

Liste des abréviations

ALR	: Anesthésie loco-régionale
APD	: Anesthésie péridurale
AVB	: Accouchement par voie basse
BPM	: Battement par minute
CGO	: Clinique gynécologique et obstétricale
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CM	: Centimètre
CNGOF	: Collège des gynécologues et obstétriciens français
CPN	: Consultation prénatale
ERCF	: Enregistrement du rythme cardiaque fœtal
EVA	: Echelle visuelle analogique
EVS	: Echelle verbale simple
L2	: Deuxième vertèbre lombaire
L3	: Troisième vertèbre lombaire
L4	: Quatrième vertèbre lombaire
L5	: Cinquième vertèbre lombaire
LCR	: Liquide céphalo-rachidien
ML	: Millilitre
OMS	: Organisation mondiale de la santé
RCF	: Rythme cardiaque fœtal
SFA	: Souffrance fœtale aigue
SFAR	: Société française d'anesthésie et de réanimation.
TM	: Transverse médian

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Eléments constitutifs du bassin osseux.....	6
Figure 2 : Ampliation du périnée au cours du dégagement	6
Figure 3 : Vue latérale des structures ligamentaires de la colonne vertébrale.....	9
Figure 4 : Contenu du canal rachidien au niveau lombaire	10
Figure 5 : Kit péridural à la salle de naissance de la clinique gynécologique et obstétricale (CGO).	13
Figure 6 : Ponction en position assise	14
Figure 7 : Repérage de l'espace péridurale au mandrin liquide	16
Tableau I : Contre-indications à l'anesthésie péridurale.....	11
Tableau II : Personnels et organisation du service de la CGO.....	20

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : RAPPELS SUR L'ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE ET L'ANESTHESIE PERIDURALE.....	4
1. RAPPELS SUR L'ACCOUCHEMENT ET L'ANATOMIE DU RACHIS	5
1.1. Accouchement	5
1.1.1. Définition.....	5
1.1.2. Eléments en présence	5
1.1.2.1. Utérus	5
1.1.2.2. Mobile fœtal	5
1.1.2.3. Filière pelvienne.....	5
1.1.2.3.1. Bassin osseux.....	5
1.1.2.3.2. Bassin mou	6
1.1.3. Déroulement du travail.....	7
1.1.3.1. Phase d'effacement et de dilatation du col	7
1.1.3.2. Phase expulsive	7
1.1.3.3. Délivrance : troisième phase du travail.....	7
1.1.3.4. Surveillance du travail	7
1.2. Rappels sur l'anatomie du rachis.....	8
1.2.1. Structures ostéoligamentaires.....	8
1.2.2. Contenu du canal rachidien	9
2. ANALGESIE PERIDURALE (APD).....	11
2.1. Indications.....	11
2.2. Contre-indications	11
2.3. Conséquences de l'analgésie péridurale sur le travail.....	12
2.3.1. Influences de l'APD sur la première phase du travail.....	12
2.3.2. Influences de l'APD sur la deuxième phase du travail	12
2.3.3. Influences de l'APD sur le taux de césarienne.....	12
2.4. Conséquences fœtales de l'analgésie péridurale	12
2.5. Réalisation et conduite de l'anesthésie péridurale	12
2.5.1. Plateau technique.....	13
2.5.2. Préparation et monitoring.....	14
2.5.3. Position de la parturiente	14
2.5.4. Moment de la pose de l'analgésie péridurale	15
2.5.5. Technique	15
2.5.6. Evaluation du bloc sensitif et du bloc moteur	17

2.5.7. Surveillance maternelle et fœtale pendant l'analgésie péridurale....	17
2.6. Complications et effets indésirables de l'APD.....	17
DEUXIEME PARTIE : NOTRE TRAVAIL.....	19
1. CADRE D'ETUDE.....	20
2. METHODOLOGIE.....	22
2.1. Type et méthode	22
2.2. Critères d'inclusion.....	22
2.3. Critères de non inclusion	22
2.4. Collecte des données	22
3. OBSERVATIONS	22
4. DISCUSSION	28
4.1. Limites de notre étude	28
4.2. Profil des parturientes	28
4.3. Qualité surveillance prénatale	28
4.3.1. Nombre de consultation prénatale (CPN)	28
4.3.2. Qualifications des prestataires.....	29
4.4. Déroulement du travail	29
4.4.1. Direction du travail.....	29
4.4.2. Durée du travail	29
4.4.3. Voie d'accouchement	29
4.4.4. Détresse respiratoire néonatale.....	29
4.4.5. Satisfaction des parturientes.....	30
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	31
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	34
ANNEXES	

INTRODUCTION

Dans la civilisation judéo-chrétienne, le verset de la genèse « tu enfanteras dans la douleur » scelle le destin de la femme qui enfante, en le liant à jamais à la douleur rédemptrice qui sauve la femme du péché originel. D'un point de vue profane, les douleurs de l'accouchement ont longtemps été considérées comme naturelles et inéluctables. Ainsi, en enfantant les femmes avaient leur douleur dont le soulagement n'était pas une préoccupation [7].

C'est à partir du XVII^{ème} siècle qu'émerge progressivement la volonté d'atténuer les douleurs de l'accouchement. Il s'est agi dans un premier temps de mettre en place des moyens simples pour mettre à l'aise la parturiente, consistant à veiller à la qualité de l'environnement matériel et psychologique autour de cette dernière (confort, réassurance...).

L'utilisation de l'anesthésie dans la prise en charge de la douleur obstétricale débute au XIX^{ème} siècle, avec une prédominance dans les pays anglo-saxons. Parmi les différentes substances utilisées (Protoxyde d'azote, Ether, Morphine), l'inhalation de Chloroforme, popularisée par son utilisation par la reine Victoria [7].

Après l'utilisation de la voie caudale pour atténuer les douleurs des contractions, les techniques d'anesthésie locorégionales sont abandonnées pendant plusieurs décennies. Ce n'est que vers 1960, grâce à la compréhension de la physiologie médullaire, la découverte d'anesthésiques locaux plus performants et moins toxiques, puis en 1970 la mise en évidence de récepteurs médullaires spécifiques des morphiniques que l'anesthésie rachidienne suscite un regain d'intérêt notamment dans le cadre de la prise en charge de la douleur obstétricale [8].

Ainsi le vingtième siècle a été marqué par une revendication à ne plus souffrir, les Hommes ne sont plus enclins à subir cette fatalité qui pèse sur eux depuis de nombreux siècles. D'une éthique d'acceptation de la douleur, épreuve inévitable à la condition humaine, nous sommes passés à une éthique de refus de souffrir et de l'impératif thérapeutique, du fait des avancées scientifiques et de l'emprise croissante des techniques.

Ainsi, toutes les stratégies et les recommandations ont pu être établies pour améliorer l'efficacité analgésique péridurale tout en limitant, voire abolissant, les répercussions sur le déroulement du travail et le mode d'accouchement ainsi que les effets maternels et néonataux. Ce qui fait que la pratique de cette technique n'a cessé de s'accroître surtout dans les pays développés avec l'exemple de la France où en 1995 près de la moitié des parturientes 49% ont

accouché sous anesthésie péridurale contre 78% en 2010, soit une hausse de près de 30% en 15 ans [2,5,6,7].

Toutefois, si l'analgésie péridurale est devenue la règle dans les pays développés, elle demeure une pratique exceptionnelle dans les pays comme le Sénégal où jusqu'en 2018 elle n'était pratiquée que dans les structures médicales privées qui ne sont accessibles qu'à une infime partie de la population. C'est au mois de mars 2018 avec la réouverture de la clinique gynécologique et obstétricale de l'hôpital Aristide Le Dantec que cette méthode a été proposée dans un établissement hospitalier public.

Il nous a semblé donc indispensable de faire le point sur la pratique de cette technique dans l'unique structure médicale publique du pays qui la propose.

Ainsi cette étude avait pour principal objectif d'évaluer les pratiques et d'une manière spécifique de déterminer :

- la satisfaction des parturientes par rapport au moment de la pose de l'anesthésie péridurale (APD) et au soulagement de la douleur pendant toute la durée du travail,
- l'impact de l'APD sur la durée du travail et le mode d'accouchement
- et enfin l'existence de complications obstétricales ou néonatales.

Pour atteindre ces objectifs, nous ferons d'abord dans une première partie une revue de la littérature sur l'accouchement et l'analgésie péridurale ensuite dans une deuxième partie nous présenterons nos résultats que nous discuterons et enfin nous terminerons par une conclusion et des recommandations.

**PREMIERE PARTIE : RAPPELS SUR
L'ACCOUCHEMENT PAR VOIE
BASSE ET L'ANESTHESIE
PERIDURALE**

1. RAPPELS SUR L'ACCOUCHEMENT ET L'ANATOMIE DU RACHIS

1.1. Accouchement

1.1.1. Définition

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquences la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 22 semaines d'aménorrhée ou lorsque le poids du fœtus est supérieur ou égal à 500g selon l'OMS [14, 15, 16, 18, 22].

1.1.2. Eléments en présence [14, 15, 16, 18, 22]

1.1.2.1. Utérus

C'est un organe pelvien creux, destiné à contenir l'œuf fécondé jusqu'à sa maturation et à l'expulser hors des voies génitales maternelles.

Pendant le travail, l'utérus est animé de contractions utérines qui sont transmises au col par l'intermédiaire du segment inférieur. Ces contractions seront à l'origine de la formation de la poche des eaux et ces deux phénomènes seront responsables de l'effacement et de la dilatation du col.

1.1.2.2. Mobile fœtal

Il est représenté par le fœtus lui-même. En fonction de la nature de la présentation, différents diamètres peuvent être mis en jeu.

1.1.2.3. Filière pelvienne

1.1.2.3.1. Bassin osseux

C'est la ceinture pelvienne formée par l'union des quatre os : le sacrum et le coccyx en arrière, les deux os iliaques latéralement et en avant.

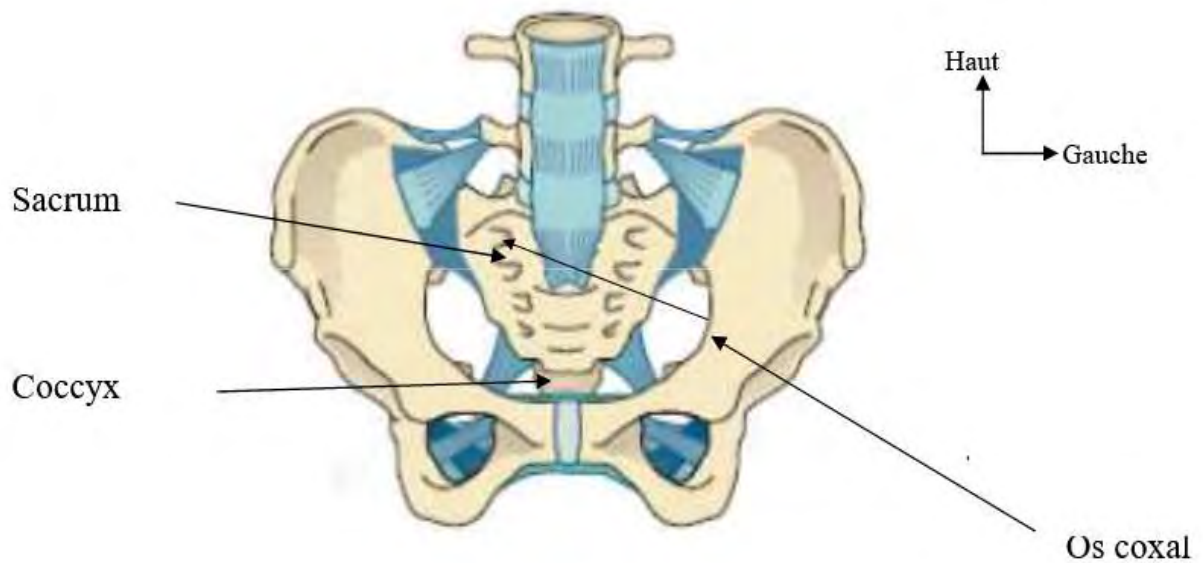


Figure 1: Eléments constitutifs du bassin osseux [22].

