

LA DOULEUR OBSTÉTRICALE AIGUE

Gabrielle Barrieau, MD

Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal

OBJECTIFS

- Connaître les mécanismes de la douleur et leurs effets sur la mère et le fœtus
- Décrire les méthodes analgésiques non-pharmacologiques
- Décrire les types d'analgésies pharmacologiques non-neuraxiales en énumérant les indications, contre-indications, complications et limites de chacun.
- Comprendre les principes d'analgésie neuraxiale (épidurale et technique combinée) et leurs
 - Répercussions physiologiques
 - Techniques de réalisation
 - Indications
 - Contre-indications
 - Complications

DOULEUR DU TRAVAIL

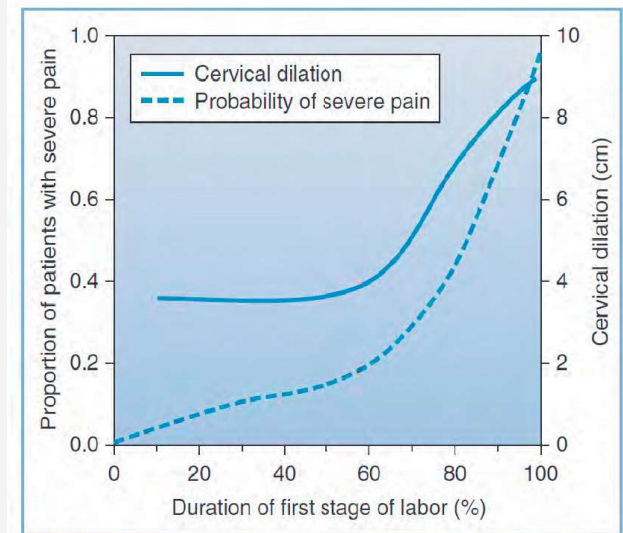
- La douleur obstétricale liée au travail diffère de la douleur chronique puisqu'elle s'accompagne de dommages tissulaires visibles
- La douleur est principalement composée de deux stades:
 - Dilatation du col
 - Descente et naissance du fœtus
- Cette douleur comporte de multiples variables qui peuvent en modifier l'intensité et la signification

DOULEUR DU TRAVAIL

Plusieurs chercheurs ont tenté de caractériser l'intensité de cette douleur :

- Le questionnaire de douleur de McGill compare la douleur de l'accouchement à celle de l'amputation d'un doigt.
- Lien entre la dilatation du col et l'intensité de la douleur

La douleur liée au travail est d'intensité modérée à sévère.

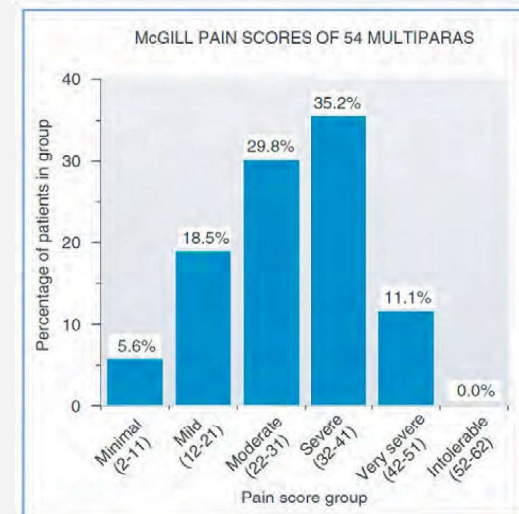
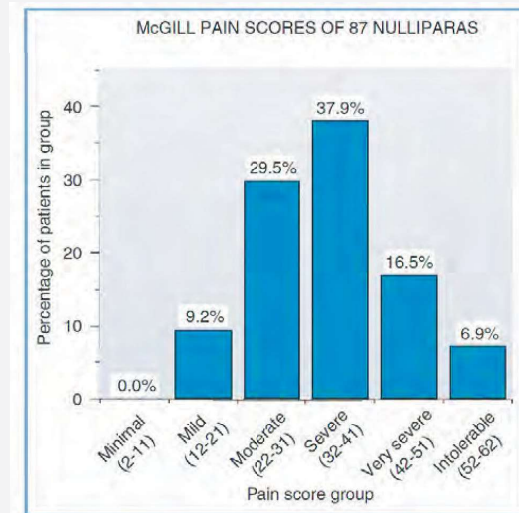


DOULEUR DU TRAVAIL

Grande variabilité dans la quantification de la douleur :

- Lien entre les douleurs menstruelles et la douleur du travail
- Douleur post césarienne prédite en fonction de tests cutanés quantitatifs à la chaleur ²
- La douleur est pire chez les nullipares non préparées → nullipares avec préparation à l'accouchement → multipares
- Peut s'expliquer par une différence génétique dans la production ou la réponse aux cytokines ³

2- Granot, M., Postcesarean section pain prediction y preoperative experimental pain assessment, anesthesiology, 2003
3- Reid, JG., The carriage of pro-inflammatory cytokine gene polymorphisms in recurrent pregnancy loss, Am J Reprod Immunol, 2001



DOULEUR DU TRAVAIL

Douleur difficile à évaluer par une EVA :

- Douleur multidimensionnelle et dynamique
- Dimension émotionnelle présente
- Composantes sensibles et affectives

Douleur du travail :

- Porteuse de sens
- Sentiments d'échec ou de honte si un traitement analgésique est employé

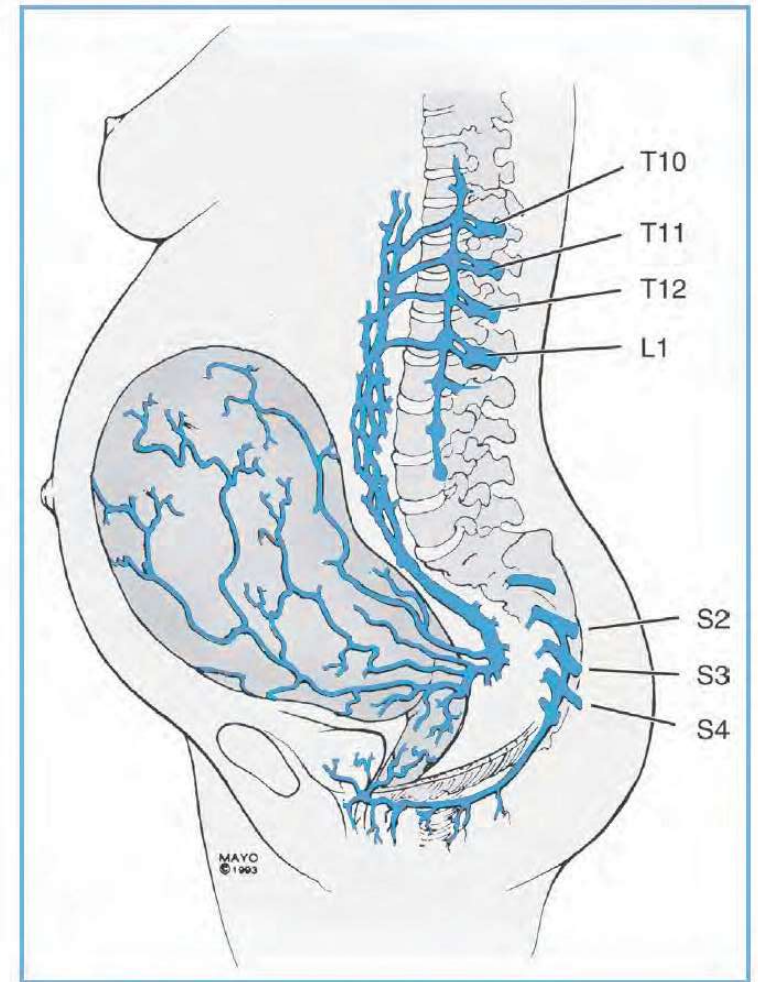
Préparation au travail :

- Améliorer l'expérience
- Attentes réalistes

Pain Descriptors	TYPE / SOURCE OF PAIN		TY
	Balloon Distention of the Cervix ^a	Labor ^b	
Sensory	Shooting, boring, sharp, hot, dull, taut	Throbbing, shooting, sharp, cramping, aching, taut	
Affective		Exhausting, tiring, frightening, grueling	
Evaluative	Annoying		
Miscellaneous	Drawing, squeezing	Tearing	

MÉCANISMES DE LA DOULEUR

- 1^{er} stade du travail :
 - Douleur provient de la dilatation du col utérin et des contractions utérines (segment inférieur)
Afférences nerveuses du corps utérin régressent partiellement durant la grossesse
 - Fibres nerveuses de T10 à L1 entraînant une douleur viscérale.
 - Contractions déforment les nocicepteurs viscéraux
- 2^e stade du travail:
 - Douleur des contractions idem
 - Douleur provenant de la descente du foetus
 - Dilatation/distension/déchirure des tissus du périnée (douleur somatique)
 - Fibres nerveuses S2-S4



Chestnut's *Obstetric Anesthesia: Principles and Practice*. Fig 12.5
Sixth edition

MÉCANISMES DE LA DOULEUR

- 1^{er} stade du travail
- À chaque contraction utérine, la pression transmise au col utérin déforme et étire les nocicepteurs viscéraux (distension mécanique)
- Dépolarisation des terminaisons nerveuses et déclenchement de potentiel d'action par:
 - Canaux ioniques sensibles à la distorsion (BNC-1, ASIC-2)
 - Distorsion entraînant une libération rapide et transitoire de neurotransmetteurs activant les récepteurs des canaux ioniques.
 - Ischémie locale entraînant l'ouverture de canaux ioniques sensibles au pH (ASIC-2, VR-1)

MÉCANISMES DE LA DOULEUR

- 1^{er} stade du travail
- Fibres nerveuses A-delta et C sont activées →
 - Voyagent dans la moëlle épinière par les racines dorsales ipsilatérales jusqu'à la corne dorsale (lame I et II) ipsilatérale
 - Réseau extensif de synapses rostro-caudales qui expliquent pourquoi la douleur viscérale est ressentie de manière diffuse (afférences traversant à la corne dorsale controlatérale)
 - Neurones de la moëlle ont des axones traversant au faisceau spinothalamique ventral controlatéral
 - projection au cortex somatosensoriel (perception de la douleur)
 - projection via les faisceaux spinoréticulaires et spinomésencéphaliques aux zones de vigilance (locus coeruleus, formation réticulée), aux zones de régulation cardiorespiratoire et aux voies descendantes de la douleur
 - Activation thalamique par la douleur active également les aires de mémoire, de réponse motrice et de réponse émotionnelle

MÉCANISMES DE LA DOULEUR

- Particularités anatomiques des voies de la douleur du 1^{er} stade du travail
 - Diminution de la douleur possible par le blocage des afférences périphériques (ie: épidurale) ou par le blocage de la transmission via la moëlle épinière (ie: injection intrathécale – anesthésique local ou opiacés)
 - La grande présence de synapses viscérales a/n de la moëlle épinière implique que l'administration de médication a/n intrathécale a des propriétés physicochimiques facilitant d'atteindre les nocicepteurs.

