

La césarienne à vif : parlons-en !

The Living Caesarean: Let's Talk about It!

D. Benhamou · F. Mercier

© Lavoisier SAS 2016

Le texte ouvrant ce numéro [1], et qui a été le point de départ des articles qui suivent, fait mal aux professionnels qui le lisent ! Certains pourraient même se dire que l'on nous raconte des histoires, que cela ne peut arriver, surtout en ces temps où la médecine est si efficace et où le traitement de la douleur prend une telle place. Pourtant, il faut le reconnaître, chacun ou presque, parmi les professionnels de santé travaillant en obstétrique, a vécu ou a entendu parler de telles situations. Elles existent bien, et c'est la raison pour laquelle ce numéro consacré à la césarienne et à la douleur de cette intervention est totalement justifié.

Fort heureusement, le ressenti de la douleur est exceptionnellement de l'intensité que l'on nous décrit ici. Ce n'est en aucune manière un motif pour négliger l'existence de ce phénomène, mais il nous faut le replacer dans son contexte, en analyser les motifs et essayer de modifier les pratiques pour que de telles douleurs extrêmes soient, très bientôt, considérées comme une situation d'une autre époque.

La douleur au cours de la césarienne n'est heureusement le plus souvent pas aussi intense que celle décrite dans le texte de Moulin [1]. Il peut s'agir de sensations non douloureuses mais surprenantes et inquiétantes, car inconnues et inattendues, laissant imaginer qu'elles vont (ou peuvent) s'intensifier et devenir un véritable phénomène douloureux. Dans l'immense majorité des cas où une douleur est perçue, elle est modérée ou faible, transitoire et prise en charge. L'anesthésiste-réanimateur dispose de différentes stratégies thérapeutiques pour faire cesser ou tout du moins amoindrir la douleur si celle-ci est survenue malgré ce qui a déjà été fait. Exceptionnelles sont les situations de césarienne « à vif », et tous les professionnels de santé doivent s'opposer à leur survenue et ne pas les accepter, quel qu'en soit le

motif. Rien ne peut justifier une telle situation, et l'acceptation de cette situation traduit une incompréhension de l'anesthésie obstétricale et un manque préoccupant d'empathie.

Souvent, l'urgence extrême est l'excuse, mais aucune stratégie de prise en charge ne peut admettre qu'un tel phénomène extrême devienne un effet indésirable acceptable. Aucune étude n'a pu démontrer que l'impératif de sécurité (maternel ou surtout fœtal) justifie une telle horreur. Chez nos collègues anglosaxons, la règle classique est que le délai décision-extraction soit inférieur à 30 minutes en cas de césarienne « urgente » [2]. En France, aucune limite de temps n'a émergé des textes professionnels, réglementaires ou des conclusions médicojudiciaires. Cependant, l'impératif de sécurité (fœtal surtout) ne doit jamais exclure la mère de la décision et du choix thérapeutique. Scientifiquement, il n'existe aucune preuve montrant que retarder l'incision de quelques minutes engage le pronostic vital de façon péjorative et justifie l'incision à vif. Bien au contraire, Huissoud et al. ont montré qu'en fonction des organisations obstétricales et du type de centre périnatal (obstétricien sur place ou non notamment) le délai entre l'indication et la réalisation d'une césarienne très urgente peut varier entre 13 et 35 minutes sans que le pronostic néonatal en soit globalement modifié [3]. Ces données ont été validées par de nombreuses autres études [4–6]. Dans l'esprit de nombreux obstétriciens, chaque minute compte, et perdre du temps engage un peu plus le pronostic néonatal. Pourtant, débiter (ou poursuivre) l'acte chirurgical en présence d'une douleur maternelle indique que l'obstétricien(ne) agit en privilégiant le nouveau-né au détriment de la mère, sans améliorer le plus souvent le pronostic néonatal. Comme indiqué plus haut, ce choix est en général inutile, et l'urgence, quelle qu'en soit sa modalité, ne doit pas conduire à choisir une telle priorité. Souvent, l'expérience de l'obstétricien(ne) est la clé de la sérénité soit grâce à l'anticipation (l'intervention décidée un peu plus tôt permet de minimiser le stress de l'équipe et d'éviter la douleur), soit par la connaissance du lien faible entre pronostic néonatal et délai d'extraction.