1.1.2.3.2. Bassin mou

Il est représenté par le vagin et le diaphragme pelvi-périnéal constitué d'un hamac musculo-tendineux avec un plan profond (fibres du muscle releveur de l'anus, des muscles ischio-coccygiens et du grand ligament sacro-sciatique) et un plan superficiel. C'est pendant la phase de dégagement que le périnée est sollicité expliquant son ampliation.

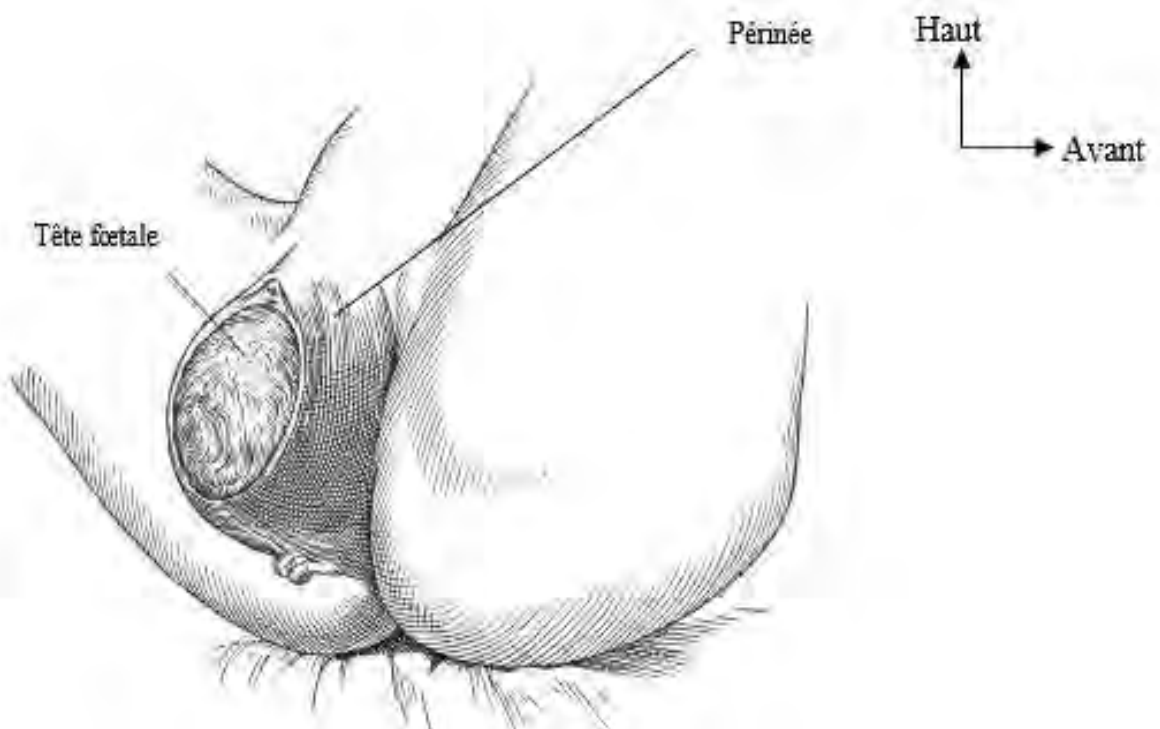


Figure 2 : Ampliation du périnée au cours du dégagement [14, 15].

1.1.3. Déroulement du travail [14,15,16,18,22]

Le déroulement du travail comprend trois périodes qui sont:

- l’effacement et la dilatation du col ;
- l’expulsion du fœtus ;
- l’expulsion des annexes ou délivrance.

1.1.3.1. Phase d’effacement et de dilatation du col

Elle est marquée par l’apparition des contractions utérines du travail et leurs conséquences et elle se termine lorsque la dilatation du col est complète.

L’ouverture du col n’est possible que si trois conditions coexistent :

- le col qui doit être mature ;
- le segment inférieur qui doit être bien amplié autour du pôle inférieur de l’œuf ;
- le myomètre qui doit se contracter.

❖ Ouverture du col

Pendant le travail, le col est le premier et le plus difficile des obstacles à vaincre, d’où la longueur de la phase de dilatation, malgré une modification préalable de sa structure par la maturation.

1.1.3.2. Phase expulsive [14, 15, 16, 18, 22]

Cette phase correspond à la période allant de la dilatation complète du col à la naissance de l’enfant par les voies naturelles. Elle comprend trois étapes successives :

- l’engagement de la présentation ;
- la descente et la rotation ;
- le dégagement.

1.1.3.3. Délivrance : troisième phase du travail

Dernier temps de l’accouchement, la délivrance est l’expulsion du placenta et des membranes après celle du fœtus.

1.1.3.4. Surveillance du travail

Elle est faite avec le partogramme sur le plan clinique et sur le plan paraclinique cette surveillance peut se faire avec les examens ci-après :

- Enregistrement du rythme cardiaque fœtal (ERCF),
- pH du sang fœtal au scalp,

- dosage des lactates,
- oxymétrie.

1.2. Rappels sur l'anatomie du rachis

La connaissance de l'anatomie rachidienne est un pré requis indispensable à la réalisation d'un bloc central. Un nombre important d'échec et de complications des rachianesthésies sont dues à une méconnaissance de l'anatomie de la région péri médullaire.

1.2.1. Structures ostéoligamentaires

La colonne vertébrale se compose de 33 vertèbres séparées par des disques intervertébraux. Elle n'est pas rectiligne. Dans le plan médio-sagittal, elle présente deux courbures à convexité antérieure (lordose cervicale et lombaire) et deux courbures à convexité postérieure (cyphose dorsale et sacro-coccygienne). A l'exception de deux vertèbres cervicales (atlas, axis) et des vertèbres sacro-coccygiennes, les vertèbres ont de nombreux points communs. Elles comportent toutes une partie antérieure cylindrique, le corps vertébral. De la face postérieure du corps vertébral, s'étendent de chaque côté les pédicules qui se continuent par les lames vertébrales. L'espace limité par la face postérieure du corps vertébral, les pédicules et les lames font le trou vertébral et les trous vertébraux superposés constituent le canal rachidien. Les bords supérieur et inférieur des pédicules délimitent, avec les bords correspondants des pédicules sus et sous-jacents, les trous intervertébraux (ou trou de conjugaison) par lesquels sortent les nerfs rachidiens [2].

A la jonction du pédicule et de la lame vertébrale se détachent en haut et en bas les apophyses articulaires, latéralement l'apophyse transverse. Enfin, de la réunion des deux lames naît l'apophyse épineuse. C'est l'orientation des apophyses épineuses qui détermine celle de l'aiguille pour pénétrer dans l'espace péri-dural ou intrathécal. Cette orientation est horizontale au niveau cervical, inclinée en bas et en arrière en se chevauchant au niveau thoracique, et horizontale avec une faible inclinaison vers le bas au niveau lombaire.

De nombreuses structures ligamentaires participent à la stabilité du rachis. En arrière et superficiellement, se trouve le ligament surépineux. C'est un cordon fibreux qui s'étend sur toute la hauteur de la colonne vertébrale. Il s'insère au sommet des apophyses épineuses et au bord postérieur des ligaments interépineux tendus entre les apophyses épineuses. Plus profondément et limitant en arrière le canal rachidien, se trouvent les ligaments jaunes (figure 3). Ils unissent de chaque côté des lames vertébrales adjacentes. Les ligaments

jaunes sont élastiques et épais, offrant une résistance perceptible lors de la ponction. Les disques intervertébraux et les ligaments vertébraux communs, qui s'étendent en arrière et en avant des corps vertébraux, participent également à la stabilité de la colonne vertébrale [2].

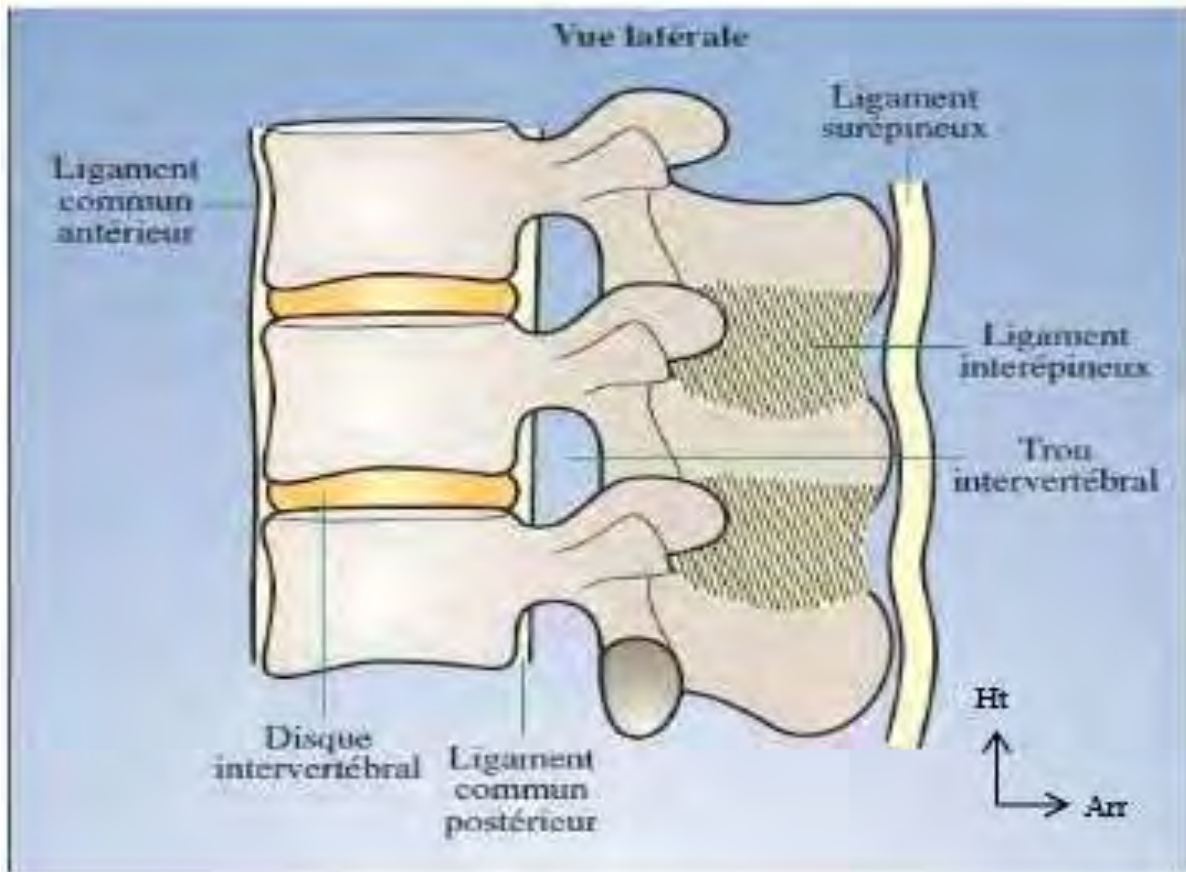


Figure 3 : Vue latérale des structures ligamentaires de la colonne vertébrale [2].