MÉCANISMES DE LA DOULEUR

- 2^e stade du travail
- La douleur au 2^e stade du travail est transmise par les mêmes afférences activées du 1^{er} stade et aussi par
- L'activation des afférences a/n du col utérin (surface vaginale), du vagin et du périnée.
 - Fibres nerveuses voyageant par le ganglion de la racine dorsale du nerf honteux (pudental) à S2, S3 et S4. (afférences somatiques)
 - Douleur localisée précisément au vagin et au périnée
 - Causée par la distension, l'ischémie, la lésion directe (étirement des tissus, déchirure, coupure iatrogénique).
- Particularités anatomiques des voies de la douleur du 2^e stade du travail
 - Diminution de la douleur possible par le bloc honteux ou l'extension du bloc épidural jusqu'aux fibres sacrées.

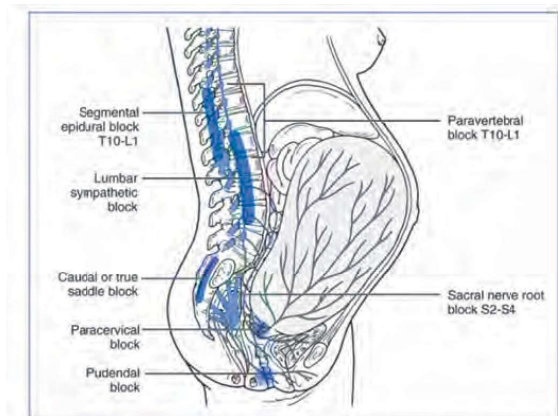


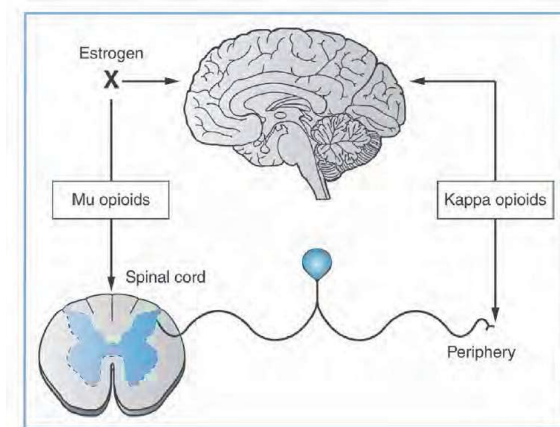
FIGURE 20-5 Transmission of labor pain. Labor pain has a visceral component and a s...

MÉCANISMES DE LA DOULEUR

- Phénomène de sensibilisation
 - Maturation du col utérin et le début du travail = résultat d'une synthèse et d'un relâchement local de produits inflammatoires
 - Prostaglandines (PGE2) pour maturation du col et induction du travail
 - Cytokines et facteur de croissances relâchés a/n du col avant et durant le travail
 - AINS (indomethacine) comme tocolytique pour le travail préterme
 - Inflammation sensibilise les afférences terminales et entraîne pour une courte période un changement d'expression génétique → amplification du signalement de la douleur
- Implications:
 - Contractions de Braxton-Hicks avant le travail (aussi puissantes que durant le travail, moins souffrantes)
 - Douleur augment au fur et à mesure que le travail progresse
 - Médiateurs inflammatoires sont une potentielle cible pour le traitement de la douleur

MÉCANISMES DE LA DOULEUR

- Récepteurs inhibiteurs des nocicepteurs viscéraux périphériques
- Récepteurs opioïdes
 - Récepteurs agonistes mu : effet analgésique par une action centrale
 - Récepteurs agonistes kappa : effet analgésique par une action périphérique et supraspinale (afférences viscérales)
- L'œstrogène entraîne une inhibition supra-spinale (mais non spinale) de l'effet analgésique des agonistes mu.
 - Explique l'efficacité moindres des opioïdes en administration systémique vs intrathécale.



MÉCANISMES DE LA DOULEUR

- Voies ascendantes
 - Stimulation du tronc cérébral par la douleur entraîne une activation du système nerveux sympathique et des centres respiratoires
- Connaissance des centres supraspinaux stimulés durant le travail est limitée
 - Les méthodes distrayantes ne diminuent pas l'activation du thalamus, mais entraînent une réduction de l'activité corticale⁴
 - Modulation supra-thalamique de la douleur peut être responsable en partie des différences interindividuelles de perception de la douleur

EFFETS SUR LA MÈRE ET LE FOETUS

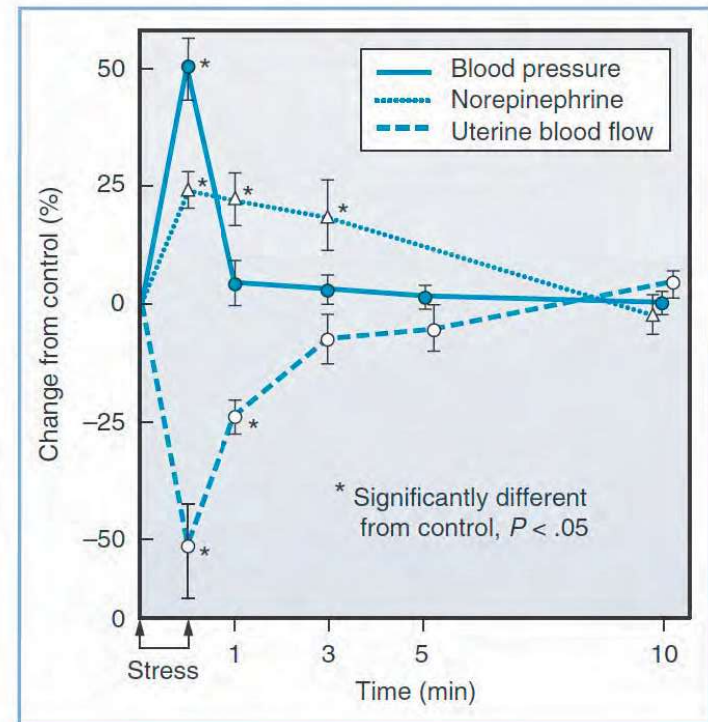
- Effets de la douleur sur le travail
 - La douleur entraîne une augmentation de l'activité sympathique:
↑ cathécholamines plasmatiques (surtout l'**épinéphrine**)
 - L'**épinéphrine** a un effet direct sur les récepteurs bêta du myomètre:
produit un effet **tocolytique**
 - *Un travail dystocique peut se normaliser lorsqu'une patiente obtient un soulagement de sa douleur*
 - *Un soulagement rapide de la douleur peut causer une diminution rapide des cathécholamines et causer hyperstimulation utérine (peut entraîner un tracé anormal du CF)*
 - La douleur entraîne une augmentation de la relâche d'**oxytocine**:
via la stimulation des fibres sacrées, par les voies spinales ascendantes
(réflexe de Ferguson)
 - L'**oxytocine** a effet direct sur le myomètre, augmente le calcium intracellulaire et **augmente** la fréquence et la force des contractions.

EFFETS SUR LA MÈRE ET LE FOETUS

- Effets de la douleur sur le travail
- La douleur cause une relâche de substances qui ont un effet soit **activateur (oxytocine)** ou **inhibiteur (épinéphrine)** sur l'activité utérine et la dilatation cervicale.
- L'effet de l'analgésie du travail sur l'évolution de celui-ci peut varier d'un individu à l'autre ou d'un travail à un autre.

EFFETS SUR LA MÈRE ET LE FOETUS

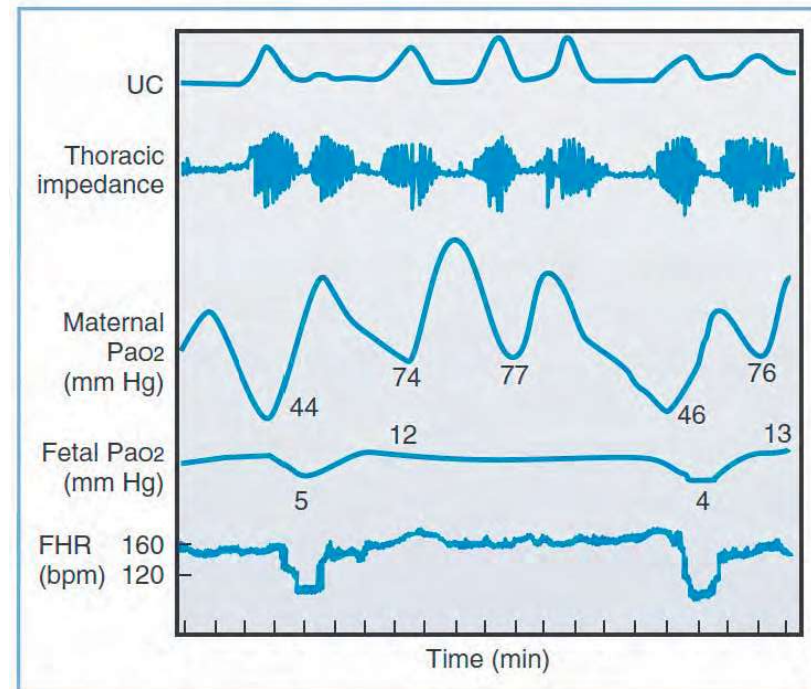
- Effets cardiaques
- Augmentation de l'épinéphrine sérique correspondant à une dose IV de 15 mcg⁵
 - Augmentation du débit cardiaque
 - Augmentation des résistances vasculaires périphériques
 - Diminution de la perfusion placentaire
- Analgésie neuraxiale efficace:
 - ↓ 50% la concentration des catécholamines circulantes maternelles, aucun effet sur le catécholamines fœtales



5- Leighton, BL., Limitations of epinephrine as a marker of intravascular injection in laboring women. Anesthesiology, 1987.

