine de beaucoup de forceps sous péri-durale.

La localisation de l'espace péri-dural

L'espace péri-dural s'étend du trou occipital au coccyx, sans solution de continuité. Il est constitué de tissu cellulo-adipeux lâche, avec de nombreux vaisseaux sanguins (surtout des plexus veineux). En principe, il est donc possible de pratiquer une péri-durale à tous les niveaux de la colonne vertébrale, au contraire de l'anesthésie spinale qui ne peut se faire que dans la portion du sac dure-mérien situé plus bas que la moelle épinière (L1-L2 chez l'adulte). Toutefois, l'anesthésie péri-durale est beaucoup plus souvent pratiquée au niveau lombaire qu'au niveau thoracique; cela provient surtout du fait que les indications des péri-durales hautes sont très limitées. En ce qui concerne l'obstétrique, seul le niveau lombaire entre en ligne de compte.

Deux approches différentes sont possibles. L'approche par le ligament sacro-coccygien réalise l'*anesthésie caudale*, techniquement plus facile, et présentant en principe un moindre risque de perforation de la dure-mère. Elle est presque abandonnée en obstétrique, parce que du fait de l'approche basse ce sont inévitablement les racines sacrées qui sont les premières anesthésierées, ce qui n'est pas souhaitable ainsi que nous le verrons plus loin.

L'approche *lombaire* est pratiquée en général par voie médiane, à travers les ligaments qui unissent les apophyses

épineuses de deux vertèbres lombaires (Fig 4). La piqûre est donc au début analogue à celle de la ponction lombaire ou de la rachi-anesthésie, mais il s'agit ici de s'arrêter avant de percer la dure-mère: alors que, pour la ponction lombaire, la bonne localisation de la pointe de l'aiguille est indiquée par l'écoulement du liquide céphalo-rachidien, un signe aussi simple manque pour l'espace péri-dural. Deux signes sont utilisés pour localiser l'espace péri-dural avant d'atteindre la dure-mère: ce sont la perte de résistance et la pression négative.

Dans la *perte de résistance* l'opérateur s'efforce d'apprécier la résistance à l'éjection de liquide ou d'air par la pointe de l'aiguille, en général à l'aide d'une seringue; lorsque la pointe est encore dans les ligaments, la résistance à l'éjection est grande, particulièrement dans le ligament jaune qui ferme en arrière l'espace péri-dural. Au moment où la pointe entre dans l'espace péri-dural, cette résistance à l'éjection disparaît. Il existe de nombreuses variantes de cette méthode, qui est de l'avis de la majorité des praticiens la plus fiable surtout au niveau lombaire chez la parturiente.

La méthode de la *pression négative* est beaucoup plus controversée. Une pression «négative», c'est-à-dire sub-atmosphérique, régnerait dans l'espace péri-dural pour des raisons encore incomplètement éclaircies (2), et produirait par conséquent un phénomène d'aspiration à travers l'aiguille: c'est ainsi qu'une goutte de liquide, placée sur l'embout de l'aiguille, serait aspirée dans l'espace péri-dural au moment où la pointe entre dans l'espace péri-dural. En réalité, l'existence même d'une authentique pression négative est mise en doute par beaucoup d'auteurs. Quoi qu'il en soit, il semble bien que ces méthodes ne soient pas fiables chez la parturiente, chez laquelle la pression épidurale lombaire est presque toujours positive.

Technique de l'anesthésie péri-durale continue

Par anesthésie péri-durale continue on entend la méthode permettant de maintenir indéfiniment l'anesthésie ou l'analgésie, par des réinjections de solution sans qu'il soit nécessaire de pratiquer à chaque fois une localisation de l'espace péri-dural.