1.2.2. Contenu du canal rachidien

La moelle épinière s'étend de la première vertèbre cervicale à la deuxième vertèbre lombaire (L2). Elle présente deux renflements : cervicale et lombaire, correspondant à l'émergence des racines spinales destinées aux membres. Au renflement lombaire, fait suite un court segment médullaire de forme conique : le cône terminal, prolongé par le filum terminal. De la moelle, naissent les racines spinales. Les racines postérieures ou sensibles présentent une dilatation, le ganglion spinal et s'unissent aux racines antérieures ou motrices à proximité des trous intervertébraux, pour former les nerfs rachidiens. Il existe 31 paires de nerfs rachidiens : 8 paires cervicales, 12 dorsales, 5 lombaires, 5 sacrées et une coccygienne. Chaque nerf rachidien est relié au système nerveux sympathique par les rameaux communicants. Les premiers nerfs cervicaux sont presque horizontaux et sortent du canal rachidien à un niveau voisin de leur émergence

médullaire. Ensuite au fur et à mesure que l'on se dirige vers le bas, ils deviennent de plus en plus verticaux.

Dans le canal rachidien, la moelle et les racines sont protégées par les enveloppes méningées. La pie-mère est un feuillet très fin et richement vascularisé qui adhère étroitement à la moelle et aux racines qu'elle suit jusqu'à leur émergence du trou intervertébral. Latéralement, de chaque côté de la moelle, la pie-mère envoie une expansion jusqu'à la dure-mère, sur laquelle elle se fixe de façon discontinue, pour former le ligament dentelé qui sépare de chaque côté les racines antérieures des racines postérieures.

La dure-mère est une membrane épaisse qui tapisse le canal rachidien jusqu'au sacrum. Elle est séparée des vertèbres par un espace graisseux très riche en vaisseaux : l'espace péri-dural. La dure-mère est traversée par les nerfs rachidiens qu'elle engaine jusqu'à la sortie du trou intervertébral. La face interne de la dure-mère est tapissée par une fine membrane, l'arachnoïde, dont elle est séparée par un espace virtuel : l'espace sous arachnoïdien. L'espace compris entre le cône terminal de la moelle (L2) et l'extrémité inférieure du sac dural est occupée par les derniers nerfs lombaires et les nerfs sacro-coccygiens constituant la queue de cheval [4] (Figure 4).

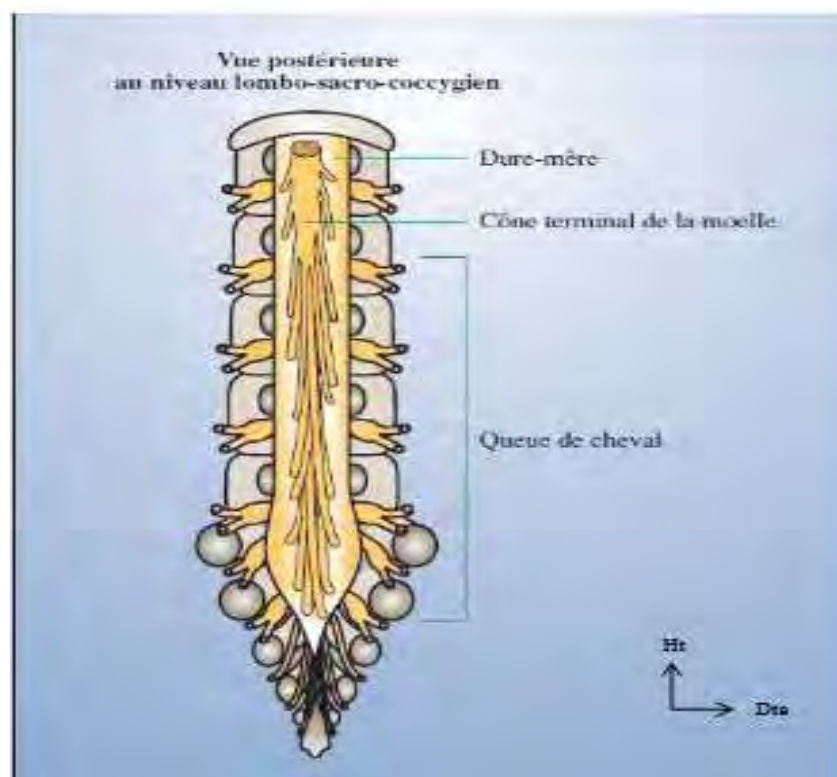


Figure 4 : Contenu du canal rachidien au niveau lombaire [2]

2. ANALGESIE PERIDURALE (APD).

Le terme péri-dural vient du grec « peri » signifiant autour de et du latin durus, la dure-mère.

L'analgésie péri-durale est une technique d'anesthésie loco-régionale consistant à introduire un cathéter dans l'espace péri-dural permettant la diffusion de produit actif dont le but principal est la diminution voire la suppression de la douleur notamment au cours de l'accouchement. [18, 29]

2.1. Indications [29]

Les indications de pose d'une analgésie péri-durale peuvent être réparties en 3 catégories :

- maternelles : la douleur étant la principale, voies aériennes difficiles, pathologies concomitantes (cardiovasculaire, pulmonaires, neurologiques, neuromusculaires rénales, endocriniennes), pré éclampsie.
- obstétricales : dystocie dynamique, épreuve du travail, utérus cicatriciel, travail prolongé, déclenchement, grossesse multiple, extraction instrumentale, risque accru de césarienne,
- fœtales : prématurité, retard de croissance intra utérin, macrosomie, présentation du siège.

2.2. Contre-indications [29]

Les contre-indications sont résumées dans le tableau suivant.

Tableau I : Contre-indications à l'anesthésie péri-durale

Absolues	Relatives
Refus de la patiente	Patiente non coopérante
Troubles de la coagulation	Anomalies anatomiques du rachis, les antécédents de chirurgie du rachis, spina bifida ou déformation rachidienne sévère
Thrombopénie sévère	Trouble neurologique central
Hypovolémie ou hémorragie non contrôlée	Débit cardiaque fixe (volume d'éjection systolique fixe) : Rétrécissement aortique
Infection locale ou systémique	
Allergie aux anesthésiques locaux	
Hypertension intracrânienne	

2.3. Conséquences de l'analgésie péridurale sur le travail

L'analgésie péridurale permet de diminuer les conséquences potentiellement délétères de la douleur notamment l'hyperventilation, la consommation d'oxygène et la stimulation sympathique (Catécholamines).

2.3.1. Influences de l'APD sur la première phase du travail

L'allongement du premier stade du travail sous péridurale est parfois retrouvé. Néanmoins cet allongement reste modeste (une demie heure sur une durée de travail de sept heures en moyenne dans la méta analyse de Sharma et al [24]).

2.3.2. Influences de l'APD sur la deuxième phase du travail

L'analgésie péridurale a tendance à rallonger la deuxième phase du travail. Toutefois, l'utilisation d'une solution faiblement concentrée en anesthésique local réduit le taux d'extraction instrumentale, sans perte de qualité analgésique [6].

2.3.3. Influences de l'APD sur le taux de césarienne

L'argumentaire d'une corrélation entre anesthésie loco-régionale (ALR) et césarienne n'est plus recevable depuis 2012.

Des études d'impact ont montré que si les taux de césarienne sont très variables d'un établissement à l'autre, l'introduction de l'ALR n'a pas modifié les taux de césarienne au sein des maternités [23].

2.4. Conséquences fœtales de l'analgésie péridurale

Sous analgésie péridurale, l'hypotension artérielle, l'hypercinésie peuvent être à l'origine de survenue d'anomalie du rythme cardiaque fœtal (RCF) témoignant de l'hypoxie fœtale. L'incidence de l'hypotension avec les nouveaux protocoles de péridurale (low dose) est inférieure, autour de 8 à 10 % à corrélérer avec la moindre incidence de survenue d'anomalie du RCF, ces deux événements étant liés [3].

2.5. Réalisation et conduite de l'anesthésie péridurale

L'indication de pose de l'anesthésie péridurale est sous la responsabilité de l'équipe obstétricale et du médecin Anesthésiste réanimateur.

2.5.1. Plateau technique

Il s'agit d'un plateau à usage unique comprenant :

- un récipient pour solution antiseptique et deux badigeons,
- deux cupules,
- des compresses,
- un champ troué autocollant,
- une seringue de 5 ml avec une aiguille de 25 G pour l'anesthésie locale,
- une aiguille de Tuohy de 18 G à mandrin et graduée pour contrôler la longueur de cathéter introduite dans l'espace péri-dural,
- un cathéter,
- un filtre antibactérien 0.22µm [18].