EFFETS SUR LA MÈRE ET LE FOETUS

- Effets respiratoires
- La douleur entraîne des périodes d'hyperventilation
 - Effets secondaires (*étourdissements, engourdissements périphériques, spasmes musculaires*)
 - Diminution de la pO₂ dans la veine ombilicale
- Cela peut entraîner des périodes d'hypoventilation entre les contractions qui peuvent entraîner une hypoxémie maternelle et même fœtale



EFFETS SUR LA MÈRE ET LE FOETUS

- Les effets cardiovasculaires et respiratoires de la douleur sont bien tolérés chez les femmes en santé avec un travail normal.
- Ces effets peuvent entraîner une décompensation maternelle ou fœtale lorsque certaines pathologies sont présentes:
 - Une insuffisance placentaire en cas de pré-éclampsie
 - Une insuffisance respiratoire chez une patiente incapable d'augmenter sa ventilation minute
 - Une décompensation cardiaque chez une patiente avec une valvulopathie, une cardiomyopathie ou une maladie cardiaque athérosclérotique
 - Une diminution du seuil convulsif chez une patiente épileptique
- Un soulagement adéquat de la douleur deviant primordial dans ces situations

EFFETS SUR LA MÈRE ET LE FOETUS

- Effets digestifs
 - La douleur, l'anxiété et le stress:
 - ↑ sécrétion de gastrine (↑ l'acidité et le volume gastrique)
 - ↓ mobilité gastrointestinale et urinaire
 - Symptômes aggravés par la position couchée et la prise d'opioïdes
 - Augmente le risque d'aspiration pulmonaire (principalement dans le contexte d'une anesthésie générale)
- Effets psychologiques
 - Certaines femmes qui voient le travail et la naissance comme un processus positif et non-menaçant peuvent subir la douleur avec moins de souffrance
 - Une douleur sévère non-soulagée peut causer des conséquences psychologiques (dépression, PTSD) et physiques (douleur chronique, problèmes uro-génitaux)

EFFETS SUR LA MÈRE ET LE FOETUS

- Effets foetaux
 - La douleur n'a pas d'effet direct sur le fœtus, mais
 - La douleur peut affecter la perfusion et l'oxygénation foetale via:
 - Effet des cathécholamines:
 - Contractions (la perfusion foetale se fait en diastole utérine) et sur la
 - Vasoconstriction des artères utérines ↓ mobilité gastrointestinale et urinaire
 - Effet sur la ventilation maternelle
 - Effets bien tolérés en situation normale, mais peuvent être problématiques lorsque la réserve utéroplacentaire est limitée

EFFETS SUR LA MÈRE ET LE FOETUS

- Effets de la douleur post-accouchement
 - 7% de douleur périnéale à 8 semaines post accouchement vaginal ⁶
 - 43% d'hyperalgie à 48h post-op de césarienne
 - 23% de douleur résiduelle à 6 mois post-césarienne ⁷
- La sévérité de la douleur aiguë post-partum est liée au risque de douleur persistante post-partum et de dépression post-partum (8 semaines post-partum) ⁸
 - La douleur sévère augmentait le risque de 2.5 à 3x
 - Indépendamment du mode de délivrance
- Le traitement adéquat de la douleur post-partum peut potentiellement diminuer des complications à long terme.

6- Macarthur AJ, Macarthur C. Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191:1199–1204.

7- Lavand'homme PM, Roelants F, Waterloos H, De Kock MF. Postoperative analgesic effects of continuous wound infiltration with diclofenac after elective cesarean delivery. *Anesthesiology.* 2007;106:1220–1225.

8- Eisenach JC, Pan PH, Smiley R, et al. Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain.* 2008;140:87–94.

DOULEUR DU TRAVAIL

- Le soulagement adéquat de la douleur amène de nombreux avantages, que ce soit la satisfaction maternelle, la diminution d'incidence de problèmes post-partum (PTSD, dépression) et s'assurer d'un travail sécuritaire, principalement chez les personnes enceintes avec une réserve utéro-placentaire limitée ou un risque de décompensation avec l'adrénergisme lié au travail.

ANALGÉSIE DU TRAVAIL

MÉTHODES NON-PHARMACOLOGIQUES

- Les méthodes non-pharmacologiques utilisées se basent sur des théories reconnues des mécanismes de la douleur:
 - La théorie du portillon: Massage, bain thérapeutique, ballons de naissance
 - Contrôle inhibiteur diffus: Injection d'eau stérile ,TENS, acupression
 - Contrôle supra-spinal: Cours prénataux, méditation, hypnose, aromathérapie, accompagnement
 - * *voies inhibitrices descendantes de la douleur sont affectées par des méthodes psychologiques*
- Ces méthodes peuvent être utilisées de manière indépendante ou complémentaires aux méthodes pharmacologiques.
- Une méta-analyse de 2014 les comparant aux soins usuels a démontré une réduction de diverses interventions obstétricales ⁹

MÉTHODES NON-PHARMACOLOGIQUES

- **Cours prénataux**

Enseignement de techniques de relaxation et de respiration

* plus difficiles à utiliser à mesure que le travail progresse

La préparation à l'accouchement peut aider à mieux gérer la douleur et/ou les attentes

Absence de données pour supporter ces enseignements comme méthode analgésique

- **Techniques de toucher et de massage**

Comprennent l'effleurage, la contre-pression lombaire, caresses de réconfort

Peu d'évidences scientifiques

Procure un sentiment de sécurité et de bien-être

- **Usage thérapeutique de chaleur et de froid**

Compresse chaudes ou compresse froides/glacées (abdomen, région lombaire, périnée, cou)

Pratique courante, mais méthodes non-étudiées de manière rigoureuse

Sécuritaire (sauf sur une peau anesthésiée)

- **Aromathérapie**

Huiles utilisées en massage, en nébulisation ou dans le bain

Pratique courante, mais méthodes non-étudiées

10- Bohren, MA., Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev, 2017

11- Hodnett, ED., Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals: a randomized controlled trial, JAMA, 2002.

12- Lawrence, A., Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database Syst Rev, 2013

MÉTHODES NON-PHARMACOLOGIQUES

- **Support continu**

Soins 1:1 (partenaire, membre de la famille, personnel ou doula)

Méta-analyse Cochrane 2017 (27 études / 15 858 patientes) (qualité d'évidence faible)¹⁰

Meilleure chance d'accouchement vaginal spontané (RR 1.08)

Moins d'utilisation d'analgésie intrapartum (RR 0.9)

Travail + court de 41 min

Moins de c/s (RR0.75) et d'AVA (RR 0.9)

Une étude randomisée contrôlée aux ÉUA n'a pas démontrée de différence sur le taux de césarienne¹¹

- **Positionnement**

Méta-analyse Cochrane 2013 (2503 patientes) (méthodologie hétérogène)¹²

Comparaison du positionnement vertical et la marche (vs décubitus)

1^{er} stade du travail + court de 1.36h

Diminution du taux d'épidurale et de c/s

Si les patientes avaient l'épidurale; pas de changements de outcomes.

10- Bohren, MA., Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev, 2017

11- Hodnett, ED., Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals: a randomized controlled trial, JAMA, 2002.

12- Lawrence, A., Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database Syst Rev, 2013

MÉTHODES NON-PHARMACOLOGIQUES

- **Hydrothérapie**

Douche, bain, bain tourbillon

Méta-analyse Cochrane 2009 (3243 patientes)¹³

Réduction de l'utilisation de rachidienne, épidurale ou bloc paracervical (RR 0.9)

Réduction du 1^{er} stade du travail de 32 minutes

Pas de différence dans le taux de césarienne, d'issues néonatales ou d'infections

Méthode sécuritaire (si monitoring approprié est appliqué et que la température de l'eau est contrôlée), procurant du confort.

L'accouchement dans l'eau (comparé à l'épidurale, N2O, TENS ou combinaison) est associé au plus haut taux de satisfaction maternelle.¹⁴

- **TENS (Transcutaneous nerve stimulation)**

Habituellement utilisé en région lombaire, mais peut être positionné sur des points d'acupuncture et même a/n du crâne.

Méta-analyse Cochrane 2009 (17 études / 1466 patientes)¹⁵⁻¹⁶

Peu de différence dans les scores de douleur, mais moins de douleur sévère

Patientes favorables à l'utiliser à nouveau

Absence d'évidence

Pas d'incidence sur les complications autres, aucun impact sur le travail

Peut interférer avec le moniteur du CF

13- Cluett, ER., Immersion in water in labour and birth. Cochrane Database Syst Rev., 2009.

14- Czech I, Fuchs P., Pharmacological and Non-Pharmacological Methods of Labour Pain Relief-Establishment of Effectiveness and Comparison. Int J Environ Res Public Health. 2018 Dec 9

15- Chestnut, David H.. *Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice*. Sixth edition. Philadelphia, PA: Elsevier, 2020.

