

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:	7-8
Artikel:	AAlgésie et anesthésie péridurales pour l'accouchement et la césarienne [suite et fin]
Autor:	Suppan, Peter
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-950261

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>

En terminant notre rapport, nous remercions le comité central pour tout le travail accompli. Nos souhaits pour une bonne réussite de l'assemblée des déléguées 1983. Vos collègues de la section Bas-Valais ont une pensée toute particulière pour les membres malades et saluent toute l'assemblée. Un projet de mémorisation par ordinateur des adresses des membres et d'encaissement des cotisations a ensuite été accepté à l'unanimité. L'assemblée des déléguées 1984 aura lieu à Zurich les 3, 4 et 5 mai 1984. Veuillez d'ores et déjà réserver ces dates, les détails vous seront communiqués en temps utile, mais l'organisation est déjà bien avancée. Madame Favarger, afin de mieux connaître l'évolution de la profession, cherche à

savoir combien de sages-femmes travaillent en milieu extra-hospitalier. Si cela est votre cas, envoyez-lui vos noms et adresses au plus vite. Un groupe de travail s'est formé au sein de l'association pour mettre sur pied un stand lors de la Foire aux échantillons de Bâle, afin de faire connaître notre profession à la population et aux jeunes en particulier. Voici donc, en style télégraphique, les principales informations qui ont été données au congrès. Le soir comme de coutume était réservé au banquet traditionnel et la fête se termina tôt le lendemain matin. Matin qui fut consacré à des visites fort intéressantes et variées.

A bientôt donc, en 1984 à Zurich! hg

sible une localisation ultérieure de l'espace péridural.

La complication secondaire la plus redoutable de la perforation de la dure-mère est l'anesthésie *spinale totale*, qui résulte de l'injection d'une dose anesthésique, prévue pour une périderiale, dans le liquide c.r. L'espace sous-arachnoidien, contenant le l.c.r., communique en effet directement avec les ventricules cérébraux. L'injection d'un volume de 10–20 ml provoque par conséquent une anesthésie totale, avec hypotension massive et paralysie respiratoire. Heureusement cet accident est rarissime, et les précautions décrites précédemment devraient la rendre impossible.

Dans ce contexte, il faut mentionner une situation fort préoccupante si elle devait se confirmer: quelques rapports de cas font état d'anesthésies spinales totales à l'occasion d'une réinjection par un cathéter dont la position était à l'origine certainement épидurale (10). On a parlé de migration du cathéter, qui pourrait traverser la dure-mère par un mécanisme inconnu. Toutefois l'existence même de ce phénomène est loin d'être prouvé, et il est possible qu'il s'agisse là d'une tentative d'explication d'un accident de nature tout-à-fait différente. Ce risque hypothétique n'a entraîné aucun des organes dirigeants des professions para-médicales, comme la Central Midwives' Board en Angleterre, à remettre en cause l'administration des doses de maintien par les sages-femmes.

Les *complications tardives* peuvent être la conséquence d'une perforation de la dure-mère: on a décrit notamment des hématomes épiduraux produits par déchirure des veines lors de la décompression par perte du l.c.r. Un enclavement des amygdales cérébelleuses est aussi possible, comme avec toute ponction lombaire. Enfin, il semblerait qu'il existe un risque particulier de toxicité nerveuse par des doses massives d'un des anesthésiques locaux, la chloroprocaine, si elle est injectée dans le liquide céphalo-rachidien.

Des troubles neurologiques après périderiale sans autre complication antérieure (donc en particulier sans perforation de la dure-mère) sont tout-à-fait exceptionnel. Il faut rester très prudent et ne pas établir à la légère des relations de cause à effet: des cas de troubles neurologiques très graves se produisent après anesthésie générale, et en dehors de toute opération; la grossesse s'accompagne par elle-même fréquemment de sciatalgies, de douleurs dorsales, de troubles de la miction, et il n'est pas facile de les attribuer sans autre à l'une ou l'autre

