Evaluation de la pratique de l'analgesie peridurale obstetricale à Libreville

Assessment of the practice of obstetrical epidural analgesia in Libreville

Sima Ole B¹, Nzoghe Nguema P³, Obame R³, Bang Ntamack J², Mayi Tsonga S, Meye JF²

1. *Service de Gynecologie Obstetrique CHU d'Owendo*
2. *Département de Gynecologie Obstetrique Faculté de Médecine de Libreville*
3. *Service d'Anesthésie et de Réanimation CHU d'Owendo*

Auteur correspondant : Pierre Nzoghe Nguema. Email : nzoghepierre@yahoo.fr

Résumé

Introduction

La pratique de l'analgesie peridurale (APD) obstetricale est marginale dans notre contexte.

But : Analyser les causes de cette situation.

Patients et méthodes : Sur une étude prospective de 10 mois menée à la maternité du CHU d'Owendo, toutes les gestantes de plus de 34 SA reçues à la consultation pré anesthésique prénatale ont été incluses. L'incidence de l'APD a été évaluée après avoir bénéficié des informations médicales sur la procédure.

Résultats : L'étude a concerné 2145 gestantes. L'incidence de l'APD au cours de cette période était de 0,3%, soit 6 procédures correspondant à 2 césariennes programmées (0,1%) et 4 peridurales pour accouchement sans douleur (0,2%).

Le refus de l'APD a été relevé chez 1358 gestantes (63,3%). Les croyances religieuses et l'incompréhension des explications fournies, ainsi que le besoin de sentir la douleur représentaient 81% des motifs de refus. La moitié du personnel médical accoucheur n'avaient pas de formation sur l'analgesie obstetricale.

Discussion : L'insuffisance des informations médicales aux gestantes sur l'APD entretient les croyances défavorables au choix de cette procédure. Cette situation réduit par conséquent son incidence pratique.

Conclusion : La formation des obstétriciens et des sages-femmes sur l'APD du travail est nécessaire pour améliorer et vulgariser l'information aux gestantes sur cette procédure, ainsi que sa pratique dans notre contexte.

Mots clés : Analgesie peridurale, Obstetrique, enseignement, personnel soignant, gestante

Summary

Introduction: The practice of obstetrical epidural analgesia is uncommon in Libreville. The aim of this study is to analyse the reasons of this situation.

Patients and method: On a prospective study of ten months in university hospital of Owendo, every pregnant over 34 weeks of amenorrhea received medical anesthetic evaluation for bearth were included. Epidural analgesia incidence for obstetrical labour was evaluated after medical information about this procedure.

Results: 2145 pregnant ladies were included. The incidence of epidural analgesia practice during this period was 0.3%, or 6 procedures corresponding to 2 programmed caesareans (0,1%) and 4 epidural analgesia for delivery without pain (0.2%).

The procedure was refused by 1358 pregnant refuse this procedure (63,3%). Religious beliefs, misunderstanding of explanations and the need to feel the pain represented 81% of the grounds for refusal. Half of obstetric caregivers had no knowledges in obstetric analgesia.

Discussion: Inadequate medical informations to pregnant on epidural analgesia for obstetric labour maintains the unfavorable beliefs for choosing this procedure. This situation consequently reduces its practical incidence.

Conclusion: Obstetricians and midwives education in epidural analgesia for obstetrical labour is necessary to improve and popularize information for pregnant in this procedure, as well as its practice in our context.

Key words: Epidural analgesia, obstetric, education, caregiver, pregnant.

Introduction

L'intensité de la douleur du travail obstétrical est insupportable chez 60% des parturientes [1]. Elle est équivalente à celle provoquée par l'amputation d'un doigt [2,3]. L'analgésie péridurale (APD) est la technique de référence pour la prise en charge de cette douleur avec un faible retentissement materno-fœtal [4]. Cette technique est largement pratiquée à travers le monde [4-6]. Cependant, elle reste encore marginale, voire exceptionnelle dans notre contexte, malgré l'existence d'un plateau technique adéquat et la permanence des médecins anesthésistes rompus à cette procédure. L'objectif de cette étude était d'analyser les causes de cette situation.