16- Dowswell T, Bedwell C, Lavender T, Neilson JP. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009

MÉTHODES NON-PHARMACOLOGIQUES

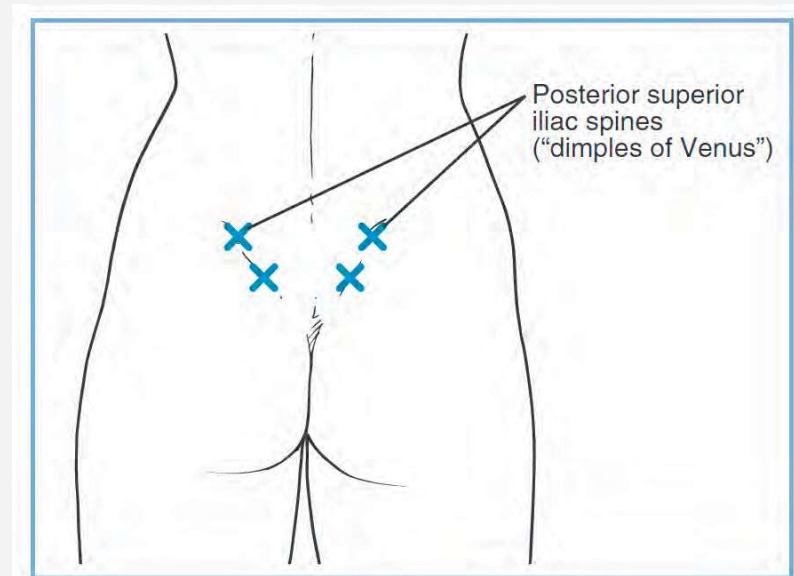
- **Injection d'eau stérile**

Injection intradermique ou sous-cutanée, pour traiter la douleur lombaire

Méta-analyse Cochrane 2012 (7 études / 766 patientes)

* Pauvre qualité des études, haut risque de biais

Pas d'incidence sur les complications autres.



Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice. Fig 21.3 Sixth edition

MÉTHODES NON-PHARMACOLOGIQUES

- **Acupuncture/Acupression**

Grande variabilité dans la pratique et difficilement applicable de façon optimale (personne formée présente durant le travail)

Quatre essais randomisés ont démontré une diminution des scores de douleur chez les parturientes, de manière comparable à d'autres modes analgésiques, deux de ces études démontraient aussi une durée plus courte du stade I actif du travail.

D'autres études ont démontré aucune réduction des scores de douleur.

Pas d'incidence sur les complications.

- **Hypnose**

Applicable chez n'importe quel patient, mais + efficace si l'apprentissage se fait durant le T3.

Méta-analyse de 2016 démontrant une diminution de l'utilisation d'analgésie pharmacologique chez les parturientes, mais évidence de faible qualité.

Pas d'incidence sur les complications.

18- Hantoushzadeh S, Alhusseini N, Lebaschi AH. The effects of acupuncture during labour on nulliparous women: a randomised controlled trial. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2007;47:26–30.

19- Asadi N, Maharlouei N, Khalili A, et al. Effects of LI-4 and SP-6 acupuncture on labor pain, cortisol level and duration of labor. J Acupunct Meridian Stud. 2015;8:249–254.

20- Ramnero A, Hanson U, Kihlgren M. Acupuncture treatment during labour—a randomised controlled trial. BJOG. 2002;109:637–644.

21- Nesheim BI, Kinge R, Berg B, et al. Acupuncture during labor can reduce the use of meperidine: a controlled clinical study. Clin J Pain. 2003;19:187–191.

- Opiïdes (IM, IV et ACP)
- Protoxyde d'azote
- Blocs honteux



MÉTHODES PHARMACO- LOGIQUES

MÉTHODES PHARMACOLOGIQUES

- L'analgésie parentérale ou inhalée est utilisée :
 - Lorsque l'analgésie neuraxiale n'est pas accessible
 - Lorsque l'analgésie neuraxiale est contre-indiquée:
 - Coagulopathie (innée ou acquise) ou anticoagulothérapie
 - Malformation du SNC
 - Chirurgie correctrice lombaire empêchant la procédure
 - Infection au site de la neuraxiale
 - Refus de la patiente

MÉTHODES PHARMACOLOGIQUES

- **Opiïdes**

- Les opiacés peuvent être administré de manière IV (directement ou par pompe d'ACP), IM ou S/C.
- Le choix de la molécule dépend des pratiques locales, peu d'évidences scientifiques justifiant une molécule plus qu'une autre.
 - Injection IV, IM, S/C:
Morphine, Hydromorphone, Meperidine
Nalbuphine
 - Injection IV seulement:
Fentanyl
 - Administration par ACP (analgésie contrôlée par le patient)
Remifentanyl, Fentanyl, Sufentanyl
- Effets secondaires
 - Nausées/Vomissements
 - Hypoventilation / Sédation
 - Dysphorie / Étourdissements
 - Prurit (traitable avec diphenhydramine et/ou naloxone)
 - Diminution de la variabilité du CF, dépression respiratoire à la naissance

MÉTHODES PHARMACOLOGIQUES

- **Morphine**
 - Agoniste des récepteurs Mu
 - Dosage: 0.05- 0.1 mg/kg IV 0.1-0.2 mg/kg IM ou S/C
 - Pic d'action: 10-30 min Durée d'action 3-4 heures
 - Traverse le placenta dans un ratio de concentration fœto-maternelle de 0.8 (à 10-20min)
 - La $\frac{1}{2}$ vie d'élimination est plus longue chez le nouveau-né que chez l'adulte
 - Réduction non cliniquement significative de la douleur (jusqu'à des doses de 0.2 mg/kg IV)
- **Hydromorphone**
 - Agoniste des récepteurs Mu (moins histamino-libérateur)
 - Dosage: 0.01- 0.02 mg/kg IV 0.02-0.04 mg/kg IM ou S/C
 - Pic d'action: 5-15 min Durée d'action 3 heures
 - Traverse le placenta dans un ratio de concentration fœto-maternelle de +- 1 (à 5min)
 - La $\frac{1}{2}$ vie d'élimination est plus longue chez le nouveau-né que chez l'adulte
 - Réduction non cliniquement significative de la douleur

MÉTHODES PHARMACOLOGIQUES

- **Nalbuphine**

- Agoniste des récepteurs kappa, antagonistes des récepteurs Mu
- Dosage: 0.2-0.4 mg/kg IM (peut être administré IV et S/C, déconseillé en travail)
Dose maximale 20 mg IM
- Pic d'action: 20-30 min Durée d'action 3-6 heures
- Traverse le placenta dans un ratio de concentration fœto-maternelle de 1 à 5min
 - La $\frac{1}{2}$ vie d'élimination est plus longue chez le nouveau-né que chez l'adulte
- Soulagement efficace au début du travail

- **Mépidine**

- Agoniste des récepteurs Mu et Kappa (+ utilisée au Royaume-Uni)
- Était utilisé + fréquemment avant, pour son pic d'action rapide et sa courte durée d'action.
- Utilisation en diminution, vu son accumulation de métabolites actifs (normeperidine) et l'existence de molécules plus sécuritaires.

OPIOÏDES

- **Opiacés IV sous forme d'analgésie contrôlée par le patient (ACP)**

Bénéfices:

- Meilleure satisfaction de la patiente
- Meilleure analgésie avec doses moindres (vs bolus IV par l'infirmière)
- Moins d'effets secondaires et moins de transfert placentaire
- Diminution du risque de dépression respiratoire

Désavantages:

- Doses faibles prescrites; peuvent devenir insuffisantes avec progression
- Ratio 1:1 pour le nursing (surveillance respi et SpO2 continue)
- Moins efficace que l'épidurale en terme de soulagement de la douleur
- Entraîne plutôt une dissociation de la douleur
- Difficulté de synchroniser les bolus avec le pic des contractions *

Effets secondaires:

- Sédation, dépression respiratoire, hypoventilation, apnées
- Nausées et vomissements
- Prurit (jusqu'à 16%)

15- Chestnut, David H.. *Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice*. Sixth edition. Philadelphia, PA: Elsevier, 2020.

22- Balki M, Kasodekar S, Dhumne S, Bernstein P, Carvalho JC. Remifentanyl patient-controlled analgesia for labour: optimizing drug delivery regimens. *Can J Anaesth*. 2007 Aug;54(8):626-33. PMID: 17666715.

ANALGÉSIE CONTRÔLÉE PAR LE PATIENT

- **Fentanyl**

Agoniste Mu, hautement lipophile, sans métabolites actifs.

Début d'action: 2-4 minutes

Durée d'action: 30-60 minutes

Peut s'accumuler lorsqu'utilisé sur une longue période (perfusion continue > bolus)

Traverse le placenta, mais fortement lié aux protéines maternelles.

Prescription: bolus de 10-25 mcg q 5-12min.

Effets sur le nouveau-né:

Diminution de la variabilité du CF

pH du cordon + bas, mais Apgar similaires et aucun besoin de naloxone.

ANALGÉSIE CONTRÔLÉE PAR LE PATIENT

- **Remifentanyl**

Agoniste Mu faiblement lipophile

Début d'action: 20-30 secondes

Pic de concentration 80-90 secondes

Métabolisme par hydrolyse via les estérases plasmatiques ($\frac{1}{2}$ vie de 3.5 minutes)

Ratio fœto-maternel de 0.9 (mais rapidement hydrolysé et redistribué dans le fœtus)

Prescription:

Traditionnellement : bolus 0.2-0.8 mcg/kg +-
 perfusion continue 0.025-0.15 mcg/kg/min

Idéalement: Perfusion variable + bolus fixes
 (0.025 - 0.1 mcg/kg/min + 0.25 mcg/kg surajoutés)
 * Score de dlr et de satisfaction IDEM, mais moins d'E2

Effets sur le nouveau-né:
Diminution de la variabilité du CF

AGENTS INHALÉS

- **Protoxyde d'azote**

- Administré dans un mélange 50/50 avec O₂ et avec un masque avec une valve à pression négative afin d'éviter une administration chez une patiente trop sédationnée.
- Mécanismes d'action:
 - Facilite la relâche de peptides opioïdes endogènes
 - Inhibition de la relâche des neurotransmetteurs nociceptifs en présynaptique
 - Antagoniste NMDA
 - Début et fin d'action très rapide
 - Pic de concentration à 60 secondes
- Particularités obstétricales:
 - Aucun effet sur les contractions utérines
 - Passage important au placenta, sans effets aderses associés ni changement du CF.
 - Élimination rapide chez le nouveau-né par la respiration ($\frac{1}{2}$ vie <3min).

AGENTS INHALÉS

- **Protoxyde d'azote**

Dans les études le comparant au placebo, meilleur soulagement (RR 0.6), mais demeure moins efficace que l'épidurale. Ceci étant dit, un haut taux de satisfaction maternelle y est associé (similaire à la satisfaction avec neuraxiale; et chez les patientes avec une pauvre qualité d'analgésie, satisfaction + grande avec N₂O qu'épidurale).