L'exemple qui nous est donné (dans le texte de Moulin [1]), celui d'une extraction considérée comme tellement

D. Benhamou (✉)

Département d'anesthésie-réanimation, faculté de médecine Paris-Sud, hôpital Bicêtre, 78 rue du Général Leclerc, F-94270 Le Kremlin-Bicêtre
e-mail : dan.benhamou@aphp.fr

F. Mercier

Département d'anesthésie-réanimation, faculté de médecine Paris-Sud, hôpital Antoine-Béclère, France

urgente en raison d'une hémorragie de Benkiser, pourrait laisser croire à l'existence d'exceptions, compte tenu du caractère réellement urgent (en termes de pronostic néonatal) en cas de rupture de vasa praevia. Cela conduit à oublier que l'échographie permet un diagnostic avant l'accouchement dans plus de 92 % des cas [7], permettant de se préparer et d'anticiper. Dans le cas où cette hémorragie surviendrait sans avoir été prévue (par exemple chez une patiente non suivie), l'induction d'une anesthésie générale en urgence doit permettre d'éviter le ressenti de la douleur pendant l'intervention, à condition de bien connaître les caractéristiques de l'anesthésie générale urgente chez la femme enceinte.

L'attitude de l'anesthésiste-réanimateur doit aussi être analysée. Il (elle) ne doit pas accepter que l'acte se poursuive si la maman souffre et doit imposer l'arrêt de la procédure si c'est nécessaire, le temps de mettre en place les actions nécessaires pour faire cesser cette douleur insupportable. Il (elle) ne doit pas céder à l'urgence, voire à l'attitude de panique que l'on peut rencontrer en de telles circonstances. L'anesthésiste-réanimateur ne doit pas considérer une douleur comme acceptable ou supportable. Prendre en compte toute douleur en cours d'intervention est indispensable. Il ne faut plus entendre : « *Madame, ne vous inquiétez pas, c'est normal... cela ne va durer que quelques instants...* ». Accompagner la patiente par des mots rassurants, montrer notre présence, prévenir d'emblée que la patiente peut percevoir des sensations, tout cela est du domaine de la prise en charge humaine et possible sans compromettre la sécurité.

Il est vrai cependant que les possibilités pharmacologiques sont limitées, notamment en cas (le plus fréquent) de césarienne réalisée avec une anesthésie périmédullaire (rachianesthésie ou péridurale). L'inquiétude qui étirent l'anesthésiste-réanimateur lorsqu'il s'agit d'adjoindre une sédation est légitime, car celle-ci peut conduire à une perte des réflexes de protection des voies aériennes et expose au risque d'inhalation, voire de décès, notamment en cas de césarienne urgente. La surveillance, l'anticipation sont des moyens qui permettent d'éviter de se trouver ensuite dans une situation médicalement inconfortable et insoutenable pour la mère. Il s'agit donc de ne pas accepter une situation douloureuse qui persiste et prendre la décision de réaliser une vraie anesthésie générale. Dans certains cas, l'administration d'une dose complémentaire dans le cathéter péridural peut en quelques minutes soulager la douleur. Encore faut-il faire patienter le temps que le produit agisse et donner la dose nécessaire pour que le soulagement survienne. Pourtant, nombreux sont les cas où l'anesthésiste-réanimateur, craignant plus de voir survenir une hypotension que la douleur maternelle, choisit d'injecter initialement une dose réduite d'anesthésique local et risque ainsi de se trouver confronté à une insuffisance analgésique. Il est pourtant plus facile de gérer une hypotension qu'un échec d'anesthésie...