Matériels et méthode

Toutes les gestantes de plus de 34 semaines d'aménorrhée (SA) reçues en consultation pré anesthésique prénatale du 1^{er} mars au 31 décembre 2016 (soit 10 mois) ont été incluses dans une enquête transversale, réalisée à la maternité du CHU d'Owendo (Libreville sud). Elles bénéficiaient de toutes les informations sur l'APD, en termes de réalisation de la procédure, des avantages et des complications potentielles. Les facteurs d'acceptation ou de refus de l'APD ont été recherchés chez les gestantes, ainsi que les connaissances des sages-femmes et des obstétriciens sur l'APD. Les paramètres suivants ont été relevés chez les gestantes : l'âge, la parité, le terme, la profession, situation matrimoniale, la religion, la connaissance antérieure de l'APD ainsi que la source d'information (personnel médical, entourage, médias). Chez les sages-femmes et les obstétriciens, on recherchait les connaissances sur l'APD, en termes de pré requis enseignés à la

faculté de médecine ou lors de formations continues, ainsi que sur la proposition de cette procédure aux gestantes lors des consultations pré natales. Les critères de non inclusion des gestantes étaient la nulliparité, les antécédents d'APD lors d'accouchement antérieurs, les grossesses pathologiques et les questionnaires mal remplis. Le nombre d'APD réalisées, les indications et les éventuelles complications, les motivations du choix de cette procédure par les parturientes, ainsi que le niveau de formation sur l'APD chez les praticiens ont bénéficié d'une analyse statistique par le logiciel Microsoft Excel 2010 version 14.5.1

Résultats

Durant cette période, il a été réalisé 2407 accouchements, parmi lesquels 2145 (89,1%) ont bénéficié d'une consultation pré anesthésique (CPA) prénatale. L'âge moyen des gestantes vues en consultation était de 29ans $\pm$ 2 (22-46ans). Le terme gestationnel moyen retrouvé chez elles, était de 34SA $\pm$ 1 (29-41SA) avec une parité moyenne de 2 enfants. Elles étaient sans emploi dans 53,1% des cas (n=1139) et avaient un niveau d'enseignement universitaire dans 83% des cas (n=1781). Elles étaient célibataires dans 88,2% des cas (n=1891). La croyance en la religion chrétienne a été retrouvée chez 2038 gestantes (95%), tandis que les musulmanes étaient au nombre de 12 (0,6%). Le reste des gestantes n'avait aucune croyance religieuse, soit 4,4% (n= 95). Parmi ces gestantes, 1642 (75,6%) reconnaissaient avoir déjà eu des informations sur l'APD. Ainsi, les médias étaient la principale source d'informations dans 82,1% des cas (n= 1348 gestantes), tandis que 200 d'entre elles (12,2%) ont bénéficié d'une information par l'entourage et 94 (5,7%) par le personnel médical

(Tableau I).

Tableau I : Connaissances et source d'informations des gestantes sur l'APD obstétricale

Paramètres	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Connaissances (oui/non) préalables	1642/ 503	75,6/ 24,4
Source d'information		
Média	1348	82,1
Entourage	200	12,2
Personnel médical	94	5,7
Total : connaissances oui + non	2145	100

Cependant, toutes les gestantes ayant consulté avaient bénéficié des informations techniques sur l'APD (n=2145) au cours de la CPA. Seules 787 (36,7%) étaient favorables à un accouchement sous APD, et 6 procédures ont été réalisées durant cette période, soit une incidence de 0,3%. Les indications de l'APD concernaient 2 césariennes programmées (0,1%) et 4 péridurales analgésiques du travail obstétrical (0,2%). Les principales motivations du choix de l'APD étaient le besoin d'une bonne analgésie pendant le travail obstétrical, et la recherche d'une analgésie postopératoire efficace

en cas de césarienne. Aucune complication n'a été constatée durant la période d'étude. Le refus a été relevé chez 1358 gestantes. Il était motivé par les croyances religieuses et l'incompréhension des explications fournies lors de la CPA chez 733 gestantes (54%). Le besoin de sentir la douleur était le deuxième motif de refus chez 367 gestantes (27%), enfin, Les doutes et la peur liés d'une part aux complications neurologiques et d'autre part à la toxicité pharmacologique potentielle de la procédure représentaient le troisième motif de refus chez 258 gestantes (19%) (Tableau II).

Tableau II : Connaissance sur l'APD obstetricale chez les gestantes

<i>Paramètres</i>		<i>Effectifs (n)</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
<i>Acceptabilité</i>		787	36,7
<i>Refus</i>		1358	63,3
<i>Motif du refus</i>	<i>Manque d'information+considérations</i>	733	54
	<i>Religieuses</i>		
	<i>Besoin de douleur</i>	367	27
	<i>Risques liés à l'APD</i>	258	19
<i>Total : acceptabilité refus</i>		2145	100

Ces refus étaient manifestés le jour J, à l'arrivée en salle de travail.