Analgesie et anesthésie périderiales pour l'accouchement et la césarienne

par Peter Suppan

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

Suite et fin

En cas de perforation de la dure-mère, il est possible de convertir l'anesthésie périderiale en anesthésie spinale; ceci ne peut pas s'appliquer à l'analgésie obstétricale, parce que le bloc moteur de la spinale est toujours très important, et un bloc sélectif impossible. Pour ces raisons, le choix en obstétrique ne peut se faire qu'entre l'abandon de l'analgésie, ou sa répétition à un autre espace intervertébral. C'est généralement cette seconde solution qui est retenue parce que les conséquences de la perforation dépendent de la suite de l'accouchement. La perforation de la dure-mère, dans le cas de l'analgésie périderiale continue, est faite avec une grosse aiguille (dont la taille permet le passage d'un cathéter). Le trou de la dure-mère reste donc ouvert, et il se produit une perte importante de liquide céphalo-rachidien. Cette perte a été estimée à quelque 200 ml/24 h, c'est-à-dire l'équivalente de la production journalière de l.c.r. Il s'ensuit une décompression des centres nerveux qui se manifeste par des céphalées très caractéristiques, violentes, ne répondant guère aux analgésiques usuels, et produites par les changements de position, surtout le passage de la position couchée à l'assise. Les céphalées débutent le plus souvent quelque 48 heures après la perforation, et durent une dizaine de

jours. Elles sont assez souvent accompagnées de signes méningés discrets (raideur de la nuque, etc.).

La perte de l.c.r. est accrue par les efforts, en particulier celui de la poussée à la phase d'expulsion. C'est pour cette raison que l'on préfère ne pas renoncer à l'analgésie en cas de perforation, mais de refaire une périderiale à un niveau adjacent. On pourra ainsi produire un bloc périnéal précoce, et éviter la poussée en pratiquant un forceps électif. Le cathéter épidermal permettra aussi d'administrer du serum physiologique pour remplir l'espace périderial, et en diminuant la perte de l.c.r. de prévenir les céphalées.

Le traitement des céphalées, en dehors de cette méthode de perfusion épidermale, consiste en un repos strict de plusieurs jours; les analgésiques usuels sont en général décevant. Le seul traitement réellement efficace est le *blood patch*, qui consiste à injecter dans l'espace périderial 20 à 30 ml de sang autologue, qui en coagulant ferme la perforation. Cette opération doit être pratiquée avec des conditions d'asepsie rigoureuses, le sang étant un excellent bouillon de culture. L'opinion générale est qu'un *blood patch* ne doit pas se faire à titre préventif, mais seulement en cas de céphalées installées (9). Signalons enfin qu'un *blood patch* pratiqué lors d'une périderiale précédente ne rend pas impos-

cause. D'une manière générale, on peut considérer que le risque inhérent à une analgésie péridurale est très faible, ce qui justifie même sa pratique sur simple demande de la parturiente en dehors de toute autre indication.

Maintien et surveillance de l'analgésie

L'analgésie est maintenue en général par des injections à travers le cathéter, faites à la demande de la parturiente. Quelques auteurs préfèrent refaire une injection péridurale à chaque fois qu'une dose est nécessaire, sous prétexte d'un risque infectieux accru avec la méthode continue par cathéter; aucune étude n'a toutefois démontré le bien-fondé de cette crainte. Les injections sont souvent faites par un *filtre anti-bactérien*, dont la nécessité est très discutée. L'auteur pense que cette précaution reste utile, parce que peu coûteuse et sans danger; plus qu'une protection anti-bactérienne, on peut en attendre un filtrage d'éventuels débris de verre microscopiques provenant des ampoules d'anesthésique.

L'injection de maintien de l'analgésie doit être faite assez tôt, c'est-à-dire dès le retour d'une sensation désagréable mais pas encore douloureuse, car la latence avant que la dose ne produise son effet est de 10–15 min au minimum. La patiente doit en être instruite, de préférence par l'anesthésiste au moment de l'installation de la péridurale.

Le volume et la concentration d'anesthésique sont prescrits par l'anesthésiste au vu des résultats de la dose initiale, et ne sont plus modifiées par la suite à moins qu'une complication n'oblige à revoir la situation. Toutes les injections sont faites de préférence en décubitus latéral alterné (5 min sur un côté, puis sur l'autre), et la tension artérielle est recontrôlée. Il convient encore de signaler qu'en plus des injections répétées par le cathéter, une méthode continue utilisant une pompe électrique a été décrite, mais reste encore peu utilisée.

Il convient ici d'insister sur l'extrême importance d'éviter des erreurs dans les réinjections. L'administration d'une solution autre qu'un anesthésique local dans l'espace péridural peut avoir des conséquences graves, allant d'effets secondaires modestes et transitoires à une paraplégie définitive.