Cette méthode est rendue possible par la mise en place d'un *catheter* qui est passé par l'aiguille; l'aiguille est ensuite retirée, seul le catheter restant

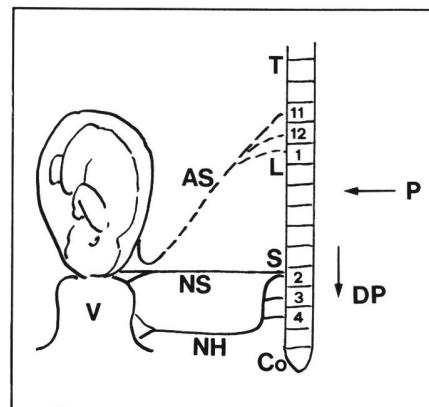


Fig 2. Voies douloureuses de l'accouchement.
 T – segments thoraciques (11 et 12 indiqués)
 L – segments lombaires (L1 indiqué)
 S – segments sacrés (2, 3 et 4 indiqués)
 Co – segment coccygien
 V – vagin
 AS – afférents sympathiques
 NS – nerfs splanchniques
 NH – nerfs honteux
 La péri-durale est pratiquée au niveau P, où se font toutes les ré-injections sauf la dose péri-néale (DP) qui est donnée en position assise, ce qui permet à l'anesthésie d'atteindre les racines sacrées.

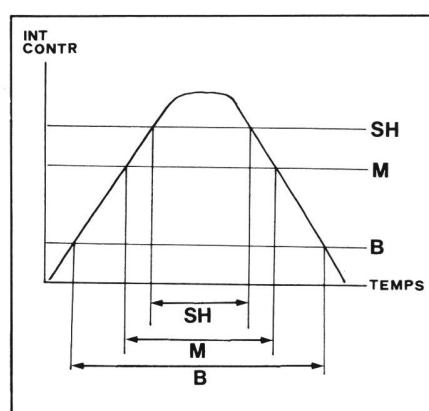


Fig 3. La douleur en relation avec la contraction utérine.
 SH – seuil de douleur haut (période douloureuse brève)
 M – seuil de douleur moyen (ou «normal») périodique douloureuse de durée intermédiaire
 B – seuil de douleur bas, avec prolongation de la période douloureuse
 INT CONTR – intensité de la contraction (peut s'exprimer en mmHg)
 Temps – durée de la contraction (de l'ordre de 60 sec)

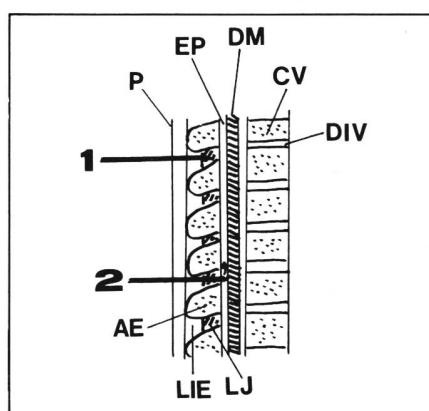


Fig 4. Localisation de l'espace péri-dural
 P – peau

EP – espace péridural
 DM – sac dure-mérian (contenant le l.c.r.)
 CV – corps vertébraux
 DIV – disque inter-vertébral
 LJ – ligament jaune
 LIE – ligament inter-épineux
 AE – apophyse épineuse

Deux positions de la pointe de l'aiguille sont montrées au cours de la localisation par la méthode de la perte de résistance. En 1., la pointe de l'aiguille est dans le ligament jaune: la résistance à l'éjection de liquide est maximale. En 2., la pointe vient de pénétrer dans l'espace péridural; il n'y a plus de résistance à l'éjection.

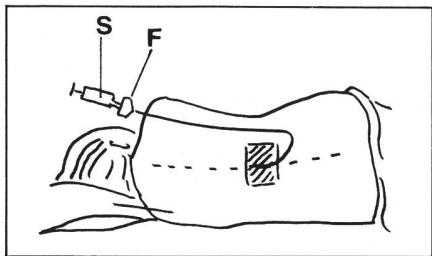


Fig 5. Position finale du cathéter épidural. Un pansement étanche recouvre le lieu de ponction; le cathéter est placé à l'extérieur le long du dos, son extrémité portant le filtre anti-bactérien (F) et la seringue (S) étant fixé près de l'épaule.