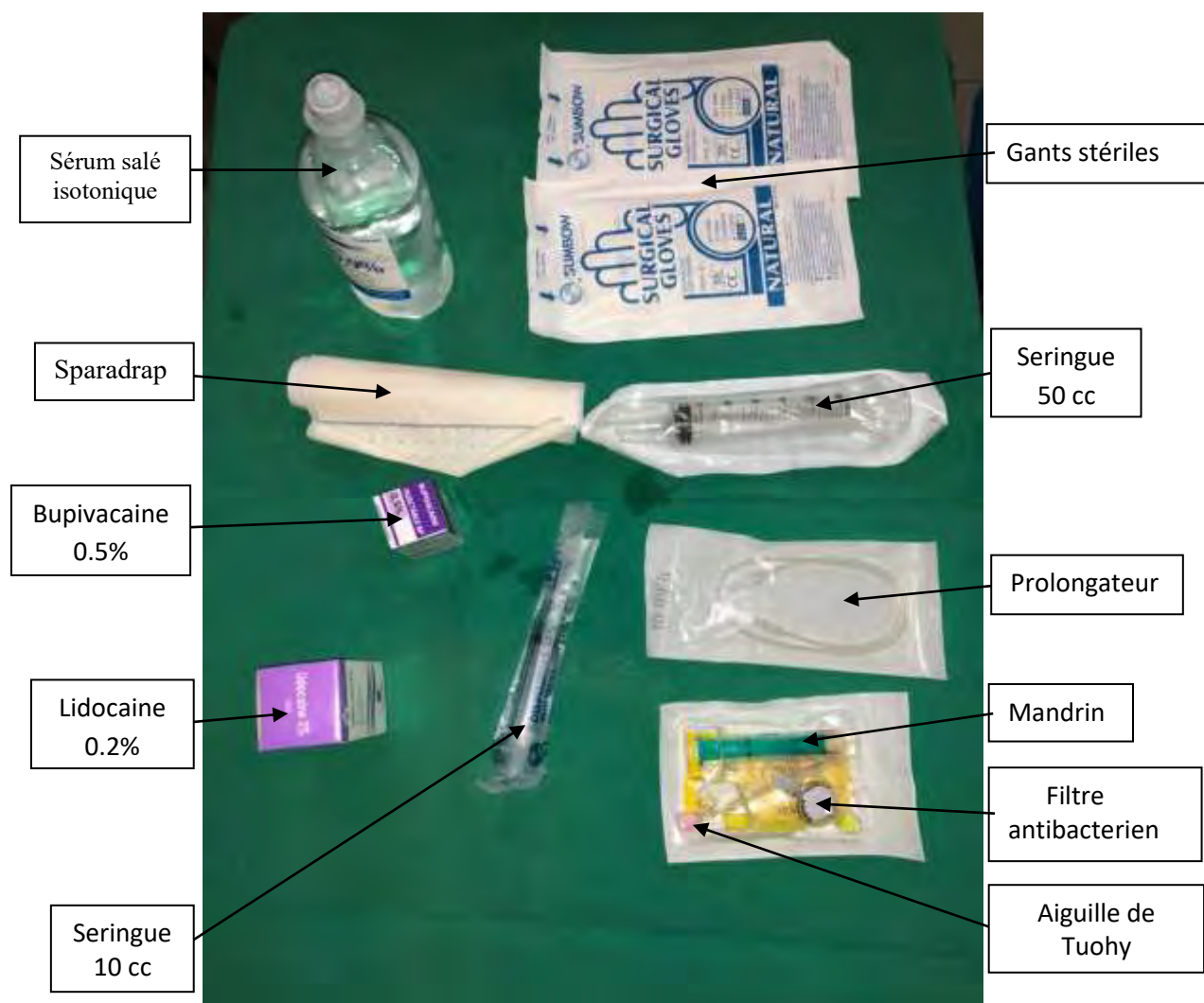


Figure 5 : kit péri-dural à la salle de naissance de la clinique gynécologique et obstétricale (CGO).

2.5.2. Préparation et monitoring

La parturiente doit disposer de voie veineuse périphérique de bon calibre avec monitoring de la pression artérielle non invasive et oxymétrie de pouls (SPO2). Le remplissage vasculaire n'est pas utile avant une APD ; le risque d'hypotension artérielle est faible et non modifié par le remplissage préalable de ringer-lactate [26].

Pour le fœtus la surveillance du rythme cardiaque fœtal (RCF) est réalisée par des électrodes externes. Les modalités de surveillance du RCF incombent à l'équipe obstétricale (consensus professionnel de la société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) et du collège national des gynécologues obstétricaux Français (CNGOF) de septembre 2000.

La sage-femme informe l'anesthésiste du déroulement du travail, à savoir l'avancement de la dilatation cervicale et le bien être fœtal.

2.5.3. Position de la parturiente

L'installation est fondamentale, la parturiente est en position assise, pieds relevés sur un tabouret, bas du dos le plus rond possible, épaules symétriques abaissées de façon à permettre l'ouverture des espaces inter-épineux pour faciliter l'abord de l'espace péridural [21].

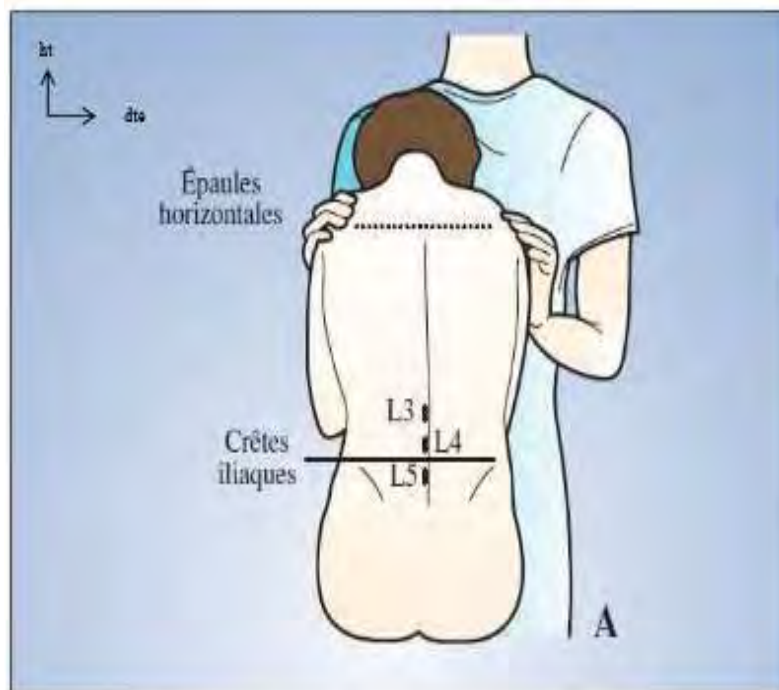


Figure 6 : Ponction en position assise [2]

La position en décubitus latéral gauche est également pratiquée surtout lors d'un travail avancé.

2.5.4. Moment de la pose de l'analgésie péridurale

La douleur de la patiente évaluée par l'échelle visuelle analogique (EVA), quel que soit l'avancement du travail doit être le critère majeur de mise en place.

Les données d'observation suggèrent que l'initiation précoce de la péridurale peut être associée à un risque accru de césarienne, mais les mêmes résultats n'ont pas été observés dans les essais contrôlés randomisés récents. Des directives plus récentes suggèrent qu'en l'absence d'une contre-indication médicale, la demande maternelle est une indication suffisante pour soulager la douleur pendant le travail [25].

2.5.5. Technique [19]

L'espace péridural est abordé par voie lombaire au niveau des espaces intervertébraux L2-L3, L3-L4 ou L4-L5 tout en sachant que le cône terminal de la moelle épinière peut descendre jusqu'à L2.

La réalisation de l'APD comporte successivement les étapes suivantes :

- anesthésie locale du point de ponction cutanée avec de la lidocaïne 2% non adrénalinée,
- l'aiguille de Tuohy est introduite d'environ 2 cm de façon médiane, biseau dirigé vers le haut,
- recherche de l'espace péridural avec l'aiguille de Tuohy par la technique du mandrin liquide (figure 7),
- faire progresser lentement l'aiguille jusqu'à la traversée du ligament jaune (sensation de ressaut) et ou perte de résistance,
- Pendant la réalisation de l'APD, demander à la patiente de prévenir la survenue d'une contraction utérine afin d'éviter la ponction accidentelle des veines épidurales turgescents,
- l'espace péridural repéré, il faut vérifier l'absence de reflux de sang ou du liquide céphalo-rachidien (LCR) par le test d'aspiration douce à la seringue,
- la distance entre la peau et l'espace péridural augmente avec le poids et l'index de masse corporelle de la parturiente, mais ne peut être prédite de façon individuelle. La position de la femme, assise ou en décubitus latéral lors de la réalisation de l'APD a peu d'influence sur la facilité d'insertion et sur le risque de ponction vasculaire à l'insertion du cathéter péridural. Il est recommandé d'utiliser des aiguilles de type Tuohy d'un calibre inférieur ou égal à 18G pour le repérage de l'espace péridural,
- monter le cathéter péridural sur 3 à 4 cm,

- Retrait de l'aiguille de Tuohy,
- pose d'un filtre antibactérien,
- fixation du cathéter (pansement, strips et film transparent), et lors du passage de la position assise dos fléchi à la position allongée, le cathéter péridural peut se mobiliser,
- dose test : injection de 4 à 5 ml fractionnés de la solution analgésique ou de la lidocaïne 2% à la recherche de passage dans le LCR (bloc moteur ou analgésie soudaine de type intrathécale) et intravasculaire (gout métallique, acouphènes vertiges),
- l'installation de la parturiente en décubitus dorsal avec une inclinaison de 30° à gauche lors de l'induction d'une péridurale analgésique permet une meilleure analgésie et nécessite moins d'injections additionnelles que lorsque l'analgésie est réalisée en décubitus latéral gauche complet.

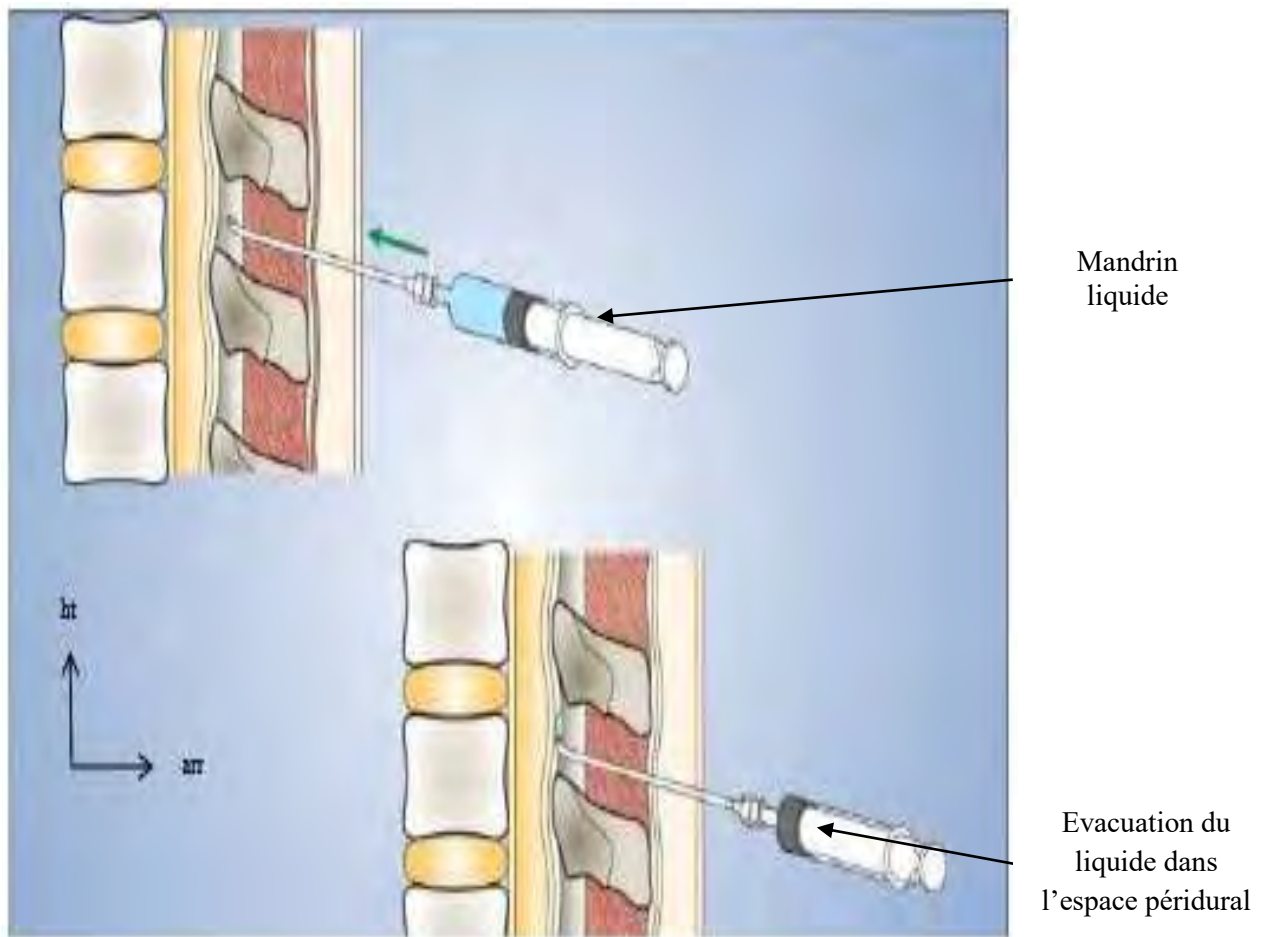


Figure 7 : Repérage de l'espace péridurale au mandrin liquide [2]

2.5.6. Evaluation du bloc sensitif et du bloc moteur

Avant la réalisation de la péridurale, le niveau de la douleur est évalué par l'échelle visuelle analogique (l'EVA) ou échelle verbale simple (l'EVS ; voir annexe).