La question des injections pratiquées par les sages-femmes a généralement été, malgré ce risque, résolue affirmativement; il ne faut pas oublier, en ef-

fet, que des conséquences tout aussi graves, quoique différentes, peuvent résulter d'erreurs dans les injections intra-veineuses ou intra-musculaires: ce risque n'a jamais été considéré comme devant retirer aux infirmières le droit de les pratiquer.

Forceps et délivrance instrumentale

L'anesthésie péridurale, si elle est étendue au périnée, permet de pratiquer des interventions obstétricales dans d'excellentes conditions. Une révision de la cavité utérine peut aussi se faire sous péridurale à condition que l'anesthésie soit étendue. La relation entre péridurale et forceps est toutefois l'un des facteurs considérés comme négatifs: il est certain qu'il n'est pas toujours possible de maintenir un bloc sélectif, et si l'anesthésie du périnée est trop précoce le réflexe de la poussée peut manquer totalement. Parfois le bloc moteur peut aussi être excessif, et interférer avec la collaboration maternelle.

L'introduction de l'analgésie péridurale dans un service d'obstétrique s'accompagne pratiquement toujours d'une certaine augmentation du nombre des forceps; cette augmentation est toutefois très variable, souvent assez forte au début et diminuant ensuite à mesure que l'équipe obstétricale prend plus l'habitude de travailler sous analgésie péridurale. Pour cette raison les chiffres publiés dans diverses études sont très variables et probablement difficiles à comparer. Ce qui ressort peut-être le mieux, c'est qu'avec ou sans péridurale les habitudes des accoucheurs changent peu: celui qui a une forte proportion de forceps sous péridurale souvent en avait déjà une forte avant.

La césarienne sous anesthésie péridurale (11)

Au contraire de l'analgésie pour l'accouchement, on recherche pour la césarienne une anesthésie étendue et non-sélective, avec un bloc moteur aussi important que possible. Le volume et la concentration d'anesthésique local sont augmentés: le volume initial est de l'ordre de 20 ml, puis le niveau d'anesthésie est ajusté si nécessaire jusqu'à atteindre environ T_8 , ce qui correspond à peu près au rebord costal. Les racines sacrées doivent être complètement anesthésierées, pour rendre indolores non pas l'incision (qui est en région «lombaire») mais les manipulations utérines surtout au moment de la délivrance de l'enfant. Cet-

te anesthésie des racines sacrées s'obtient presque toujours par la simple injection du volume initial d'anesthésique; certains anesthésistes préfèrent donner une dose en position assise, par analogie avec la dose périphérique de l'accouchement. Cette dose doit dans ce cas être donnée en premier, si l'on veut éviter une hypotension orthostatique.

L'hypotension est précisément l'effet secondaire le plus problématique de l'anesthésie péridurale pour la césarienne. On tente de la prévenir par une position correcte de la patiente et un remplissage vasculaire important (de 2000 ml de solution cristalloïde de préférence) qui doit être complet avant que les effets hypotenseurs de la péridurale ne commencent à se manifester. Malgré ces précautions, l'emploi de l'éphédrine reste souvent nécessaire; notre expérience personnelle justifierait même de donner l'éphédrine à petite dose à titre préventif plutôt que d'attendre une hypotension excessive pour en donner.

Du point de vue fœtal, la plupart des études ont montré une acidose plus forte qu'avec l'anesthésie générale, ce qui s'explique en partie par la différence entre respiration spontanée (avec ou sans apport supplémentaire d'oxygène) et ventilation avec masques mélanges riches en oxygène, en partie par l'hypotension. Le choix de l'anesthésie n'est donc pas basé sur un critère fœtal, mais surtout sur un choix maternel. En revanche, l'anesthésie péridurale permet de supprimer le risque le plus grand de l'anesthésie générale obstétricale, l'aspiration du contenu gastrique, qui fait encore des victimes chaque année.

Péridurale et interruption de grossesse tardive (12)

L'interruption de grossesse tardive, au 2^e et surtout au 3^e trimestre, reste rarissime. Depuis quelques années ces interventions, de même que la provocation de l'accouchement en cas de mort fœtale *in utero*, se font par les *prostaglandines*; ces substances provoquent de très fortes contractions utérines, plus fortes et plus douloureuses que celles de l'accouchement normal. De plus, l'intervention entière peut être très longue (plus de 24 h), et elle est psychologiquement beaucoup moins supportable que le travail, même difficile, d'un accouchement normal. Une analgésie aussi profonde que possible est donc certainement justifiée.