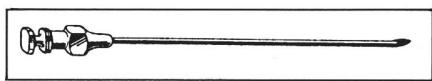


Fig. 6. Aiguille de Tuohy à pointe Huber, avec son mandrin



Fig 7. Pointe de Hustead (pointe médiane, mais à biseau arrondi, alors que la pointe Huber est excentrée)

en place. Le cathéter a habituellement une longueur de quelque 90 cm, ce qui permet d'en fixer l'extrémité servant aux injections vers l'épaule de la patiente (Fig 5).

Mise en place du cathéter. Le passage d'un cathéter nécessite l'emploi d'une aiguille de diamètre suffisant: les aiguilles actuelles sont des 16 ou au minimum des 18 G (1,2–1,6 mm), ce qui a pour avantage de permettre une meilleure localisation de l'espace épidual mais représente un risque beaucoup plus grand de complication en cas de perforation accidentelle de la dure-mère. L'aiguille est à pointe mousse, le plus souvent avec un biseau arrondi qui permet au cathéter de sortir avec un angle suffisant pour ne pas buter directement contre la dure-mère (Fig 6). Ce genre d'aiguille est connu sous le nom d'aiguille de Tuohy, et selon le détail de sa pointe on en connaît deux versions, dite de Huber et de Husted (Fig 7). Une aiguille à biseau droit, mais à bords mous, est parfois utilisée (aiguille dite de Crawford), mais elle ne permet pas la légère déflexion du cathéter donné par l'aiguille de Tuohy.

Le *cathéter* est en général facile à introduire; on se contente de 5–10 cm de cathéter dans l'espace péridural, parfois même moins, mais si la partie du cathéter introduite est courte, le risque de voir ce dernier sortir de l'espace péridural est plus grand. Parfois, le cathéter rencontre soit après quelques millimètres, soit plus loin, une résistance qui l'empêche de passer. Le plus souvent, il s'agit d'une veine épidermale, et si l'opérateur insiste le cathéter peut léser cette veine, ou même s'y introduire et devenir intra-veineux. Dans ce cas, du sang apparaîtra dans le cathéter, et pourra être aspiré librement dans une seringue. La meilleure solution à ce problème est de refaire la péridurale à un espace adjacent.

Au moment de son introduction, le cathéter déclenche assez souvent des *paresthésies*, dont la localisation est variable (dos, membres inférieurs, de n'importe quel côté). Ces paresthésies peuvent donner une indication précieuse, si par la suite l'analgésie est asymétrique: en effet, le cathéter peut ressortir de l'espace épidual en accompagnant un nerf, et son introduction s'accompagne alors de paresthésies dans le territoire correspondant. L'anesthésie ne peut alors être corrigée qu'en retirant le cathéter de quelques centimètres. Le risque de voir le cathéter quitter l'espace péridural le long du trajet d'un nerf est beaucoup plus grand si le cathéter est passé en direction caudale, en raison de l'angle de sortie progressivement de plus en plus aigu que font les nerfs dans la région lombo-sacrée (Fig 8). Pour cette raison, le cathéter est passé d'abord en direction céphalique, et seulement en cas d'échec en direction caudale.

Quelle que soit la direction utilisée et la longueur insérée, le cathéter ne peut pas être «monté» à un niveau prévisible dans l'espace péridural, mais en général se replie sur lui-même en restant à peu près au niveau où il a été introduit (3).

Les anesthésiques locaux

Seuls trois anesthésiques locaux sont d'usage courant en obstétrique. La *bu-pivacaïne* est certainement le plus utilisé, en raison de sa durée d'action assez prolongée (1 à 2 heures sansadrénaline), de son excellente analgésie avec peu de bloc moteur. Elle a toutefois deux désavantages: d'une part, une latence longue entre injection et début d'action (environ 15–20 min), et une forte toxicité en cas d'injection

intravasculaire accidentelle. Sa tolérance foetale est excellente, même si des injections répétées sont nécessaires.

