

Blocs nerveux centraux durant l'accouchement

L'anesthésie loco-régionale est utilisée dans le cadre de l'analgésie obstétricale chez 10 à 60% des patientes selon les cliniques. Dans la plupart des cas, un cathéter est introduit dans l'espace péridural dans la région lombaire (anesthésie péridurale lombaire). L'indication est posée par le spécialiste en gynécologie-obstétrique et la réalisation incombe au spécialiste en anesthésie.

Lors de l'anesthésie péridurale caudale (analgésie caudale), l'accès à l'espace péridural se fait au travers du hiatus sacré. Cette méthode est utilisée couramment pour de petites interventions (cure de hernie) en combinaison avec l'anesthésie générale, chez les enfants de moins de six ans. La prise de position qui va suivre et qui émane des spécialistes de l'anesthésie obstétricale de Bâle, Berne et Genève explique cependant qu'il s'agit d'une méthode démodée en analgésie obstétricale. Malgré cela, depuis quelque temps l'anesthésie péridurale caudale est à nouveau préconisée et pratiquée de manière indépendante par quelques sages-femmes. Les comités de la Société Suisse de Gynécologie et Obstétrique (SSGO) et de la Société Suisse d'Anesthésie et de Réanimation (SSAR) se démarquent de cette pratique et soutiennent la prise de position des Docteurs Schneider, Petersen-Felix et Kern.

Prof. Patrick Hohlfeld, Président SSGO

Prof. Franz Frei, Président SSAR

Analgesie caudale en obstétrique: un état des lieux

Markus Schneider^a, Christian Kern^b, Steen Petersen-Felix^c

L'analgésie obstétricale moderne se base sur différentes techniques d'anesthésie péri-médullaire, qui pour une analgésie comparable, présentent des risques différents. L'analgésie péridurale lombaire continue est la référence ou le «gold standard», et l'analgésie contrôlée par la patiente ou la sage-femme (PCEA = Patient Controlled Epidural Analgesia), autorise une analgésie péri-médullaire mieux individualisée. La rachi-péridurale combinée (CSEA = Combined Spinal Epidural Analgesia) élargi encore l'indication à l'analgésie péridurale classique. Par contre la technique classique de l'analgésie péridurale par voie caudale a perdu de son actualité et n'est actuellement plus utilisée en obstétrique.

Chez l'adulte, et en raison de variations anatomiques au niveau du hiatus sacralis, cette technique n'est plus recommandée notamment en raison du risque de contamination et d'infection, voire de lésions, dues à la proximité du rectum;

elle ne devrait être réservée qu'aux cas pédiatriques. Pour obtenir un bloc des segments thoraciques bas, il faut administrer un important volume d'anesthésiques locaux, d'où un risque de surdosage et de toxicité médicamenteuse. De plus, l'importante vascularisation de l'espace épidual caudal favorise non seulement la résorption médicamenteuse mais aussi le risque d'injection intraveineuse directe. De même, les risques d'une analgésie insuffisante, d'un bloc moteur dose-dépendant et d'une trop importante relaxation musculaire au niveau du petit bassin sont fréquemment liés à cette technique d'analgésie, ce qui n'est nullement favorable au bon déroulement de l'accouchement.

Au contraire de l'analgésie caudale, l'analgésie péridurale et/ou spinale lombaire offre une analgésie optimale en obstétrique. Pour l'obstétrique, l'analgésie caudale devrait être considérée comme obsolète et ne devrait plus être recommandée.

^a Prof.Dr., Departement Anästhesie, Universitätsfrauenklinik Basel

^b PD Dr, Médecin adjoint, Responsable de l'Unité d'Anesthésiologie gynéco-obstétrique et ophtalmologique, HUG, Genève

^c PD Dr, Leiter Anästhesie, Frauenklinik, Inselspital, Bern