Des signes cliniques simples permettent de savoir si la péridurale s'installe correctement :

- présence de sensation de fourmillement ou de chaleur dans les deux membres inférieurs,
- présence d'une vasodilatation au niveau des membres inférieurs avec une sensation de « pieds chauds » à la palpation,
- disparitions des douleurs liées aux contractions utérines avec persistance de celles-ci au monitoring.

2.5.7. Surveillance maternelle et fœtale pendant l'analgésie péridurale

La surveillance d'une analgésie péridurale doit comporter :

- une mesure régulière, toutes les 5 minutes de la pression artérielle pendant une période de 30 minutes après l'injection du produit,
- une surveillance continue du RCF.

2.6. Complications et effets indésirables de l'APD [19]

Les effets indésirables sont :

- une hypotension artérielle : le bloc sympathique est responsable d'une vasodilatation, d'une augmentation de la capacité veineuse, une diminution de la précontrainte et une diminution du débit cardiaque,
- un bloc moteur : par la relaxation induite sur le plancher pelvien et les muscles psoas, le bloc moteur peut effectivement entraver les efforts expulsifs maternels en fin de travail,
- une brèche dure-mérienne : elle constitue la complication la plus fréquente de l'analgésie péridurale,
- un hématome péri médullaire : dû à un traumatisme du plexus veineux péridural par l'aiguille lors de la ponction ou par le cathéter et peut survenir tant à l'insertion qu'à l'ablation du cathéter,
- des tremblements et frissons ,
- des lésions nerveuses (exemple lésions traumatiques),

- une rétention urinaire : la rétention urinaire intrapartum et postpartum chez les patientes recevant une analgésie neuraxiale a été observée,
- une latéralisation de l'analgésie : elle est observée lorsque le cathéter péridural est introduit en dehors de la ligne médiane ou lorsqu'il a été trop poussé en avant dans l'espace péridural,
- une injection sous durale ,
- une inefficacité, imperfection et échec de l'analgésie péridurale
- une dorsalgie.

DEUXIEME PARTIE : NOTRE TRAVAIL

1. Cadre d'étude

La clinique gynécologique et obstétricale (CGO) du Centre Hospitalier universitaire (CHU) Aristide Le Dantec a servi de cadre à notre étude. C'est un centre de référence national en santé de la reproduction.

Tableau II : Personnels et organisation du service de la CGO

Infrastructures	Personnel	Organisation
<p>On distingue plusieurs unités :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Une unité de consultation externe où se font les consultations pré et postnatales, les consultations gynécologiques et la planification familiale. Ce centre comporte : <ul style="list-style-type: none"> ○ Six salles de consultation recevant en moyenne 30 patientes par jour, du lundi au vendredi, ○ Deux salles d'échographie, ○ Une salle de colposcopie, ○ Une salle pour la planification familiale, ○ Une salle de consultation pour les nouveau-nés et les nourrissons pour la surveillance et le développement psychomoteur, des conseils d'élevage des prématurés (méthode kangourou), des vaccinations et une prise en charge des nouveau-nés de mères infectées par le VIH-SIDA, 	<p>La Clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU Aristide Le DANTEC est sous la direction d'un Professeur Titulaire de Chaire assisté par :</p> <ul style="list-style-type: none"> –6 Professeurs Titulaires ; –3 Maîtres de Conférences Agrégés; –5 Maîtres-Assistants ; –2 Gynécologues-Obstétriciens ; –1 Pédiatre –1 pharmacien <p>Par ailleurs, le personnel est constitué par :</p> <ul style="list-style-type: none"> –13 Internes titulaires des hôpitaux ; –93 médecins en cours de spécialisation ; –45 sages-femmes <p>Dont une maîtresse sage-femme,</p> <ul style="list-style-type: none"> –1 puéricultrice –12 infirmiers –3techniciens 	<p>La CGO a une quadruple vocation de soins, de formation, de recherche, de formation et d'appui à la communauté.</p> <p>➔ Les soins</p> <p>les consultations gynécologiques et obstétricales, la prise en charge des urgences gynécologiques et obstétricales, l'échographie gynécologique et obstétricale, la colposcopie, l'hystéroscopie diagnostique et opératoire, la coelioscopie et l'oncologie médicale.</p> <p>➔ La formation</p> <p>➤ La formation théorique porte sur les enseignements universitaires et post universitaires pour les étudiants en médecine et pour les médecins en cours de spécialisation dans le cadre du diplôme d'études spécialisées de gynécologie obstétrique. Cette formation est orientée vers la promotion de la santé maternelle et infantile et porte sur la gynécologie, l'obstétrique et la néonatalogie.</p> <p>Depuis 1996 la CGO abrite le centre de formation et de recherche en santé de la reproduction (CEFOREP), cette institution à vocation régionale a été créée en 1996 grâce au soutien de l'Agence des Etats unis pour le développement international (USAID). Ses activités d'enseignement et de recherche sont essentiellement axées sur la santé de la reproduction.</p> <p>➤ La formation pratique s'adresse aux médecins en cours de spécialisation dans le cadre du DES de gynécologie obstétrique. La CGO assure également l'encadrement des étudiants de 7^{ième} et de</p>

<ul style="list-style-type: none"> ○ Une salle de soins en ambulatoire pour les femmes opérées, ○ Une division d'oncologie médicale. - Une unité de prise en charge des urgences obstétricales et d'hospitalisation comportant : <ul style="list-style-type: none"> ○ Au rez-de-chaussée : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une salle d'accueil des urgences ▪ Une salle de travail avec six lits, ○ Au premier étage : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une salle d'accouchement avec quatre tables d'accouchement, ▪ Deux salles de grossesses pathologiques avec un total de neuf lits, ▪ Une salle de suivi postopératoire avec six lits, ▪ Une salle opératoire pour les urgences obstétricales et gynécologiques, deux salles réservées au programme opératoire. ○ Au deuxième étage : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une unité de suites de couches avec 28 lits, ▪ Une unité annexe avec 10 cabines individuelles, ▪ Une salle de réunion, ▪ Un amphithéâtre. 	<p>anesthésistes -7 instrumentistes -02 secrétaires -01 informaticien -01 assistante sociale -01 fille de salle -02 garçons de salle -05 brancardiers -2 buandiers -1 aide-cuisinier</p>	<p>5^{ème} année de médecine.</p> <p>➤ Elle assure également la formation d'équipes compétentes en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) ainsi que des recyclages périodiques pour le personnel médical et paramédical du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale.</p> <p>➔ Activités de recherche</p> <p>La CGO se singularise dans la recherche notamment dans le domaine de la maternité à moindre risque, de la planification familiale, de la santé des adolescentes, de la maladie trophoblastique, de la colposcopie et de la pathologie cervico-vaginale, de la sénologie, de l'endoscopie gynécologique et de la ménopause.</p> <p>➔ Appui à la communauté</p> <p>La CGO participe activement à des activités de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation, - Dépistage et prise en charge des grossesses à risque, des cancers gynécologiques et mammaire, - Planification familiale.
---	---	---

2. METHODOLOGIE

2.1. Type et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique allant du 01 mars 2018 au 01 mars 2020 et incluant toutes les parturientes ayant bénéficié d'une anesthésie péridurale au cours de l'accouchement.

2.2. Critères d'inclusion

Tous les cas de tentative d'accouchement par voie basse sous anesthésie péridurale quel qu'en soit l'issue.

2.3. Critères de non inclusion

Les accouchements par césarienne sous anesthésie péridurale non effectuée pour une tentative d'accouchement par voie basse.

2.4. Collecte des données

Les données ont été collectées à partir des dossiers d'observation des parturientes. Cependant, les informations manquantes ont été complétées par interrogatoire téléphonique avec les parturientes.

3. OBSERVATIONS

Les observations ci-après ont été faites

Observation n°1 :

Il s'agit d'une parturiente de 25 ans IIGIIP, mariée, résidant en zone urbaine Dakaroise, médecin de profession. La grossesse a été suivie par un obstétricien. Elle a effectué 6 CPN avec un bilan prénatal complet. Elle est rentrée spontanément en travail à 39SA. L'anesthésie péridurale a été installée à 3 cm de dilatation. Le moment de l'installation de la péridurale et le niveau de soulagement de la douleur ont été jugés satisfaisants par la parturiente. La durée du travail était de 13H, avec accouchement par voie basse en présentation du sommet d'un nouveau-né de sexe F pesant 3350g avec un score d'Apgar à 9/10 à la première minute puis 10/10 à la cinquième minute. La direction du travail n'était pas effectuée. Aucun effet secondaire ou complication n'a été signalé.

Observation n° 2 :

Il s'agit d'une parturiente de 33 ans IIGIIP, mariée, commerçante de profession et résidant en zone urbaine Dakaroise. La grossesse a été suivie par un obstétricien. Elle a effectué 4 CPN avec un bilan prénatal complet. Elle est rentrée spontanément en travail à 40 SA+3 jours. L'anesthésie péridurale a été installée à 3 cm de dilatation. Le moment de l'installation de la péridurale et le niveau de soulagement de la douleur ont été jugés satisfaisants par la parturiente. La durée du travail était de 15H avec accouchement par voie basse en présentation du sommet d'un nouveau-né de sexe féminin pesant 3050g avec un score d'Apgar à 8/10 à la première minute puis 9/10 à la cinquième minute. La direction du travail était effectuée avec perfusion de 5 UI d'ocytocine à 6 cm de dilatation. Aucun effet secondaire ou complication n'a été retrouvé.