L'évaluation des sages-femmes de notre structure hospitalière a montré qu'aucune d'entre elles n'avait bénéficié d'enseignements sur l'APD aussi bien en formation initiale, qu'en formation continue. Les sources de connaissances sur cette technique étaient essentiellement les médias, tandis que chez les obstétriciens, l'enseignement de l'APD s'est effectué au cours des formations continues. Cependant la moitié du personnel accoucheur était favorable à l'APD pour la prise en charge de la douleur de l'accouchement. Tous les médecins anesthésistes étaient rompus à la procédure.

Discussion

La douleur de l'accouchement a une composante essentiellement nociceptive et accessoirement inflammatoire, liée aux traumatismes anatomiques créés par le passage du mobile fœtal. La transmission du message nociceptif se fait par les fibres sensibles lombo sacrées de T10 à S4 [7,8]. L'APD lombaire est la technique analgésique de référence largement utilisée dans le monde dans ce contexte [6,9]. Ce travail a été réalisé dans une maternité de niveau III située au sud de Libreville. Depuis les travaux de Sima Zué [10] qui dénonçait la place marginale de cette technique d'analgésie en obstétrique en 1999, la prise en charge de la douleur de l'accouchement n'a pas évolué. Elle ne bénéficie pas de protocoles établis dans les hôpitaux du Gabon et, particulièrement à Libreville malgré l'existence d'infrastructures hospitalières modernes et la permanence de médecins anesthésistes rompus à cette procédure. Plusieurs facteurs expliquent cette attitude. Il y a ceux relevant du niveau de connaissances du personnel soignant sur l'accouchement sans douleur et particulièrement sur l'APD. En effet, l'absence d'enseignement sur la prise en charge de la douleur obstétricale dans les programmes des écoles de formation des sages-femmes et des obstétriciens influence la possibilité de vulgarisation de cette procédure par l'information aux gestantes. On constate d'ailleurs que sa pratique reste gestante dépendante dans nos structures hospitalières. En effet, les gestantes ayant un niveau d'études universitaires sont plus favorables à l'accouchement sans douleur sous péridurale. Ce constat corrobore celui d'autres

auteurs qui trouvent une corrélation entre la demande de péridurale du travail et le niveau socio-économique lorsque le plateau technique est adapté avec des médecins anesthésistes disponibles [11,12]. Les travaux de Sima Zué et de Ouro-Bang' Maman dénonçaient il y a quelques années que le manque d'information des gestantes sur l'analgésie obstétricale et l'APD était responsable de la faible pratique de cette procédure [10,13]. En effet, seules 8% d'entre elles avaient bénéficié d'une information par le personnel médical, ce qui crée un manque d'explications techniques sur la procédure, à l'origine de doutes, d'hésitations, voire de refus de la procédure, responsable des faibles taux de demandes d'APD par les gestantes, et partant, de la faible incidence de sa pratique. L'amélioration de l'information des gestantes passe par la formation des personnels soignants sur la prise en charge de la douleur de l'accouchement. Cette politique de formation faciliterait la vulgarisation de l'APD lors des consultations pré natales par les sages-femmes et les obstétriciens. Cette démarche pédagogique a déjà fait ses preuves auparavant, elle explique les taux d'adhésion élevés des gestantes à l'APD, comme on les retrouve au Nigéria, au Togo et dans les pays occidentaux [4,10,13,14].

Les éléments constituant le deuxième facteur associés à la faible pratique et au refus de l'APD concernent le bas niveau socio-économique et éducatif, ainsi que les croyances socio-culturelles et religieuses de l'accouchement, notamment le besoin de douleur. En effet, ces gestantes considèrent la douleur comme un élément constitutif obligatoire de l'accouchement, Cette représentation de l'acte d'accouchement était également répandue dans la société française après la première guerre mondiale [15-17]. Elle corrobore les conclusions du travail de Le Ray sur le choix de l'APD par les gestantes en France [18]. Ce comportement socio anthropologique semble exacerbé dans les sociétés multiculturelles comme cela a été décrit aux Antilles [10,11,18]. La multiparité était également un autre facteur de refus, en effet les multipares considèrent l'accouchement comme une formalité, compte tenu de l'expérience antérieure, particulièrement lorsqu'il n'y a pas eu recours à l'APD. Le dernier facteur limitatif du choix et de refus de l'APD était la crainte d'éventuelles

complications anatomiques ou toxicité foeto-maternelle de l'APD. Cette réticence a été retrouvée par Daren, chez les gestantes d'origine africaine et maghrébines dans une maternité française [19].