La *lidocaïne* est plus souvent utilisée depuis qu'elle est obtenable en forme carbonée. Elle a l'avantage d'une latence plus courte, et d'une moindre

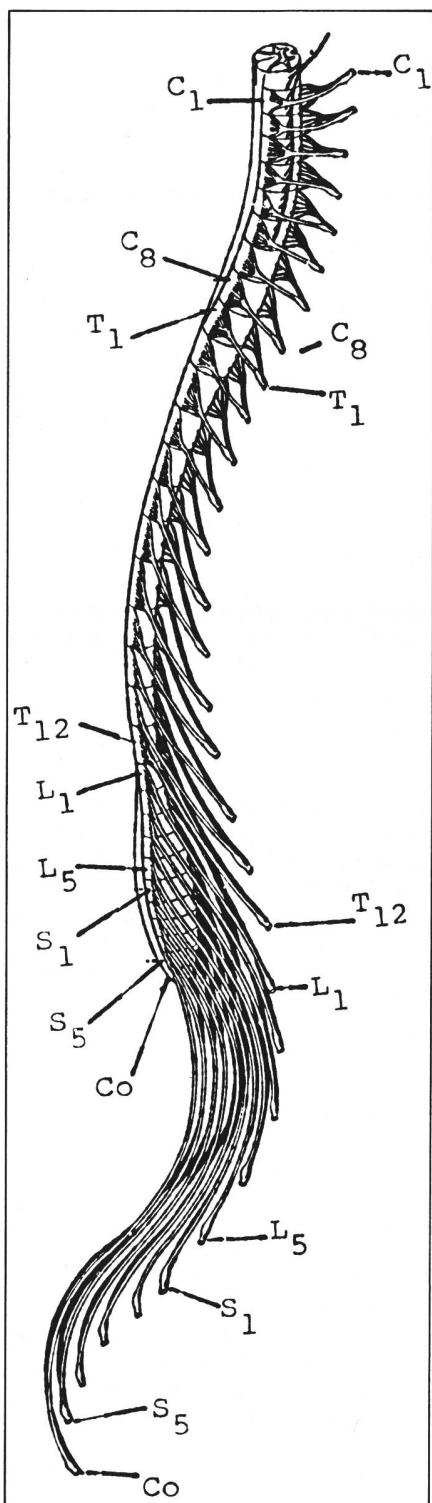


Fig. 8. Angle de sortie des nerfs rachidiens. A gauche, les segments médullaires cervicaux, thoraciques, lombaires, et sacrés; à droite les nerfs rachidiens correspondants. On remarque l'angle très aigu, surtout à la région lombaire, que font les racines nerveuses avec l'axe du canal vertébral.

toxicité systémique. Sa durée d'action est nettement plus courte, ce qui la rend peu apte à l'analgésie continue. Ces deux anesthésiques locaux sont tout deux des *amides* donc détruits dans le foie. Leur action épидurale est limitée dans le temps par leur résorption sanguine, et il est compréhensible qu'on en trouve des taux sanguins mesurables chez la mère et le fœtus.

Un seul anesthésique local du groupe des *esters*, donc de ceux détruits directement dans le plasma sanguin, est employé en obstétrique. Il s'agit de la *chloroprocainaïne*, dont la latence et la durée d'action sont proches de celles de la lidocaïne. Sa toxicité systémique est très faible, ce qui est un avantage certain; malheureusement, il est possible qu'elle soit toxique pour les nerfs en cas d'injection sous-arachnoïdienne. La controverse reste ouverte, mais la prudence est de rigueur; son emploi est donc resté assez limité.

Dose-test. Une fois de cathéter mis en place, une petite dose, dite «dose-test», de ou des anesthésiques locaux choisis, est injectée. Cette dose doit être suffisamment petite pour ne pas produire d'effet dangereux, mais doit pouvoir indiquer un placement incorrect du cathéter, soit sous-arachnoïdien, soit intraveineux. Si le cathéter est sous-arachnoïdien, la dose-test produira une anesthésie spinale; une dose épidurale normale produirait une anesthésie spinale totale, alors que le volume de la dose-test (1–2 ml plus 1 ml pour le volume du cathéter et du filtre) produit une anesthésie limitée environ à T₈–T₁₀, d'installation très rapide et avec une forte composante motrice. Cette même dose-test, en cas d'injection intra-vasculaire, produit très rapidement des phénomènes de toxicité systémique évidents, mais modérés et fugaces (surtout avec la chloroprocainaïne), sous forme d'une sensation de perte de conscience imminente, de vertiges, etc., caractérisant la phase de dépression initiale de la toxicité systémique des anesthésiques locaux.