Effets secondaires:

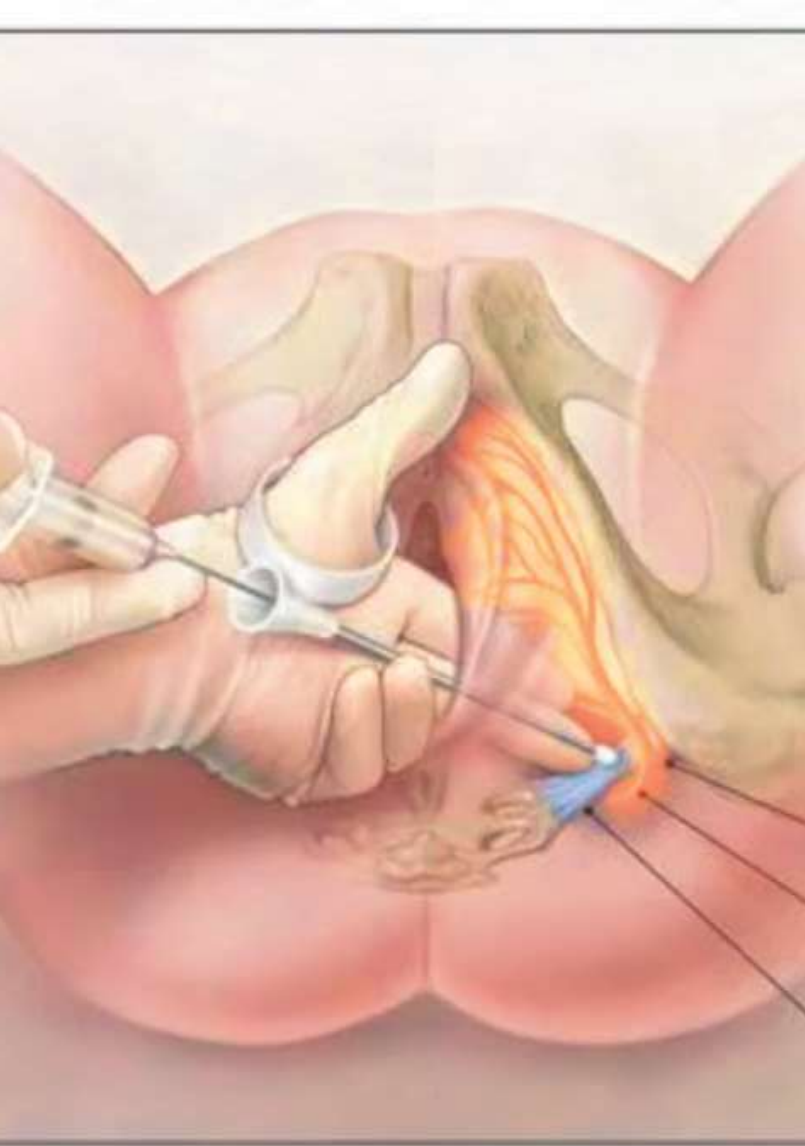
- Nausées et vomissement (jusqu'à 35-45% des ptes)
- Étourdissements (23%) et somnolence
- Paresthésies

Complications:

- Rares effets adverses significatifs (< 3:10 000); liés à l'hypoxie

Désavantage:

- 3^e gaz à effet de serre persistant le plus longtemps
- Possède un potentiel de réchauffement global près de 300x supérieur au CO₂



BLOC PÉRIPHÉRIQUE

- **Bloc honteux**

Bloc traitant la douleur du 2e stade du travail et pour l'instrumentation.

Plus efficace pour les douleurs d'épisiotomies et réparations.
50% des patientes seraient enclines à ravoir cette modalité analgésique.

Risques/ E2:

Lacération de la muqueuse vaginale

Toxicité aux AL

Hématome vaginal, ischiorectal ou rétropéritonéal

Abcès rétropsoas ou sousglutéal

Peu de risques pour le fœtus

MÉTHODES PHARMACOLOGIQUES : RÉSUMÉ

- Tous les agents opioïdes traversent le placenta et causent une diminution de la variabilité du cœur fœtal.
- Les nouveaux-nés exposés aux opioïdes sont plus à risque de dépression respiratoire néonatale que ceux non-exposés ou ceux des mères ayant reçu une analgésie neuraxiale.
- La meilleure modalité d'analgésie avec opioïdes est l'ACP au remifentanyl:
 - Titration plus appropriée à la douleur du travail
 - Métabolisme par les estérases plasmatiques
 - Nécessite une surveillance continue avec saturométrie.
- Le protoxyde d'azote procure une analgésie variable, mais un haut degré de satisfaction maternelle.
 - Pour des raisons environnementales, cette molécule est de plus en plus retirée.

- Différentes techniques
 - Épidurale
 - Épidurale combinée
 - Épidurale avec ponction durale
 - Rachi
- Indications et contre-indications
- Complications et effets secondaires
- Échec de l'analgésie



ANALGÉSIE NEURAXIALE

ANALGÉSIE NEURAXIALE

- L'analgésie neuraxiale est la méthode analgésique la plus efficace pour soulager la douleur du travail.
 - Soulage les 1^{er} et 2^e stades du travail, en plus des réparations post-accouchement.
 - Meilleur taux de satisfaction et de soulagement, comparativement à toutes techniques
- Effets physiologiques:
 - Diminution des catécholamines circulantes
 - Amélioration de la perfusion utéro-placentaire
 - Contractions utérines plus efficaces
 - Corrige le cycle d'hyperventilation/hypoventilation-hypoxémie lié à douleur des contractions.
- Un cathéter épidural fonctionnel peut être utilisé afin de convertir un bloc analgésique en bloc anesthésique en situation de césarienne urgente.
 - Peut donc diminuer l'utilisation de l'anesthésie générale

ANALGÉSIE NEURAXIALE

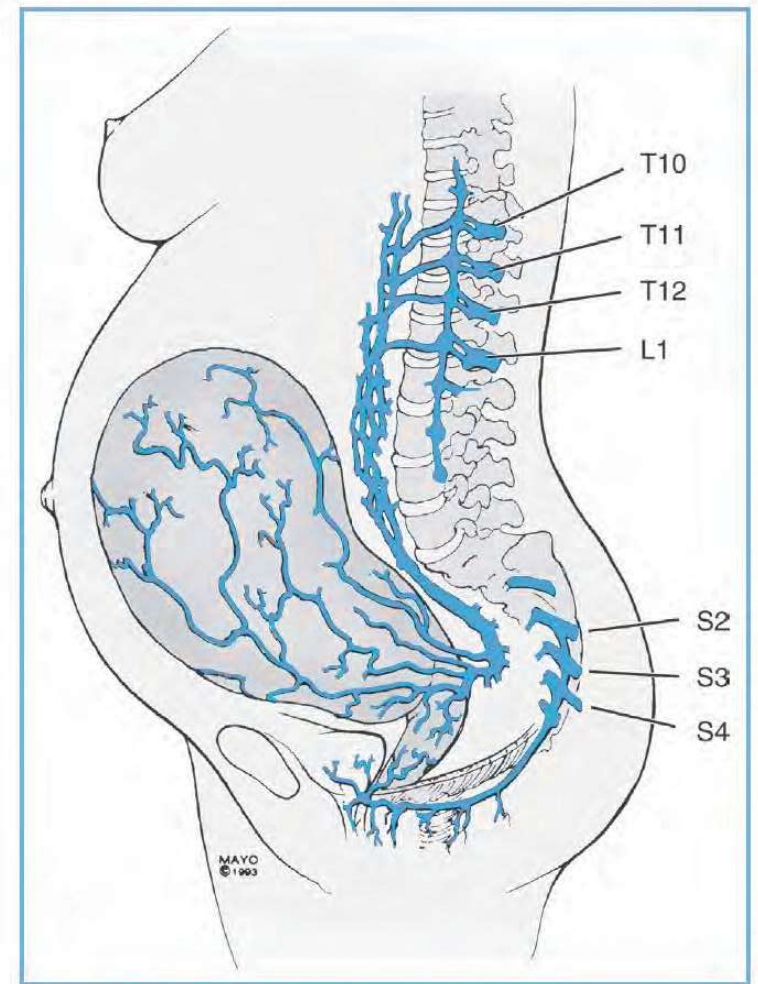
- L'utilisation de l'analgésie neuraxiale durant le travail varie entre les provinces et les pays
 - 74% des accouchements vaginaux au Québec (2019-2020)
 - 63% en Ontario (2019-2020)
 - 16% aux Territoires du Nord-Ouest (2011-2012)
 - 73% aux EUA (2018) (variabilité)
 - 36% au Danemark (2023)
 - 82% en France (2016)
 - Explicable par la disparité de la couverture des soins anesthésiologiques et l'approche centrée sur les sages-femmes
- Changement des dogmes et croyances quant à l'administration de l'épidurale
 - Dilatation cervicale n'est pas un critère
 - La demande maternelle, en l'absence de contre-indication, est une indication de procéder
 - L'administration précoce d'une épidurale n'est pas associée à une augmentation du risque de césarienne.

24- Institut canadien d'information sur la santé. [Taux d'anesthésie épidurale au cours des accouchements vaginaux](#). Consulté le 20 octobre 2025.