Observation n°3 :

Il s'agit d'une parturiente de 26 ans IGIP, mariée, médecin de profession et résidant en zone urbaine Dakaroise. La grossesse a été suivie par un obstétricien. Elle a effectué 4 CPN avec un bilan prénatal complet. Elle est rentrée spontanément en travail à 39SA+6 jours. L'anesthésie péridurale a été installée à 4 cm de dilatation. Le moment de l'installation de la péridurale et le niveau de soulagement de la douleur ont été jugés satisfaisants par la parturiente. La durée du travail était de 7H avec accouchement par voie basse en présentation du sommet d'un nouveau-né de sexe féminin pesant 2875g avec score d'Apgar à 8/10 à la première minute puis 9/10 à la cinquième minute. La direction du travail était effectuée avec perfusion de 5 UI d'ocytocine à 6 cm de dilatation. Aucun effet secondaire ou complication n'a été observé.

Observation n°4 :

Il s'agit d'une parturiente de 28 ans IIGIP, mariée, médecin de profession et résidant en zone urbaine Dakaroise. La grossesse était suivie par un obstétricien. Elle a effectué 5 CPN avec un bilan prénatal complet. Elle est rentrée spontanément en travail à 38SA+5 jours. L'anesthésie péridurale était installée à 3cm de dilatation. Le moment de l'installation de la péridurale et le niveau de soulagement de la douleur ont été jugés satisfaisants par la parturiente. La durée du travail était de 7H avec accouchement par voie basse en présentation du sommet d'un nouveau-né de sexe masculin pesant 3420g avec score d'Apgar à 8/10 à la première minute puis 9/10 à la cinquième minute. La direction du travail était effectuée avec perfusion de 5 UI d'ocytocine à 6 cm de dilatation. Aucun effet secondaire ou complication n'était observé.

Observation n°5 :

Il s'agit d'une parturiente de 40 ans VGVP, mariée, experte en communication de profession et résidant en zone urbaine Dakaroise. La grossesse était suivie par un obstétricien. Elle a effectué 4 CPN avec un bilan prénatal complet. Elle est rentrée spontanément en travail à 40 SA+6 jours. L'anesthésie péridurale était installée à 5cm de dilatation. Le moment de l'installation de la péridurale a été jugé tardif. Le niveau de soulagement de la douleur après l'installation de la péridurale était satisfaisant. La durée du travail était de 7H avec accouchement par voie basse d'un nouveau-né de sexe masculin pesant 3400g avec score d'Apgar à la première minute 6/10 puis 7/10 à la cinquième minute. Le nouveau-né a été réanimé, la cause de la souffrance n'est pas mentionnée dans le dossier. La direction du travail n'était pas effectuée. Aucun effet secondaire ou complication n'était observé.

Observation n°6 :

Il s'agit d'une parturiente de 26 ans IIGIP, mariée, maquilleuse de profession et résidant dans la banlieue Dakaroise. La grossesse était suivie par un obstétricien. Elle a effectué 5 CPN avec un bilan prénatal incomplet. Elle est rentrée spontanément en travail à 40SA+3 jours. L'anesthésie péridurale était installée à 5cm de dilatation. Le moment de l'installation de la péridurale a été jugé tardif par la parturiente. Le niveau de soulagement de la douleur après l'installation de la péridurale était satisfaisant. Elle a accouché par voie basse en présentation du sommet d'un nouveau-né de sexe féminin pesant 2850g deux heures après l'installation de la péridurale avec un score d'Apgar à 8/10 à la première minute

puis 9/10 à la cinquième minute. La direction du travail n'était pas effectuée. Aucun effet secondaire ou complication n'était signalé.

Observation n°7 :

Il s'agit d'une parturiente de 26 ans IIGIIP, mariée, médecin de profession et résidant en zone urbaine Dakaroise. Elle n'a pas d'antécédents particuliers. La grossesse était suivie par un obstétricien. Elle a effectué 5 CPN avec un bilan prénatal complet. Elle est rentrée spontanément en travail à 39 SA. L'anesthésie péridurale était installée à 4cm de dilatation. Le moment de l'installation de la péridurale et le niveau de soulagement de la douleur ont été jugés satisfaisant par la parturiente. La durée du travail était de 5H avec accouchement par voie basse d'un nouveau-né de sexe masculin pesant 3100g avec un score d'Apgar à 9/10 à la première minute puis 10/10 à la cinquième minute. La direction du travail n'était pas effectuée. Aucun effet secondaire ou complication n'a été observé.

Observation n°8 :

Il s'agit d'une parturiente de 32 ans IIGIP aux antécédents d'un avortement, mariée, pharmacienne de profession et résidant en zone urbaine Dakaroise. La grossesse était suivie par un obstétricien. Elle a effectué 3 CPN avec un bilan prénatal incomplet. Elle est rentrée spontanément en travail à 38SA. L'anesthésie péridurale était installée à 3cm de dilatation. Le moment de l'installation de la péridurale et le niveau de soulagement de la douleur ont été jugés satisfaisants par la parturiente. La durée du travail était de 6H avec accouchement par voie basse en présentation du sommet d'un nouveau-né de sexe féminin pesant 2900g avec score d'Apgar à la première minute 8/10 puis 9/10 à la cinquième minute. La direction du travail était effectuée avec perfusion de 5 UI d'ocytocine. Aucun effet secondaire ou complication n'était observé.

Observation n°9 :

Il s'agit d'une parturiente de 32 ans IGIP, étudiante en médecine et résidant en zone urbaine Dakaroise. La grossesse était suivie par un obstétricien. Elle a effectué 4 CPN avec un bilan prénatal incomplet. Elle est rentrée spontanément en travail à 39 SA+5 jours. L'anesthésie péridurale était installée à 4cm de dilatation. Le moment de l'installation de la péridurale et le niveau de soulagement de la douleur ont été jugés satisfaisants par la parturiente. La durée

du travail était de 7H avec accouchement par voie basse d'un nouveau-né de sexe masculin pesant 3200g avec score d'Apgar à la première minute 8/10 puis 9/10 à la cinquième minute. La direction du travail était effectuée avec perfusion de 5 UI d'ocytocine. Aucun effet secondaire ou complication n'était observé.

Observation n°10 :

Il s'agit d'une parturiente de 26 ans VGVP, mariée, vivant en Italie et séjournant au Sénégal dans la banlieue dakaroise. La grossesse était suivie par une sage-femme. Elle a effectué 4 CPN avec un bilan prénatal incomplet. Elle est rentrée spontanément en travail à 40 SA+6 jours. L'anesthésie péridurale était installée à 3cm de dilatation. Le moment de l'installation de la péridurale et le niveau de soulagement de la douleur ont été jugés satisfaisants par la parturiente. La durée du travail était de 7H avec accouchement par voie basse d'un nouveau-né de sexe masculin pesant 3400g avec un score d'Apgar à la première minute 8/10 puis 9/10 à la cinquième minute. La direction du travail n'était pas effectuée. Aucun effet secondaire ou complication n'était observé.

Observation n°11 :

Il s'agit d'une parturiente de 27 ans IGIP, mariée, sans profession et résidant en zone urbaine dakaroise. La grossesse était suivie par une sage-femme. Elle a effectué 4 CPN avec un bilan prénatal complet. Elle est rentrée spontanément en travail à 40 SA+5 jours. L'anesthésie péridurale était installée à 3cm de dilatation. Le moment de l'installation de la péridurale et le niveau de soulagement de la douleur ont été jugés satisfaisants par la parturiente. La durée du travail était de 9H avec accouchement par voie basse d'un nouveau-né de sexe masculin pesant 3100g avec score d'Apgar à la première minute 8/10 puis 9/10 à la cinquième minute. La direction du travail était effectuée avec perfusion de 5UI d'ocytocine. Aucun effet secondaire ou complication n'était observé.

Observation n°12 :

Il s'agit d'une parturiente de 30 ans IIIIGIIP, mariée, étudiante et résidant en zone urbaine dakaroise. La grossesse était suivie par une sage-femme. Elle a effectué 4 CPN avec un bilan prénatal incomplet. Elle est rentrée spontanément en travail à 40 SA+3 jours. L'anesthésie péridurale était installée à 3cm de dilatation. Le moment de l'installation de la péridurale et le niveau de

soulagement de la douleur ont été jugés satisfaisants par la parturiente. La durée du travail était de 6H avec accouchement par voie haute (pour dilatation stationnaire sur macrosomie fœtale d'un nouveau-né de sexe féminin pesant 4100g avec un score d'Apgar à la première minute à 8/10 puis 9/10 à la cinquième minute. La direction du travail n'était pas effectuée. Aucun effet secondaire ou complication n'était observé.

Observation n°13 :

Il s'agit d'une parturiente de 40 ans VGVP, mariée, experte en communication de profession et résidant en zone urbaine Dakaroise. La grossesse était suivie par un obstétricien. Elle a effectué 6 CPN avec un bilan prénatal complet. Elle est rentrée spontanément en travail à 40 SA+6 jours. L'anesthésie péridurale était installée à 3cm de dilatation. Le moment de l'installation de la péridurale et le niveau de soulagement de la douleur ont été jugés satisfaisants par la parturiente. La durée du travail était de 7H avec accouchement par voie haute (pour défaut d'engagement par variété postérieure) d'un nouveau-né de sexe masculin pesant 3400g avec score d'Apgar à la première minute 6/10 puis 7/10 à la cinquième minute. Le nouveau-né a été réanimé à la naissance La direction du travail était effectuée avec perfusion de 5 UI d'ocytocine. Aucun effet secondaire ou complication n'était observé.

Observation n°14 :

Il s'agit d'une parturiente de 26 ans IGIP, mariée, étudiante et résidant en zone urbaine Dakaroise. La grossesse était suivie par une sage-femme. Elle a effectué 6 CPN avec un bilan prénatal complet. Elle est rentrée spontanément en travail à 39 SA+6 jours. L'anesthésie péridurale était installée à 3cm de dilatation. Le moment de l'installation de la péridurale et le niveau de soulagement de la douleur ont été jugés satisfaisants par la parturiente. La durée du travail était de 7H avec accouchement par voie basse d'un nouveau-né de sexe féminin pesant 3300g avec score d'Apgar à la première minute 8/10 puis 9/10 à la cinquième minute. La direction du travail n'était pas effectuée. Aucun effet secondaire ou complication n'était observé.

4. DISCUSSION

4.1. Limites de notre étude

Les limites de notre étude étaient en rapport avec :

- le type d'étude (rétrospective),
- la faiblesse de l'échantillon qui pose le problème de fiabilité des résultats de cette étude.
- les dossiers incomplètement remplis.

4.2. Profil des parturientes

Le profil de la parturiente était celui d'une paucipare (85,7%), âgée en moyenne de 29,7 ans, mariée (100%) résidant en zone urbaine (85,7%), scolarisée à un niveau supérieur (85,7%) et évoluant dans le domaine de la santé (50%).

La tranche d'âge [25-30] était la plus représentée dans notre étude (57,1) % avec un âge moyen de 29,7 ans et des extrêmes de 25 à 40 ans.