Le bloc sélectif (5)

L'analgésie périderale peut être adaptée à l'évolution de la douleur de l'accouchement: pendant la phase de dilatation, et au début au moins de la phase d'expulsion, l'analgésie ne concerne alors que la douleur des contractions utérines, et reste limitée aux segments lombaires. La sensibilité du périnée est donc intacte, ce qui permet de maintenir le réflexe de la pous-

sée. Il est possible d'anesthésier le périnée lorsque la phase d'expulsion est suffisamment avancée: pour cela, une dose d'anesthésique, dite *dose périnéale*, est injectée en *position assise*; alors que les doses faites en décubitus latéral alterné restent confinées au niveau lombaire, ce changement de position permet d'anesthésier le périnée. En pratique, il n'est pas toujours possible d'obtenir un bloc sélectif, surtout si une phase de dilatation prolongée a nécessité de nombreuses réinjections d'anesthésiques: dans ces cas, les doses données en position latérale tendent presque inévitablement à s'étendre et à intéresser les racines sacrées.

Indications et contre-indications

L'indication la plus fréquente est l'*analgésie* proprement-dite, soit sur demande, donc à titre préventif, soit, plus fréquemment, au cours du travail, lorsque la douleur devient trop forte. Dans le cas de la *demande*, il convient de tenir compte de deux facteurs qui n'existent pas dans l'indication analgésique pure: d'une part, le risque de ralentir ou d'arrêter le travail si l'analgésie est installée trop tôt; d'autre part, l'évolution du travail, car la demande de périderale est souvent le fait de patientes multipares, c'est-à-dire chez lesquelles la progression du travail peut être très rapide et ne pas donner le temps d'installer une analgésie efficace.

En dehors de l'analgésie, une indication particulière de l'anesthésie périderale est la *délivrance opératoire prévue*, pour des indications fœtales ou maternelles. L'*indication fœtale* la plus fréquente est le forceps de protection pour prématurité; le cas des sièges et des grossesses gemellaires sera discuté plus loin. L'*indication maternelle* est en général liée à une contre-indication à la poussée en phase expulsive: ceci est le cas dans diverses situations pathologiques, parmi lesquelles des maladies cardiaques, oculaires (décollement de la rétine), etc. Dans ces cas, un bloc sélectif n'est en général ni nécessaire ni même indiqué, et l'analgésie devrait être d'emblée périnéale aussi bien qu'abdominale.

Le *siège* reste une indication controversée: la raison en est la morbidité fœtale importante (6) en cas de délivrance instrumentale (forceps sur tête dernière), ce qui peut résulter, dans le cas de l'analgésie périderale, de l'anesthésie du périnée qui supprime le réflexe de la poussée. Mais d'autre part l'accouchement par le siège pré-

sente souvent le problème que la patiente ressent très tôt l'envie de pousser, sur une dilatation encore incomplète; cette poussée précoce peut provoquer une œdème du col qui gêne considérablement la suite de l'accouchement. L'analgésie périderale permet de compenser ces phénomènes à condition qu'elle soit bien conduite: l'analgésie périnéale doit être précoce, mais rapidement réversible, de manière à enlever l'envie de pousser initiale, mais de la rétablir pour la phase d'expulsion. C'est donc dans une certaine mesure l'inverse de l'accouchement normal.

La *grossesse gemellaire* nécessite souvent des manipulations externes ou internes et la délivrance instrumentale de l'un ou des deux fœtus: l'analgésie périderale est ici certainement indiquée, mais expose à un problème spécifique lié au volume utérin: la compression aorto-cave est beaucoup plus marquée qu'avec un volume utérin à terme normal, et le risque d'hypotension est fortement accru. Cette hypotension n'est pas toujours évitable par les mesures habituelles et il ne faut pas hésiter à avoir recours tôt aux vasopresseurs (ephédrine). D'autre part, il ne faut pas oublier que l'anesthésie périderale ne procure pas de relaxation utérine, et ne permet donc pas certaines manipulations comme la version externe, à moins de lui adjoindre une tocolyse.