25- Wong CA. The risk of cesarean delivery with neuraxial analgesia given early versus late in labor. *N Engl J Med*. 2005 Feb

ANALGÉSIE NEURAXIALE

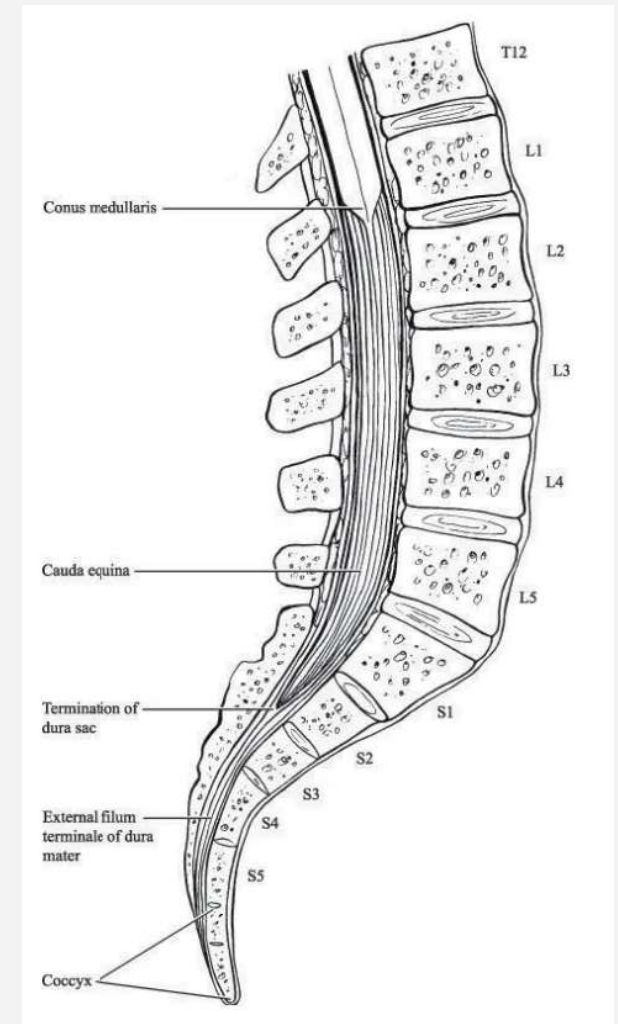
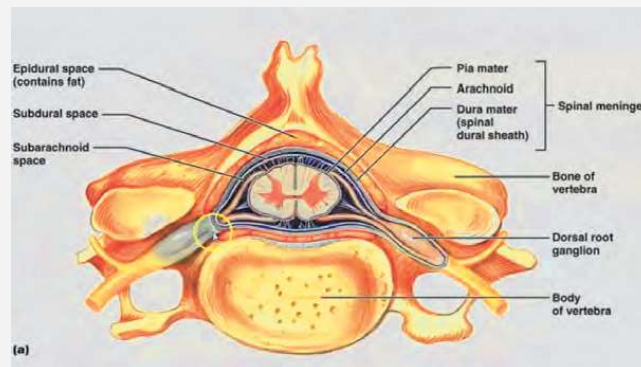
- Rappel : Douleur en 2 stades
- 1^{er} stade:
 - Contractions utérines / dilatation du col
 - T10 à L1
- 2^e stade :
 - Contractions
 - Descente fœtale / distension du périnée
 - Douleur provenant de la descente du fœtus
 - S2-S4



Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice. Fig 12.5 Sixth edition

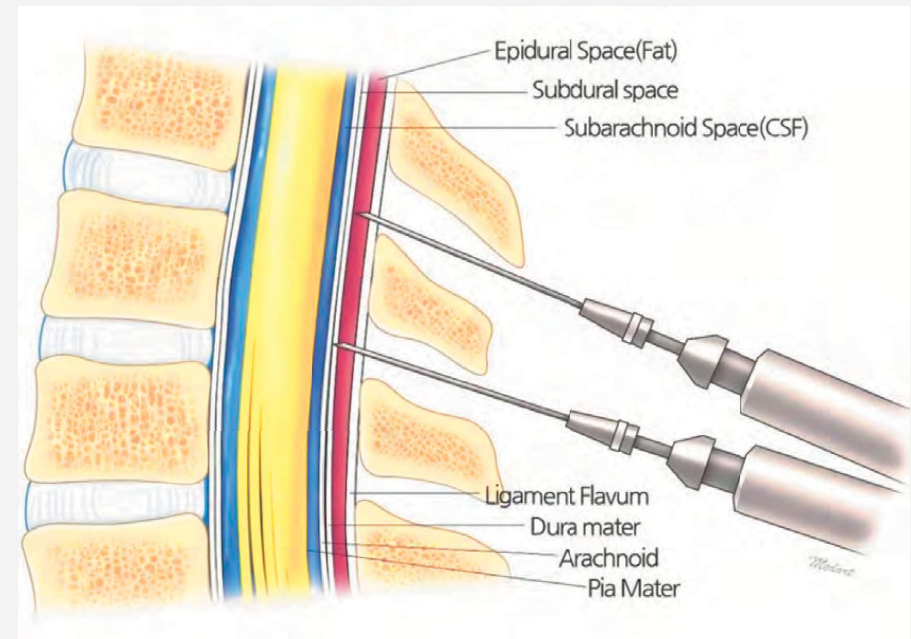
ANATOMIE NEURAXIALE

- Le conus médullaire se termine au niveau inférieur de L1
- Sous ce niveau:
 - Dure-mère englobe les nerfs de la queue de cheval (baignent directement dans le LCR)
- L'espace sous-arachnoïdien se prolonge jusqu'à S2



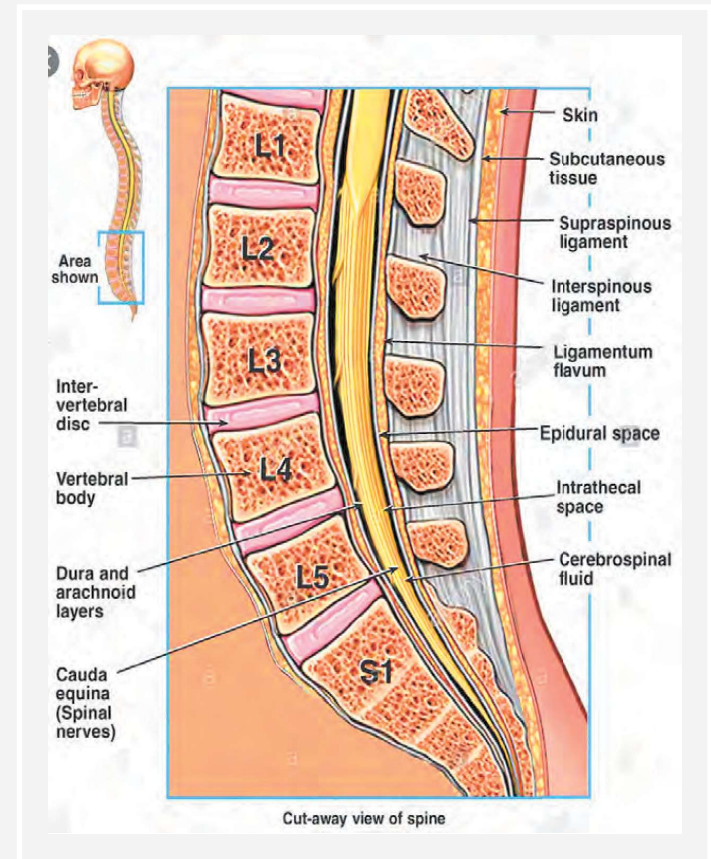
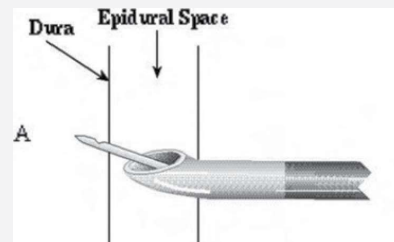
ANATOMIE NEURAXIALE

- Espace épidural
 - Espace virtuel situé entre les parois osseuses du canal vertébral et la dure-mère
 - Espace contenant de la graisse, des vaisseaux sanguins et les terminaisons nerveuses sortant du canal rachidien.
 - Limite postérieure = ligament jaune
- Couches à traverser
 - Peau + Tissus sous-cutanés
 - Ligament supra-épineux
 - Ligament inter-épineux
 - Ligament jaune



PROCÉDURE

- L'épidurale :
 - Utiliser une aiguille (Tuohy) → guider un cathéter dans l'espace épidural
 - Administrer une solution d'anesthésiques locaux.
 - Installation dans l'espace lombaire bas (L3-L4, L4-L5, L5-S1)
- Un cathéter inséré d'environ 4-5cm
- Dans une technique combinée,
 - Aiguille glissée dans l'aiguille Tuohy → percer la dure-mère
 - Injection de la médication dans l'espace intrathécal.



ANALGÉSIE NEURAXIALE

- Physiologie du bloc neural
 - Anesthésiques locaux se lient aux canaux sodiques voltage-dépendants
 - empêchent la propagation du potentiel d'action le long des neurones
 - Effets attendus:
 - Bloc sensitif
 - Inhibition dans la corne dorsale
 - Bloc sensitif + étendu et de + longue durée que le bloc moteur
 - Petites fibres non-myélinisées sont + sensibles aux AL que les fibres myélinisées
 - Bloc moteur
 - Inhibition via la corne ventrale
 - Bloc sympathique
 - Inhibition des efférences sympathiques thoracolombaire (T1-L2)
- Anesthésie rachidienne:
 - les AL agissent directement sur les racines et la moëlle :
 - Début d'action < 5 min
- Anesthésie épidurale:
 - les AL diffusent à travers la gaine de la dure-mère entourant les racines
 - Début d'action 15 min

ANALGÉSIE NEURAXIALE

- **Consentement**

- Indication: Demande maternelle en l'absence de contre-indication
- Contre-indications:
 - Refus ou non-collaboration
 - Pression intracrânienne élevée
 - Anomalie de la moelle épinière
 - Infection de la peau/tissus mous au site de l'épidurale
 - Coagulopathie ou prise d'anticoagulants
 - Hypovolémie non-corrigée

- **Impact**

- Aucun impact:
 - Taux de césarienne
 - Durée du 1^{er} stade du travail
- Possibilité d'augmentation
 - Utilisation augmentée de ventouse et/ou forceps
 - Durée du 2^e stade du travail (environ 20min)

29- Sharma SK, Leveno KJ. Update:Epidural analgesia does not increase cesarean births. Curr Anesthesiol Rep. 2000;2:18–24.