Melissa avait retrouvé des résultats comparables avec également un âge moyen de 29,7ans [17]

Plusieurs études en Afrique ont montré que la tranche d'âge 25-30 ans était la plus représentée chez les parturientes. [13, 27, 28]. Ces études avaient retrouvé que la majorité des parturientes étaient non scolarisées contrairement à nos résultats. Ce qui montrent que l'anesthésie péridurale dans notre pays n'est encore connue que par une certaine catégorie socio-professionnelle notamment celles évoluant dans le domaine de la santé, ou bien celles ayant un niveau de scolarité supérieure. Ce qui montre que l'information sanitaire par rapport à l'existence et à la disponibilité de cette technique est encore limitée. C'est le cas d'une étude faite au Togo où seulement 12% des gestantes affirmaient connaître les techniques de soulagement de la douleur au cours du travail [1].

4.3. Qualité surveillance prénatale

4.3.1. Nombre de consultation prénatale (CPN)

Dans notre série plus de 92% de nos parturientes avaient effectué au moins 4 CPN ce qui est en conformité avec les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [20]. La moyenne des CPN dans notre étude était de 4,7. Tamofa avait retrouvé des résultats similaires. En effet, dans son étude les gestantes qui avaient un niveau supérieur d'instruction avaient au moins effectué 4 CPN [28].

4.3.2. Qualifications des prestataires

La totalité des CPN (100%) avait été effectuée par un personnel qualifié avec une nette prédominance des obstétriciens: sage-femme (28,5%), obstétricien (71,5%). Diadhiou avait fait le même constat, avec des taux de 62,9% pour les obstétriciens et 27,1% pour les sages-femmes [10].

Ce taux élevé dans notre étude pourrait s'expliquer par le profil de nos parturientes qui étaient scolarisées à un niveau supérieur à 85,7% et qui dans la moitié des cas évoluées dans le domaine de la santé.

4.4. Déroulement du travail

4.4.1. Direction du travail

Dans notre série 57,1% des parturientes en travail spontané ont reçu de l'ocytocine. Ce qui est sensiblement identique avec le taux observé en France qui est de 58% en 2010 [6]. En dehors de l'utilisation fréquente de l'ocytocine pendant le travail dans notre pays, ce taux élevé pourrait s'expliquer par le fait que l'APD a tendance à rallonger la deuxième phase du travail [6].

4.4.2. Durée du travail

La durée moyenne du travail était de 7,3 heures. Elle était sensiblement égale avec celle obtenue dans la meta analyse de Sharma et al qui avait trouvé une durée moyenne du travail de 7 heures [24]. Cette durée était inférieure à celle trouvée par Melissa en 2018 en France qui était de 9,8 heures [9]. Une étude récente (2017) effectuée entre les Etats-Unis et la Chine avait montré que l'anesthésie péridurale n'entraînait pas un allongement du deuxième stade du travail [12].

4.4.3. Voie d'accouchement

Nous avons eu 85,7% d'accouchement par voie basse contre 14,2% de césarienne. Ce taux de césarienne obtenu est inférieur à la moyenne générale. Ce qui montre comme Fisher que l'APD n'augmentait pas le taux de césarienne [6].

4.4.4. Détresse respiratoire néonatale

Nous avons noté deux cas de détresse respiratoire néonatale soit 14,2% des naissances. Taux presque identique avec celui observé par Colmant en 2007 en France [9]. En effet, il avait trouvé que l'APD était associée dans 15% des cas à la survenue d'anomalie du rythme cardiaque fœtale, le plus souvent en rapport avec l'hypotension artérielle maternelle. Toutefois, nous ne pouvons affirmer

que ces souffrances notées dans notre étude seraient liées à l'APD. En effet, une évaluation du rythme cardiaque fœtal dans l'heure qui suit l'installation de l'anesthésie péridurale serait plus informative. C'est le cas de l'étude de Camille qui avait montré que l'analgésie périmédullaire peut entraîner des anomalies du RCF, parfois témoins d'une hypoxie fœtale, en rapport le plus souvent avec un bloc sympathique [5].

4.4.5. Satisfaction des parturientes

Nous avons jugé la satisfaction des parturientes par rapport au moment de la pose de l'APD, au soulagement de la douleur pendant toute la durée du travail et par rapport à l'existence d'effets secondaires ou de complications.

Aucune des parturientes n'a signalé d'effets secondaires et l'APD avait entraîné un soulagement satisfaisant de la douleur pendant toute la durée du travail chez toutes les parturientes.

Nos observations ont révélé que 02 parturientes soit 14,2% n'ont pas été satisfaites par rapport au moment de la pose de l'ADP. Aucune complication n'a été signalée. Le taux de satisfaction obtenu durant notre étude est de 85.8%. Ces résultats sont comparables avec ceux de Dickinson qui avait trouvé un taux de succès et de satisfaction maternelle qui se confondent aux alentours de 90% [11]. Ce taux de succès satisfaisant est le témoin d'une certaine maîtrise dans la technique et la conduite des procédures.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'APD est de nos jours la méthode la plus efficace pour le soulagement de la douleur au cours du travail. Bien que sa pratique soit très répandue dans les pays développés, elle demeure un luxe dans les pays comme le Sénégal où elle est quasi inexistante dans les structures médicales publiques. Ainsi une évaluation de cette pratique s'imposait au sein de la seule structure médicale publique du pays où cette offre était disponible à savoir la clinique gynécologique et obstétricale du centre hospitalier Aristide Le Dantec. C'est ce qui a motivé notre étude qui avait comme principal objectif d'évaluer les pratiques et d'une manière spécifique de déterminer la satisfaction des parturientes par rapport au moment de la pose de l'APD et le soulagement de la douleur pendant toute la durée du travail, de déterminer l'impact de l'APD sur la durée du travail et le mode d'accouchement et enfin l'existence de complications maternelles et néonatales.

Pour ce faire, nous avons effectué une étude rétrospective analytique et descriptive allant du 01 mars 2018 au 01 mars 2020.

Durant cette période, nous avons répertorié 14 dossiers d'accouchement sous anesthésie péridurale sur une période de 24 mois ce qui fait une moyenne de 1,7 accouchement sous anesthésie péridurale par mois. Le nombre total d'accouchement était de 3160 ce qui fait une fréquence de 0,4%.

Nos résultats ont permis de dresser le profil épidémiologique suivant : il s'agit le plus souvent de parturientes âgées en moyenne de 29,7 ans paucipares (85,7%) scolarisées à un niveau supérieur (85,7%), évoluant dans le domaine de la santé (50%) mariée (100%) et résidant en zone urbaine Dakaroise (85,7%). Elles étaient toutes suivies par un personnel qualifié obstétriciens dans 78,5% et sages-femmes dans 21,5% des cas.

Dans notre série 92,8% des parturientes avaient effectué plus de 4 CPN avec un bilan prénatal complet à 64,2% et 57,1% des parturientes avaient bénéficié d'une perfusion d'ocytocine au cours du travail. Les accouchements par voie basse représentaient 85,7% contre 14,3% de césarienne.

Nos résultats ont montré que 14,2% des parturientes avaient estimé que le moment de l'installation de l'anesthésie péridurale était tardif. Deux cas de détresse respiratoire à la naissance avait été retrouvé soit 14,2%.

La péridurale avait entraîné un soulagement satisfaisant de la douleur chez toutes les parturientes pendant toute la durée du travail.

Aucun effet secondaire ou complications n'a été signalé par les parturientes.

Un taux de satisfaction de 85,8% a été retrouvé.

Nos résultats ont montré que l'APD ne modifiait ni la durée du travail ni le pronostic de l'accouchement. Un taux de satisfaction à 85,8% associé à l'absence de complications materno-fœtales sont en faveur d'une bonne efficacité dans la pratique de l'anesthésie péridurale au niveau de la clinique gynécologique et obstétricale du Centre Hospitalier National Aristide Le Dantec.

Recommandations

❖ A l'endroit du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale du Sénégal

- Doter les structures de personnels et d'équipements nécessaires pour vulgariser la pratique de l'anesthésie péridurale au Sénégal afin que ça ne soit plus un luxe mais un droit pour les parturientes qui le désirent ;
- Sensibiliser la population sur les moyens de soulagement de la douleur pendant le travail.

❖ A l'endroit des prestataires

- Promouvoir l'accouchement sous anesthésie péridurale durant les CPN,
- Ne plus se limiter aux indications médicales mais les étendre aux indications de convenances pour le soulagement de nos parturientes,
- Les informations liées à la prise en charge anesthésique doivent être systématiquement consignées dans les dossiers d'observation obstétricale (évaluation de la douleur avant l'installation de l'anesthésie péridurale, technique, produits et doses utilisés, existence d'effets secondaires ou de complications, le niveau de soulagement de la douleur après l'installation de l'APD),
- Etablir un protocole de prise en charge pour uniformiser les pratiques tant du côté des anesthésistes que du côté de la surveillance obstétricale.

❖ A l'endroit de la communauté

Effectuer des consultations prénatales de qualité et avoir recours à l'accouchement assisté par un personnel qualifié au sein des structures sanitaires.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **A.F. Ouro-Bang'na Maman, N. Agbetra, M.A. Djibril, et al.**
Niveau de connaissance et acceptabilité de l'analgésie péridurale : enquête auprès des femmes au Togo. Med Trop. 2007 ;67 :159-162
2. **Adam F, Bonnet F.**
Traité d'anesthésie générale :Techniques de blocs centraux chez l'adulte. In Dalens B. Paris, 2003 ; 1135-59.
3. **Arnaout.L, Ghiglione.S, Figueiredo. S, MignonA.**
Conséquences fœtales des techniques d'anesthésie au cours du travail ; aspects pratiques et réglementaires de l'enregistrement du RCF au cours des analgésies périmédullaires. La revue sage-femme 2008 Jul 03 ;7 (3) : p155-165.
4. **Bessac B, Levy R, Chauvin M.**
Paraplegie apres rachianesthésie.
Ann FrAnesth Reanim. 1992; 11(2) : p218-20.
5. **Camille Lajarige.**
Consequences obstetricales et neonatales de la dystocie de demarrage. Etude de deux therapeutiques : Nabuphine versus analgesie peridurale precoce, gynécologie obstétrique, mémoire pour diplôme d'état de sage-femme, Paris : université Paris Descartes, ecole de sage-femme Baudelocque ;2011. N°2011PA05MA22. p49.
6. **C Fisher.**
Recommandations pour l'administration d'ocytocine au cours du travail spontané. Chapitre 7 : analgésie péridurale et utilisation de l'oxytocine au cours du travail. La revue sage-femme 2017 ; 16 (1) : pages 97-110.
7. **Charlotte Nosley.**
Travail sous analgésie péridurale : représentation et réalités. Gynécologie et obstétrique. Mémoire pour diplôme d'état de sage-femme, Paris, université Paris Descartes, école de sage-femme Baudelocque ; 2017.N°2017PA05MA22. p71.