Les *contre-indications* à l'anesthésie périderale sont rares; le refus d'une patiente devrait être certainement considéré comme une contre-indication absolue. Presque toutes les autres contre-indications sont relatives: ceci s'applique même aux patients atteints de troubles neurologiques ou de troubles de la crise sanguine (notamment provoquée par un traitement anti-coagulant), plusieurs études ayant montré que les risques sont en réalité très minimes. Dans d'autres cas, on renonce à pratiquer une périderale par crainte de possibles problèmes médico-légaux: c'est le cas des sciatiques, surtout accompagnées de troubles moteurs, à moins que cette sciatique ne soit liée strictement avec la grossesse.

Effets secondaires et complications

Les effets secondaires inhérents à l'analgésie périderale sont essentiellement l'hypotension, la compression aorto-cave et une possible interférence avec l'activité utérine d'une part, et l'activité motrice à la phase d'expul-

sion d'autre part. Les *complications*, quant à elles, ne sont pas inhérentes à la méthode mais se rencontrent de temps en temps, soit pendant l'anesthésie (perforation de la dure-mère, injection intra-vasculaire, etc.) soit dans ses suites (douleurs dorsales, troubles neurologiques).

La *compression aorto-cave* est due à la pression exercée par l'utérus gravide sur les gros vaisseaux, chez la patiente en décubitus dorsal (Fig. 9). Elle existe dans une mesure plus ou moins grande chez toute parturiente à (ou près du) terme, mais elle est habituellement compensée par une vasoconstriction réflexe. Cette compensation est supprimée par l'analgésie péridurale en raison de son effet sur les fibres sympathiques vasomotrices, et la compression aorto-cave entraîne alors une hypotension qui peut être très marquée, surtout si elle est accompagnée de bradycardie. L'importance de l'hypotension est liée à l'étendue de l'analgésie. La chute de pression reste donc en général modérée pendant l'accouchement, surtout avec le bloc sélectif, mais est très marquée au cours de l'établissement de l'anesthésie pour une césarienne.

Les mesures de correction sont de trois ordres: en premier lieu la patiente doit être mise en décubitus latéral gauche, ou au moins inclinée sur le côté gauche au minimum de 15° (7). En second lieu, l'administration préventive de liquides intraveineux (entre 1000 et 2000 ml de solutions cristalloïdes); cette mesure complète, mais ne remplace pas, la position latérale. Enfin, l'emploi de *vasopresseurs*, qui devrait rester exceptionnelle pour l'analgésie péridurale pour l'accouchement par voie basse mais probablement être systématique, à titre préventif, pour la césarienne. De tous les vasopresseurs existants, l'*éphédrine* est le seul qui devrait être utilisé en obstétrique: son action hypertensive est en effet surtout due à une stimulation du myocarde, alors que l'effet vasoconstricteur reste faible. Une vasoconstriction marquée, si elle permet d'augmenter la pression artérielle, peut aussi se produire dans les vaisseaux utérins, avec pour résultat une diminution dangereuse des échanges fœto-maternels (8).

L'analgésie péridurale a souvent été accusée de diminuer ou même d'arrêter l'activité utérine; cette accusation est en partie valable, mais appelle les remarques suivantes: l'activité utérine dépend de deux facteurs dont l'importance relative varie d'une patiente à

une autre: un facteur nerveux, probablement secondaire, et qui est bloqué par l'anesthésie péridurale; et un facteur humorale, les hormones post-hypophysaires déclenchant l'accouchement, et dont il existe des variantes synthétiques (syntocinon): ce facteur, probablement le plus important, n'est pas sensible à un blocage des nerfs rachidiens. Il est possible mais non prouvé que l'importance de ces deux facteurs change avec l'évolution de l'accouchement. Il est en tous cas établi que l'analgésie péridurale peut ralentir ou même arrêter le travail au début de la phase de dilatation, mais pas à la phase de dilatation avancée ou à la phase d'expulsion. D'autre part, la réponse du muscle utérin à la stimulation par le syntocinon reste normale sous analgésie péridurale.