30- Zhang J, Consortium on Safe Labor. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. Obstet Gynecol. 2010 Dec;116(6)

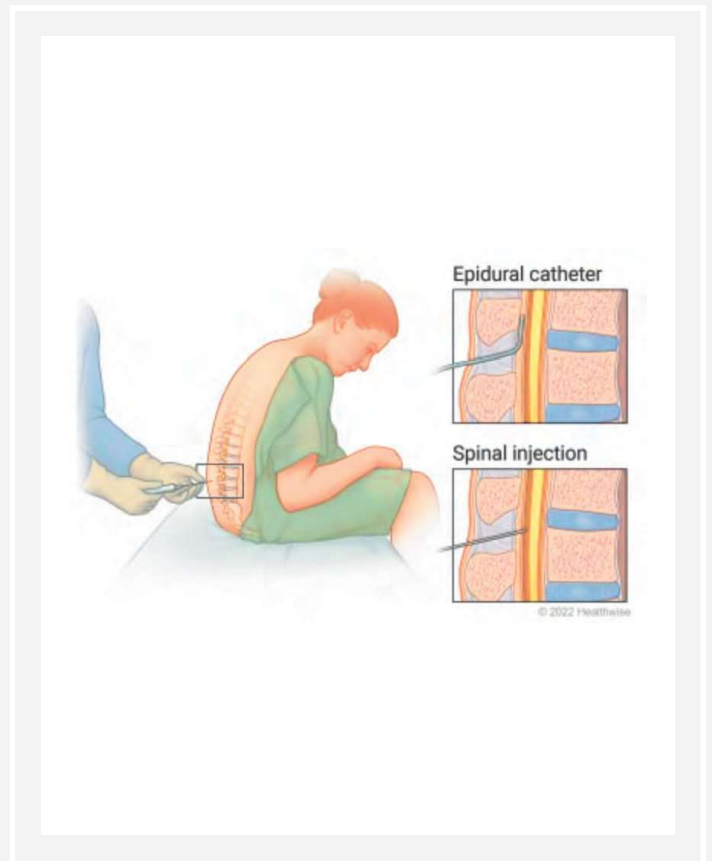
31- Anim-Somuah M, Smyth RMD, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018,

TECHNIQUE ÉPIDURALE

- Consentement
- Assistance, moniteurs SV, accès IV, médicaments de réanimation disponibles
- Positionnement (assis vs décubitus latéral)
- Asepsie (technique stérile avec champs et gants)
- Choix de l'aiguille (Tuohy 17G +/- aiguille spinale)
- Anesthésie locale de la peau
- Aiguille Tuohy (connectée à une seringue de perte de résistance) est avancée jusqu'à une perte de résistance
 - *Si technique combinée : utilisation de l'aiguille spinale au travers la Tuohy jusqu'à ce qu'elle traverse la dure-mère et permettre d'injecter une médication dans l'espace rachidien*
- La seringue est retirée et le cathéter épidural est inséré via l'aiguille, de 4-5 cm dans l'espace épidural
- Une aspiration est effectuée puis une dose test injectée dans le cathéter afin de détecter un positionnement intravasculaire ou rachidien
- Le cathéter est fixé à la peau
- Surveillance des SV et du CF
- Solution anesthésique est ensuite administrée

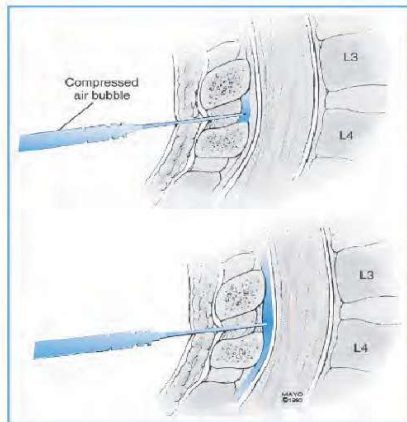
TECHNIQUE RACHIDIENNE

- Technique peu utilisée dans la pratique actuelle:
 - Courte durée de l'effet
- Même préparation que l'épidurale
 - Consentement, moniteurs, positionnement, aseptie, anesthésie locale
- Choix de l'aiguille (Sprotte ou Whitacre 25-27G et introducteur)
- Un introducteur est inséré et fixé dans le ligament inter-épineux
- L'aiguille est avancée à une vitesse stable jusqu'à la sensation de perte de résistance: le bon emplacement est confirmé par l'écoulement de LCR
- La solution anesthésique est injectée (AL +/- fentanyl)
- Surveillance des SV et du CF

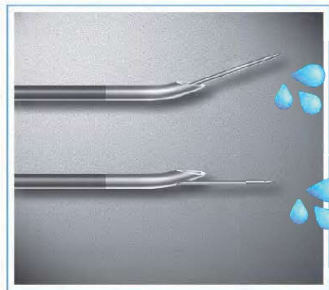


TYPES D'ANALGÉSIE NEURAXIALE

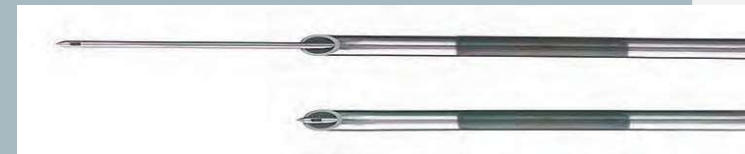
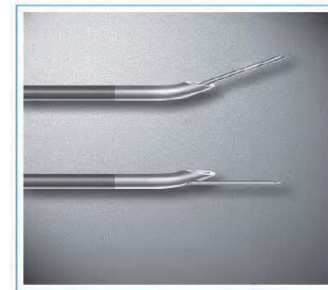
Épidurale standard



Épidurale combinée



Épidurale avec ponction de dure-mère



DIFFÉRENTES TECHNIQUES

Épidurale standard

+

Efficacité
Moins de manipulations

-

Début d'action (10-15min)
Doses + importantes
Risque d'épargne sacrée

Épidurale combinée

+

Rapidité (<5 min)
Couverture sacrée
Doses moindres
Meilleur taux de succès

-

Manipulations
Prurit
Brady foétale
Céphalées

Épidurale avec ponction de dure-mère

+

Couverture sacrée
Moins d'effets secondaires
Début d'action (5-10 min)

-

Manipulations
Céphalées

POSOLOGIE

- **Initiation**

- En épidurale:
 - Utilisation d'un certain volume pour atteindre le niveau T10
 - Importance de la concentration de l'AL pour obtenir le meilleur soulagement avec le moins de bloc moteur
 - Exemple de bolus:
 - Bupivacaïne 0.125% 8-12 mL +- 50 mcg de fentanyl (en dose fractionnée)*
 - Bupivacaïne 0.08% ou 0.1% + Fentanyl 2mcg/ml 10-16 mL (en dose fractionnée)*
 - Ropivacaïne 0.08% à 0.1% +- Fentanyl 2mcg/ml (8-12 mL – en dose fractionnée)*
- En épidurale combinée:
 - Inhibition spinale de la douleur par les récepteurs mu :
Utilisation d'opioïdes seuls durant le début du travail:
Fentanyl 15-25 mcg (soulagement de 80-90min sans bloc moteur ni bloc sympathique)
 - Dans un travail plus avancé, ajout d'un AL pour un bloc sacré + rapide
Bupivacaïne 0.25% 0.5-1 ml +- Fentanyl 15 mcg

POSOLOGIE

- **Maintien**
 - **Perfusion continue**
 - Utilisation + plus grande quantité d'AL (donc + de bloc moteur)
 - Solution d'AL (bupivacaine ou ropivacaine) +/- Fentanyl
 - Perfusion de 6 à 14 mL/h (selon douleur)
 - Bolus par équipe traitante ou contrôlée par la patiente AECP en cas de douleur mal contrôlée
 - **Analgésie épidurale contrôlée par la patiente (AECP)**
 - Perfusion continue à débit de perfusion faible + auto-administration de bolus
 - Pas de différences : scores de douleur, satisfaction maternelle, outcomes néonataux
 - Diminution de la quantité totale d'AL administrés et du bloc moteur
 - Diminution du nombre d'interventions anesthésiques requises.
 - Se prescrit habituellement
 - Perfusion de 4 à 8 mL/h + bolus de 5-8 mL q15min

POSOLOGIE

- **Bolus épiduraux programmés intermittents (BEPI)**
 - Perfusion de base est administrée sous forme de bolus à intervalles réguliers
 - Entraîne une meilleure diffusion des AL dans l'espace épidural.
 - La patiente peut s'administrer des doses supplémentaires (bolus)
 - Diminution de la quantité totale d'AL et de bloc moteur (vs continu)
 - Moins de pic de douleur et meilleure satisfaction maternelle
 - Se prescrit habituellement:
Bolus de 5-10 mL q30-60min (automatique) + Bolus prn de 5-10 mL q 15min.
- **Épidurale ambulatoire**
 - Augmentation de la densité du bloc = augmentation du bloc moteur
→ tolérer une analgésie moins parfaite pour obtenir une épargne des fibres motrices.
 - Plusieurs "recettes" existent.
Encourager des solutions + diluées d'AL
Tenter une combinée avec administration d'opiacés IT seulement
 - Avant de se mobiliser: évaluation SV, fonction motrice, tracé du CF.
 - Surveillance constante durant la mobilisation
 - Absence de contre-indications à l'ambulation

EFFETS SECONDAIRES

- **Hypotension**

- Caused by a sympathetic block leading to peripheral vasodilation and an increase in venous capacitance and a decrease in systemic vascular resistances.
- Incidence of about 14%
- Lack of evidence that the administration of IV fluids per epidural decreases incidence.
- Treated with IV fluids + vasopressors (ephedrine 5-10mg IV, phenylephrine 50-100mcg IV) and avoid aortic-caval compression.

- **Prurit**

- Linked to opioids, in a dose-dependent manner and increased with IT administration.
- Mediated by mu receptors.
- Incidence up to 100% with IT administration.
- Treated with Naloxone 40-80 mcg IV or Nalbuphine 2.5-5 mg IV

EFFETS SECONDAIRES

- **Nausées et vomissements**
 - Mécanismes incertains. Associés à la fois aux opioïdes en neuraxial et à l'hypotension.
 - Demeure moindre qu'avec opiacés IV/IM
 - Incidence: 1-2.4%
- **Fièvre**
 - $T > 38^\circ$, 3.34x plus fréquent avec l'épidurale que sans.
 - Processus inflammatoire suspecté (étude avec antibioprophylaxie: pas d'impact)
- **Frissons**
 - Non-liés à la thermorégulation
 - Désagréable, mais sans conséquence chez la patiente en santé.
- **Rétention urinaire**
 - À la fois causée par les opioïdes et les AL bloquant les racines sacrées
 - Surveillance du globe vésical et KT intermittent prn.