Conclusion

La pratique de l'APD reste marginale à Libreville. Elle est mal connue par le personnel soignant à

cause du manque de formation spécifique. Cette situation empêche la vulgarisation de la procédure auprès des gestantes et est à l'origine des préjugés défavorables sur cette technique d'analgésie. La formation du personnel soignant en obstétrique reste une priorité pour améliorer les pratiques.

Références

1. **CHheek T.G, Gutsche B.B.** Epidural anesthesia for labor and vaginal delivery. *Clin Obstet Gynecol.* 1987; 30: 515-29.
2. **Melzack R.** Labour pain as a model of acute pain. *Pain.* 1993 ; 53 : 117-20
3. **L. Ng Wing Tin, L. Schneider, D. Kerdjani, M. Haidar, F. Hardy.** Anesthésie lors de l'accouchement. *Encycl. Med. Chir. Obstet* 1991; 15017 F¹⁰, 14p.
4. **M. Beaussier, J-P. Haberer.** Anesthésie et analgésie péridurale. In : anesthésie locorégionale et traitement de la douleur. Masson, Paris, 2009 (4^{ème} Ed) : 323-368.
5. **Olayemi O, Aimakhu CO, Udoh ES.** Attitudes of patients to obstetric analgesia at the University College Hospital Ibadan, Nigeria. *J Obstet Gynaecol* 2003; 23: 38-40.
6. **Blondel B, Breart G, Du Mazaubrun C, Badeyan G, Wcislo M, Lordier A, Matet N.** The perinatal situation in France. Trends between 1981 and 1995. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 1997; 26: 770-80.
7. **Blondel B, Supernant K, Du Mazaubrun, Breart G.** Trends in perinatal health in France between 1995 and 2003: results from the National Perinatal Surveys. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 2006; 35: 373-87.
8. **Lowe NK.** The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 May;186(5 Suppl Nature):S16-24.
9. **Pottecher J, Benhamou D.** Labor pain and obstetric analgesia. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2004; 33: 179-91.
10. **Sima Zué A, Benamar B, Meye J.F, Engongah T, Ngaka Nsafu D.** La péridurale obstétricale en Afrique : Réflexion à propos d'une expérience gabonaise. *Cah Anesthésiol* 1999 ; 47 : 145-47.
11. **Séjourné N., Callahan S.** Les motivations des femmes à accoucher avec ou sans péridurale. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 2013 ; 42 : 56-63.
12. **Dzierzek A.-C., Poirel B., Marciniak B.** Anesthésie obstétricale en Guyane française : état des lieux et perspectives. *Ann Fr Anesth Réanim* 2013 ; 32S : A182, R293.
13. **Ouro-bang'na Maman AF, Agbeta N, Djibril MA, Egbohhou P, Kangni N, Tomta K, Akpadza K, Ahouangbévi S, Chobli M.** Niveau de connaissance et acceptabilité de l'analgésie péridurale : enquête auprès des femmes enceintes au Togo. *Med Trop* 2007 ; 67 : 159-62.
14. **Cousin MT, Maneglia R, Bahno M, Belghiti E.** La péridurale pour l'analgésie obstétricale. Enquête sur les opinions et les motivations des femmes enceintes et leur évaluation après l'accouchement. *Ann Fr Anesth Réanim* 2000 ; 4 : 86-7.
15. **Milon D, Bernard F, Robin M, Cressy ML.** A propos de l'information préalable sur l'analgésie péridurale des femmes enceintes. *Cah Anesthésiol* 1994 ; 42 : 759-60.
16. **Marie-France Morel.** « Histoire de la douleur dans l'accouchement ». *Réalités en gynécologie obstétrique* 2002 ; 67 : 31-34
17. **Marie-France Morel.** « Histoire de la douleur dans l'accouchement ». *Réalités en gynécologie obstétrique* 2002 ; 71 : 42-6.
18. **Le Ray C, Goffinet F, Palot M, Gareil M, Blondel B.** Factors associated with the choice of delivery without epidural analgesia in the women at low risk in France. *Birth* 2008; 35: 171-78.
19. **Carel M, Crost M.** L'analgésie péridurale. Point de vue des parturientes. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 1982 ; 11 : 523-33.