En ce qui concerne l'inhibition de l'activité motrice à la phase d'expulsion, elle devrait rester minime avec un bloc sélectif, tout en se souvenant qu'une analgésie prolongée entraîne souvent une anesthésie périnéale avant la phase d'expulsion. Malgré ceci, il serait abusif de considérer que tout bloc moteur entraîne nécessairement un forceps d'extraction: témoins en sont les cas de parturientes paraplégiques, chez lesquelles l'activité motrice fait totalement défaut, de même que l'activité utérine d'origine nerveuse, mais qui arrivent tout de même à accoucher spontanément.

La *complication immédiate* la plus fréquente est la *perforation de la dure-mère*, dont la fréquence est très variable et dépend d'une part de la technique, d'autre part de l'expérience de l'anesthésiste. On peut admettre globalement une fréquence d'environ 1 pour 50 péridurales, allant d'un minimum de $\frac{1}{2}\%$ à 2 sur 10 chez des débutants. En général, la perforation est évidente, et l'écoulement libre du liquide céphalo-rachidien suffit à la confirmer.

Bibliographie

1. Doughty, A. Practical considerations in childbirth, in A Practice of Anaesthesia, 3rd Ed, Wylie and Churchill-Davidson, Eds. Lloyd-Luke, London, 1972
2. Andrade, P. A new interpretation of the origin of extradural space negative pressure. Br. J. Anaesth., 55, 85, 1983
3. Muneyuki, M., Shirai, K., Inamoto, A. Roentgenographic analysis of the positions of catheters in the epidural space. Anesthesiology, 33, 19, 1970
4. Lund, P., Cwik, J., Gannon, R. Extradural anaesthesia: choice of local anaesthetic agents. Br. J. Anaesth., 47, 313, 1975
5. Doughty, A. Selective epidural analgesia and the forceps rate. Br. J. Anaesth., 41, 1058, 1969
6. Crawford, S.J. Principles and practice of obstetric anaesthesia, 3rd Ed, p.214. Blackwell, Oxford, 1972
7. Downing, J., Coleman, A., Mahomed, M., Jeal, D., Mahomed, Y. Lateral table tilt for Caesarean section. Anaesthesia, 29, 696, 1974
8. James, F., Greiss, F., Kemp, R. An evaluation of vasopressor therapy for maternal hypotension during spinal anaesthesia. Anesthesiology, 33, 25, 1970

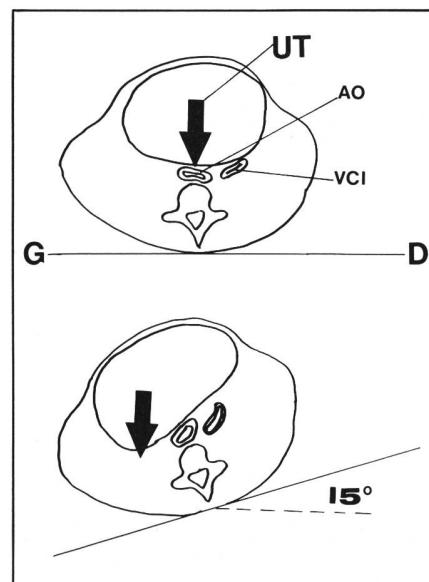


Fig 9. Compression aorto-cave. En décubitus dorsal, l'utérus gravide (UT) comprime l'aorte abdominale (AO) et la veine cave inférieure (VCI): cette dernière, du fait de la moindre pression qui y règne et de sa paroi moins musculeuse, est souvent totalement fermée. Une inclinaison de 15° sur la côté gauche permet très souvent de corriger cette compression, en déplaçant la masse utérine en dehors de l'axe des gros vaisseaux.

A suivre