COMPLICATIONS

- **Soulagement inadéquat**
 - Incidence variable selon la définition du soulagement adéquat.
 - Besoin de refaire une épidurale: 12%
 - Le taux d'analgésie inadéquate est significativement + faible avec la combinée que l'épidurale (10% vs 14% $p < 0.001$)
 - Évaluation complète :
 - Il y a eu initialement un soulagement ou pas?
 - Niveau à la glace?
 - Localisation de la douleur: Unilatéral? Périnée? Dos? Durant les contractions ou en tout temps?
 - KT toujours en place et connecté?
- **Ponction accidentelle de la dure-mère**
 - Incidence: 1.5%
 - Céphalées post-ponction de dure-mère: 50%
 - Soit reprendre la technique ou installer le KT en IT.
 - Les symptômes peuvent apparaître 1-7 jours post-épidurale (céphalée, raideur nucale, tinnitus, photophobie et diplopie).
 - La prise en charge comprend un blood patch épidural

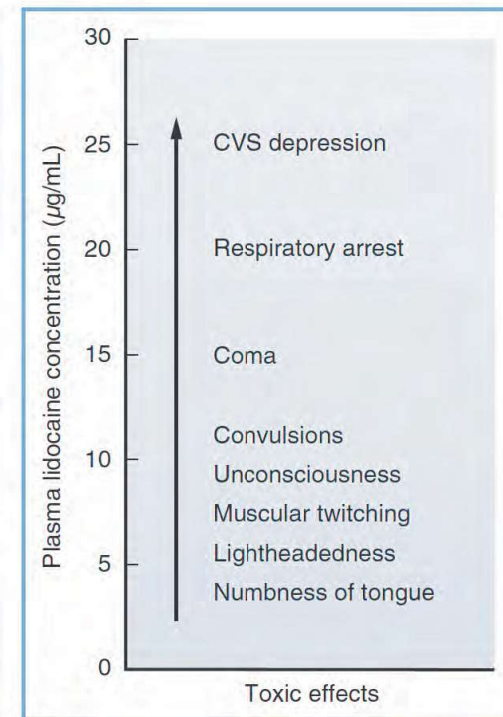
COMPLICATIONS

- **Injection intra-vasculaire d'AL**

- Toujours aspirer avant chaque injection (surtout avant des doses + fortes)
- Entraîne une toxicité systémique aux AL, allant de symptômes neurologiques légers à sévères et le collapsus hémodynamique.
- Se traite avec des intra-lipides
(1.5 mL/kg en bolus puis 0.25 mL/kg/min)

- **Injection rachidienne accidentelle**

- Bloc élevé, rapidement:
Agitation, hypotension sévère, dyspnée, incapacité à verbaliser, PDC sur hypoperfusion cérébrale.
- Réanimation ABC + monitoring fœtal et c/s prn
 - Volume et vasopresseurs.



COMPLICATIONS

- **Neuropathie**

- Hématome épidural: 1:200 000 (dans la population globale ayant une épidurale)
- Incidence de neuropathie post-partum: 1-9%
Causée par l'épidurale: 0.02%

- **Lombalgie**

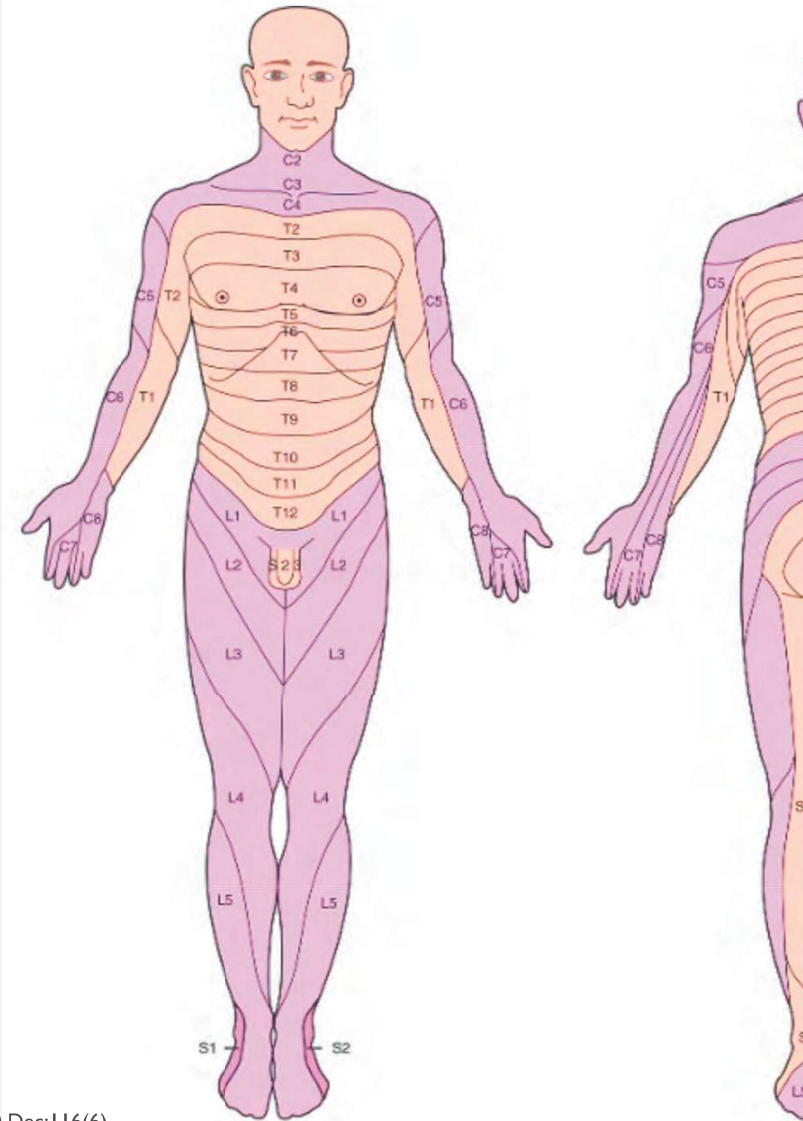
- Aucune évidence de lombalgies chroniques post-épidurale
- Toutefois, les techniques compliquées et les "ponctions osseuses" peuvent prendre plusieurs semaines avant d'arrêter d'être sensibles.

L'ÉPIDURALE NE FONCTIONNNE PAS

I. Est-ce que l'épidurale ne fonctionne pas ou l'analgésie actuelle est inadéquate?

* Évaluation:

- Est-ce que la patiente a été soulagée partiellement à un moment ou jamais?
- Quel est son niveau à la glace?
- Où est la douleur?
Dos? Utérus? Symphyse pubienne? Rectum/Périnée/Vagin?
Per contraction ou en tout temps?
Bilatérale ou unilatérale?
- Éléments à considérer:
Vessie vidée? Changement du col?
Foetus en postérieur? Risque de travail dystocique?
Tracé CF rassurant ou non?



L'ÉPIDURALE NE FONCTIONNE PAS

- Si la patiente a eu un soulagement transitoire ou absence de soulagement:
 1. Tester si l'épidurale "fonctionne"
 1. Aspiration via KT
 2. Dose de charge de lidocaïne 1-2% pour 5-10 mL ou Bupivacaine 0.25% 5mL
 3. Si dans 20min aucun effet sur la douleur: Refaire l'épidurale*
 - Si une épidural est à repositionner:

Favoriser une épidurale combinée ou une épidurale avec ponction de dure-mère
Considérer l'utilisation de l'échographie si doute sur la ligne médiane ou technique difficile.

- S'il y a une latéralisation du bloc
 1. Retirer le KT de 0.5-1 cm de façon stérile.
 2. Garder la patiente en DL du côté non-gelé (si le CF le tolère)
 3. Administrer un bolus (Lidocaïne 1-2% pour 5-10mL ou Bupi 0.25% 5mL)
 1. Si dans 20min aucun effet sur la douleur: Refaire l'épidurale*

L'ÉPIDURALE NE FONCTIONNE PAS

- S'il y a un niveau, mais il est trop bas:
 1. Viser des bolus + dilués avec de + grands volumes, afin de maximiser l'étendue couverte des dermatomes.
 1. Lidocaïne 1% - 10mL ou Bupivacaine 0.125%- 10mL

- S'il y a un niveau limite ou adéquat, mais que la douleur semble plus localisée (et associée à une douleur + réfractaire: épargne sacrée, fœtus en postérieur)
 1. Viser à augmenter la densité du bloc (utilisation de solution + concentrée)
 2. Dans le contexte d'une épargne sacrée, favoriser la position semi-assise à assise pour 20min pour l'administration du bolus.
 3. Une dose périnéale peut parfois être demandée dans des circonstances particulières (ie: tentative de forceps): utiliser la lidocaïne 2% 5mL et favoriser la même position.
 4. Ajout d'adjuvants comme la dexmédétomidine.

L'ÉPIDURALE NE FONCTIONNE PAS

- Tout a été fait et analgésie insatisfaisante :
 1. Avoir une discussion avec la patiente vis à vis ses attentes, ce qu'elle aimerait.
 2. Ré-insérer l'épidurale
 3. Considérer l'analgésie parentérale avec opioïdes IV.
 4. Discuter avec l'obstétrique à savoir quel est le plan de naissance

CONCLUSION

- L'expérience du travail et la douleur associée est unique et varie, tant d'une personne à l'autre que d'un accouchement à l'autre pour une même personne. Cette douleur est dynamique et multidimensionnelle.
- Cette douleur entraîne plusieurs changements physiologiques maternels.
- Il existe de nombreux avantages à soulager adéquatement la douleur, ce que soit pour améliorer l'expérience de naissance, la satisfaction maternelle et même prévenir la douleur chronique ou certains troubles psychologiques postpartum.
- Le soulagement adéquat de la douleur permet de minimiser les impacts physiologiques du travail chez la patiente.
- Il est primordial d'adapter nos soins aux besoins des patients.
- La préparation à la naissance n'élimine pas la douleur, mais peut diminuer de les besoins d'analgésie et peut diminuer l'anxiété liée à l'accouchement.
- Comme anesthésiste: si une patiente refuse l'épidurale, essayez de comprendre pourquoi.