Un facteur qui permet une bonne analgésie est le fait que le fœtus, quel que

soit son état, ne joue aucun rôle dans le choix des méthodes. L'expulsion est faite presque toujours sans participation de la patiente. L'analgésie péri-néale est requise tôt, pour l'administration des prostaglandines; l'analgésie pour les contractions doit aussi être présente d'emblée, parce que la stimulation aux prostaglandines induit les contractions très rapidement, et que ces contractions sont d'emblée violentes et douloureuses. L'analgésie péridurale, au prix d'un bloc moteur souvent important, permet de procurer une analgésie profonde, mais pas toujours suffisamment continue. Elle devrait de toutes façons se compléter d'une sédatrice, éventuellement avec une composante analgésique systémique, pour le bien-être de la patiente.

Les morphines épидurales (13)

Des travaux récents ont montré que les analgésiques dérivés de la morphine (morphine proprement-dite, péthidine, fentanyl, buprénorphine, etc.) procurent une analgésie, mais pas une anesthésie, lorsqu'ils sont administrés par voie épidurale; leur action est localisée dans la moelle épinière, qu'ils atteignent par résorption dans le liquide céphalo-rachidien. Pour cette raison on peut aussi les donner par voie spinale, une méthode plus efficace mais grevée de l'effraction dure-mérienne décrite précédemment.

Selon les produits et leur dosage, une analgésie de très bonne qualité peut être obtenue surtout pour des processus douloureux chroniques. L'analgésie pour l'accouchement a fait l'objet de rapports contradictoires; l'anesthésie chirurgicale n'est pas réalisable par les morphines épidurales, mais elles peuvent procurer une excellente analgésie post-opératoire.

Le grand avantage des morphines par rapport aux anesthésiques usuels est l'absence d'hypotension et de bloc moteur; certains effets secondaires leur sont toutefois communs comme la rétention urinaire. Enfin, les morphines administrées par voie épidurale ou spinale ont deux effets secondaires graves qui ont beaucoup réduit l'enthousiasme des débuts: les nausées et vomissements sont très fréquents et prolongés (comme l'action analgésique); des prurits très pénibles accompagnent souvent leur emploi. Enfin, de loin le plus sérieux, ils peuvent provoquer une dépression respiratoire tardive pouvant aller jusqu'à l'apnée. Une surveillance très attentive est donc nécessaire pendant toute la durée de l'administration (14).

Bibliographie

9. Loeser, E., Hill, G., Bennett, G., Sederberg, J. Time vs success rate for epidural blood patch. *Anesthesiology*, 49, 147, 1978
10. Woerth, S., Bullard, J., Alpert, C. Total spinal anesthesia, a late complication of epidural anesthesia. *Anesthesiology*, 47, 380, 1977
11. Suppan, P. L'anesthésie péridurale pour la césarienne. *Rev. méd. Suisse rom.*, 99, 657, 1979
12. De Grandi, P. Interruption de grossesse. Mode d'usage des prostaglandines. *Rev. méd. Suisse rom.*, 99, 665, 1979
13. Editorial: Epidural opiates. *Lancet*, 1980, i: 962
14. Christensen, V. Respiratory depression after extradural morphine. *Br. J. Anaesth.*, 52, 841, 1980

Adresse de l'auteur: P. Suppan, Hôpital de Nyon, 1260 Nyon

Verbandsnachrichten Nouvelles de l'Association



Stellenvermittlung

Beide Basel

0 061 960841

Präsidentin: Wunderlin Herta
Seltisbergerstrasse 39, 4411 Lupsingen

Sektionswechsel:

Zünd Yvonne, Breitenbach, von Sektion Solothurn nach Sektion Beider Basel

Bern

0 031 810079

Präsidentin: Stähli Hanni
Holzackerstrasse 14, 3123 Belp

Einladung zur Sektionsversammlung,
Mittwoch, 31. August 1983 um 14.00
Uhr im Restaurant «Schloss-Schadau», Thun.

Thema: Welche Erwartungen stellen die schwangeren Frauen an die Hebamme und das Spital?

Dazu konnten wir für Sie einige Frauen einladen, die gerne über ihre Geburts-erlebnisse berichten und am gegen-

Veranstaltungen / Manifestations

- | | |
|---------------|---|
| 18. August | Sommerausflug Sektion Ostschweiz |
| 25 août | Course de la section Vaud-Neuchâtel |
| 31. August | Versammlung Sektion Bern |
| 8. September | Ausflug Sektion Beider Basel |
| 21. September | Ausflug Sektion Bern |
| 22. September | Weiterbildungsnachmittag Sektion Ostschweiz |