8. C.N.G.O.F ; quoi de neuf en analgésie péridurale ?

Extrait des mises à jour en gynécologie obstétrique tome XXII .paris,
publié le 02.12.1998,
disponible sur http://www.cngof.asso.fr/d_livres/1998_GO_247_fischer.pdf
Consulté le 16/06/2020.

9. Colmant C.

Anomalies du rythme cardiaque fœtal et analgésie péridurale du travail
obstétrical.

Thèse médecine, université Pierre et Marie curie,Paris, 2007,N°
07PA06S043, p81.

10. DiadhiouM., Moreira P., Faye DiemeM.E.et al.

Epidémiologie et pronostic obstétrical des utérus cicatriciels en milieu
africain.

Journal de la SAGO 2007 ;8 (1) :23-28.

11. Dickinson JE, Paech MJ, Evans SF.

Maternal satisfaction with childbirth and intrapartum analgesia in
nulliparous labour. Aust N Z J Obstet Gynaecol.2003 ;43 :463-8.

12.. Shen X, Li Y et al.

Epidural Analgesia During the Second Stage of Labor. A Randomized
Controlled Trial Hess PE. Obstet Gynecol. 2017; 130: 1097-1103.

13. Kassambara M.

Evaluation d'un centre de santé maternelle et infantile en milieu urbain
appliqué à la commune VI du District de Bamako.

Thèse médecine, Bamako, 1989, N°15, p179.

14. Lansac J, Berger C, Perrotin F, Marret H.

Conduite à tenir vis-à-vis d'une femme qui a accouché d'une manière
imprévue à domicile. In obstétrique pour le praticien
4è édition,Paris : Masson ; 1997. P :333-352

15. Lansac J, Body G, Perrotin F, Marret H.

Accouchement normal en présentation du sommet.

In Pratique de l'accouchement Paris : Masson ; 2001, P.53-72.

16. Lansac,J, Marret H, Oury J F.

Physiologie de la grossesse et du travail.

In Pratique de l'accouchement, Paris :Masson ; 2006 ; p16-67.

17. Melissa Druon.

Etude de l'analgésie péridurale (APD) précédant le travail dans la maternité des hopitaux du Léman (Thonon).

Gynécologie et obstétrique, mémoire pour diplôme d'état de sage-femme, Grenoble Alpes, UFR Médecine, département Maieutique,2018. dumas-N°01878916.

18. Merger R, Levy J, Melchior J.

Précis d'obstétrique : accouchement normal.

6è édition, Paris : Masson ; 2008, p :135-154, p : 597

19. MoniqueBerl, Laurence Dubois-Gozlan, Phillip Dailland, Haithem Jaber, Julien La Rosa, EricVantalon :

Protocoles d'anesthésie-réanimation obstétricale, 2^{ième} édition Arnette, 2011, Chapitre 13p179.

20. Organisation Mondiale de la Santé.

La prévention des anomalies dans la durée du travail : guide pratique.

Le partogramme. Parto 2 : Manuel de l'utilisateur, Geneve, 1994 ;35 :25-27.

21. Provost.D.

Comment je fais une analgésie péridurale en cours de travail. Gynecol Obstet Fertil. 2007 ;35 :(7-8) p686-687.

22. Schaal JP, Riethmuller D et al.

Conduite à tenir au cours du travail et de l'accouchement.

Encycl Med Chir - Obstétrique 1998 :5-49 [article 5-017-K 1992].

23. Segal S, Su M, Gilbert P.

The effect of a rapid change in available of epidural analgesia on the cesarean delivery rate : a meta-analysis.

Am J Obstet Gynecol 2000; 183 : 974-82.

24. Sharma SK, McIntire DD, Wiley J, Leveno KJ.

Labor analgesia and cesarean delivery : an individual patient meta-analysis of nullipar – ous women.

Anesthesiology 2004 ;100 :142-8.

25. Sng BL 1, Leong WL et al.

Initiation prématurée et tardive de l'analgésie péridurale pour le travail.

PubMed COCHRANE Database Syst Rev 2014.

26. Société Française d'Anesthésie Réanimation.

Les blocs périmédullaires chez l'adulte.Recommandation pour la pratique clinique . Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, 2007 ; 26 : p730-734

27. Soh A P.

Evaluation de la qualité de la prise en charge de l'accouchement selon les directives de l'OMS dans 5 maternités de Dakar (Sénégal)

Thèse médecine, Dakar, 2016, N°29, p110.

28. Tamofe E B T.

Suivi prénatal des grossesses sur utérus cicatriciel en milieu Dakarois : étude prospective de 388 cas à la maternité du centre de santé Roi Baudoin (Guédiawaye)

Thèse médecine, Dakar, 2011, N°10, p183.

29. Thierrin L, Benhamou D.

Il n'existe plus de contre-indications à l'anesthésie péridurale en obstétrique, Gynecol Obstet Fertil.2004 ;32 :444-6.

ANNEXES

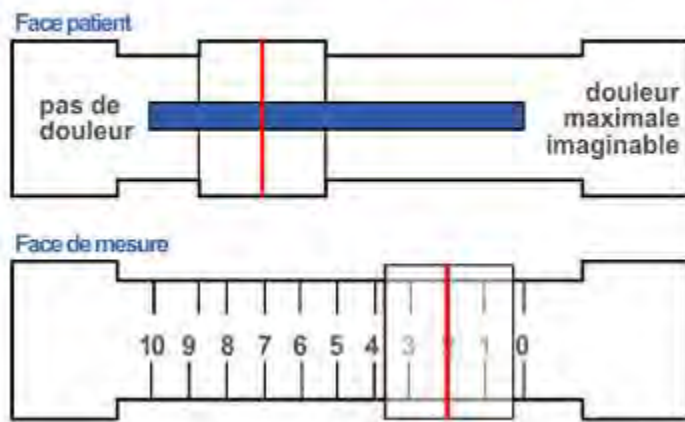
Tableau récapitulatif du suivi prénatal et du déroulement de l'accouchement des parturientes sous anesthésie péridurale à la CGO.

	CPN	Suivie par	Bilan prénatal	Durée travail	Direction du travail	Présentation	accouchement	Effets indésirables
Patiente1	6	Obstétricien	complet	13h	Non effectuée	Sommet	Accouchement voie basse	absents
Patiente 2	4	Obstétricien	complet	15h	effectuée	Sommet	Accouchement voie basse	absents
Patiente 3	4	Obstétricien	complet	07h	effectuée	Sommet	Accouchement voie basse	absents
Patiente 4	5	Obstétricien	complet	07h	effectuée	Sommet	Accouchement voie basse	absents
Patiente 5	4	Obstétricien	complet	07h	Non effectuée	Sommet	Accouchement voie basse	absents
Patiente 6	5	Obstétricien	incomplet	2h	Non effectuée	Sommet	Accouchement voie basse	absents
Patiente 7	5	Obstétricien	complet	5h	Non effectuée	Sommet	Accouchement voie basse	absents
Patiente 8	3	Obstétricien	incomplet	6h	Non effectuée	Sommet	Accouchement voie basse	absents
Patiente 9	4	Sage-femme	incomplet	7h	effectuée	Sommet	Accouchement voie basse	absents
Patiente10	4	Sage-femme	incomplet	7h	Non effectuée	Sommet	Accouchement voie basse	absents
Patiente11	4	Sage-femme	complet	9h	effectuée	Sommet	Accouchement voie basse	absents
Patiente12	4	Sage-femme	incomplet	6h	Non effectuée	Sommet	Césarienne	absents
Patiente13	6	Obstétricien	complet	6h	Non effectué	Sommet	Césarienne	absents
Patiente14	6	Obstétricien	complet	7h	effectuée	Sommet	Accouchement voie basse	absents

Tableau récapitulatif des caractéristiques sociodémographiques et de la satisfaction des parturientes sous anesthésie péridurale à la CGO.

	Age	Profession	Gestité	Parité	Péridurale installée au moment souhaité	Soulagement de la douleur Tout au long du travail
Patiente 1	25	Médecin	2	2	oui	oui
Patiente 2	33	Commerçante	2	2	oui	oui
Patiente 3	26	Médecin	1	1	oui	oui
Patiente 4	28	Médecin	2	2	oui	oui
Patiente 5	40	Communication	5	5	non	oui
Patiente 6	26	Maquilleuse	2	2	non	oui
Patiente 7	26	Médecin	2	2	oui	oui
Patiente 8	32	Pharmacienne	2	1	oui	oui
Patiente 9	32	Etudiante (en médecine)	1	1	oui	oui
Patiente 10	26	Emigré	1	1	oui	oui
Patiente 11	27	Femme au foyer	1	1	oui	oui
Patiente 12	30	Etudiante	3	3	oui	oui
Patiente 13	40	Etudiante	1	1	oui	oui
Patiente 14	26	Médecin	1	1	oui	oui

Échelle visuelle analogique (EVA)



Echelle verbale simple (EVS)

0	1	2	3	4
Absente	Faible	Modérée	Intense	Extrêmement intense

**ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE SOUS ANESTHESIE PERIDURALE EN MILIEU
HOSPITALIER AFRICAIN : EXPERIENCE DE LA CLINIQUE GYNECOLOGIQUE
ET OBSTETRICALE DE L'HOPITAL ARISTIDE LE DANTEC.**

Résumé

Objectif : d'une manière générale évaluer les pratiques et d'une manière spécifique déterminer la satisfaction des parturientes, l'existence de complications et l'impact sur la durée du travail et le mode d'accouchement.

Matériels et méthode : nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive et analytique allant du 01 mars 2018 au 01 mars 2020. Les données ont été collectées à partir des dossiers d'observation des parturientes. Nous rapportons les observations faites sur 14 cas d'accouchement sous anesthésie péridurale..

Résultats : nous avons enregistré 14 dossiers d'accouchement sous anesthésie péridurale. Nous avons eu 12 cas d'accouchement par voie basse soit 85,7% contre 02 cas de césarienne soit 14,2%.

L'âge moyen des parturientes étaient de 29,7 ans. Elles étaient paucipares dans 85,7% des cas et étaient toutes mariées. Elles résidaient en zone urbaine dans 85,7% des cas, scolarisées à un niveau supérieur à un taux de 85,7% et 50% d'entre elles évoluaient dans le domaine de la santé. Plus de 92% des parturientes avaient effectuées au moins 4 CPN. Elles étaient suivies pour la totalité par un personnel qualifié avec 71,5% d'obstétriciens et 27,1% de sages-femmes. Une direction du travail avec perfusion d'ocytocine avait été observée dans 57,1% des cas. La durée moyenne du travail était de 7,3 heures. Nous avons observé 02 cas de détresse respiratoire néonatale soit 14,2% Deux parturientes soit 14.2% n'ont pas été satisfaites par rapport au moment de l'installation de l'anesthésie péridurale. Aucun effet secondaire ou complication n'a été signalé. Ainsi, nous avons eu un taux de satisfaction de 85,8% des parturientes.

Conclusion : nos résultats sont en faveur d'une bonne efficacité dans la pratique de l'anesthésie péridurale à la clinique gynécologique et obstétricale de l'hôpital Aristide Le dantec.

Mots clés : Accouchement, Péridurale, Clinique Gynécologique et Obstétricale.