N'oublions pas cependant (et contrairement à ce que laisse entendre le texte de Moulin [1]) que l'anesthésie générale ne protège pas complètement de la sensation de douleur. D'une façon générale et encore plus dans le cadre de la césarienne [8], l'anesthésie peut être suffisamment « légère » pour laisser filtrer les sensations, voire la douleur. Le degré ultime de mémorisation peranesthésique dans l'échelle du Michigan (c'est-à-dire classe 5 : paralysie et douleur) [9] est le ressenti de la douleur, et la mémorisation peut conduire à un véritable syndrome post-traumatique [10]. L'anesthésie générale ne protège pas complètement de sa survenue et n'exclut donc pas de se préoccuper de la douleur peropératoire. Alors que nous nous préoccupons plus aujourd'hui qu'hier de ce risque de mémorisation, les principes mêmes de la technique de l'anesthésie générale pour césarienne font l'objet de questions, et la recherche clinique devra nous faire progresser pour en améliorer la qualité [11].

Faire disparaître cette attitude permissive de l'obstétricien (ne) ou de l'anesthésiste-réanimateur nécessite de modifier la culture des soignants vers une pratique centrée sur la patiente, ses attentes, ses sensations, au cours de laquelle la prévention d'un événement indésirable est une priorité. Cette attitude doit se traduire à la fois par des changements organisationnels et des parcours de soins ainsi que par une amélioration des pratiques professionnelles et une augmentation des compétences. Plus encore, le changement ne peut venir que d'un engagement des praticiens dans leur vie de tous les jours [12].

Oser parler de ces événements rares mais dramatiques est une façon de sensibiliser les soignants à ce besoin de changement. Alors, parlons-en.

Références

1. Moulin G (2016) Douleurs et césariennes : l'inattendu. *Doul Analg* 29:64-6
2. Schauburger CW, Rooney BL, Beguin EA, et al (1994) Evaluating the 30 minutes interval in emergency cesarean sections. *J Am Coll Surg* 179:151-5
3. Huissoud C, Dupont C, Canoui-Poitrine F, et al (2010) Decision-to-delivery interval for emergency caesareans in the Aurore perinatal network. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 149:159-64
4. Lurie S, Sulema V, Kohen-Sacher B, et al (2004) The decision to delivery interval in emergency and non-urgent cesarean sections. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 113:182-5
5. Hillemanns P, Strauss A, Hasbargen U, et al (2005) Crash emergency cesarean section: decision-to-delivery interval under 30 minutes and its effect on Apgar and umbilical artery pH. *Arch Gynecol Obstet* 273:161-5
6. Pearson GA, Kelly B, Russell R, et al (2011) Target decision to delivery intervals for emergency caesarean section based on neonatal outcomes and three year follow-up. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 159:276-81
7. Paret L, Favre N, Vayssière C, et al (2015) Cas clinique : diagnostic et prise en charge d'un vasa praevia. Comment prévenir

- l'hémorragie de Benckiser. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 44:891-4
8. Bogod D, Plaat F (2015) Be wary of awareness — lessons from NAP5 for obstetric anaesthetists. *Int J Obstet Anesth* 24:1-4
 9. Mashour GA, Esaki RK, Tremper KK, et al (2010) A novel classification instrument for intraoperative awareness events. *Anesth Analg* 110:813-5
 10. Kent CD, Mashour GA, Metzger NA, et al (2013) Psychological impact of unexpected explicit recall of events occurring during surgery performed under sedation, regional anaesthesia, and general anaesthesia: data from the Anesthesia Awareness Registry. *Br J Anaesth* 110:381-7
 11. Lucas DN, Yentis SM (2015) Unsettled weather and the end for thiopental? Obstetric general anaesthesia after the NAP5 and MBRRACE-UK reports. *Anaesthesia* 70:375-92
 12. Liberati EG, Gorli M, Moja L, et al (2015) Exploring the practice of patient centered care: the role of ethnography and reflexivity. *Soc Sci Med* 133:45-52