

La douleur en périnatalité

J.-L. Chabernaud · C. Donner · J. Wendland · C. Chanal

© Lavoisier SAS 2021

Ce numéro a pour ambition d'aborder la problématique de la douleur en périnatalité ; chez le fœtus, chez la femme enceinte (au cours de la grossesse ou du travail) et chez le nouveau-né, avec un regard nouveau, éclairé par les recherches récentes et la pratique clinique.

Ce n'est que depuis la fin du xx^e siècle, et surtout les 20 premières années du XXI^e, que les professionnels de la périnatalité, mais aussi nos sociétés, remettant en cause leur déni collectif, ont accepté la réalité de l'existence de la douleur du nouveau-né, en particulier du prématuré. En effet, c'est à la fin des années 1980 qu'Anand et al. ont démontré que les voies de la douleur étaient présentes dès 23 semaines d'aménorrhée (SA) et que la sensibilité douloureuse était plus marquée chez le nouveau-né prématuré [1,2]. À partir de cette période, les nouveau-nés prématurés relevant d'une intervention chirurgicale pour ligature du canal artériel,

jusqu'à là réalisée avec un protocole d'anesthésie générale ne comportant pas d'antalgiques, ont enfin systématiquement reçu des antalgiques morphiniques par voie veineuse [3,4].

Au cours de ces dernières décennies, la prévention et la réduction du nombre des gestes douloureux répétés chez les nouveau-nés hospitalisés, l'évaluation par des échelles spécifiques, la prise en charge par des méthodes non pharmacologiques et pharmacologiques de l'inconfort et de la douleur en périnatalogie ont formidablement progressé [5]. En 2001, puis en 2006, les sociétés savantes impliquées dans la prise en charge des nouveau-nés ont publié dans plusieurs pays des recommandations spécifiques pour la prévention et la prise en charge de la douleur néonatale [6,7]. Cependant, les études évaluant les pratiques cliniques dans les unités néonatales de réanimation et de soins intensifs ont montré qu'ils existaient d'importantes différences entre les connaissances théoriques et la réalité des actes effectués chez les nouveau-nés par les équipes médicales et soignantes [8,9].

Dans le premier article, intitulé « Et si, on commençait bien ? » de Sophie Coppens et al., du service de néonatalogie de l'hôpital Erasme (Université Libre de Bruxelles), les auteurs rapportent les interventions qui ont lieu au cours du colloque *Douleur néonatale* du 9 février 2021 (5^e congrès) à l'hôpital Erasme de Bruxelles. Cette journée était consacrée aux différents aspects de la douleur périnatale, ainsi qu'à la prévention et à l'utilisation des méthodes moins invasives et/ou douloureuses. L'article résume les thèmes abordés par de nombreux spécialistes de la périnatalité venus de Belgique, France et Norvège qui ont été invités à partager leurs expériences lors de cette journée.

Catherine Donner, obstétricienne à l'hôpital Erasme (Université Libre de Bruxelles), traite dans le deuxième article d'un sujet peu souvent abordé et qui fait l'objet de nombreuses questions et/ou controverses, celui de la douleur fœtale. Elle y rappelle d'emblée que les définitions classiques de la douleur ne peuvent pas être appliquées au fœtus et que stress ne veut pas dire douleur. Elle confirme que, lors d'une stimulation nociceptive, les modifications hémodynamiques et hormonales qui surviennent à un stade critique du développement du système nerveux central pourraient entraîner des conséquences immédiates, mais peut-être

J.-L. Chabernaud (✉)

Smur pédiatrique, service de pédiatrie et réanimation néonatales, AP-HP, université Paris Saclay, hôpital Antoine-Béclère, 157, rue de la Porte-de-Trivaux, F-92141 Clamart cedex, France
e-mail : jean-louis.chabernaud-ext@aphp.fr

C. Donner (✉)

Service de gynécologie-obstétrique, clinique d'échographie et de médecine fœtale, hôpital Erasme, université Libre de Bruxelles, route de Lennik, 808, B-1070 Bruxelles, Belgique
e-mail : catherine.donner@ulb.be

J. Wendland (✉)

Laboratoire de psychopathologie et processus de santé, université de Paris, 71, avenue Édouard-Vaillant, F-92774 Boulogne-Billancourt, France
e-mail : jaqueline.wendland@u-paris.fr

Unité petite enfance et parentalité Vivaldi, hôpital Pitié-Salpêtrière, 75651 Paris cedex 13, France

C. Chanal (✉)

Service de gynécologie-obstétrique, pôle de la mère et de l'enfant, CHU Arnaud-de-Villeneuve, 371, avenue du Doyen-Gaston-Giraud, F-34295 Montpellier cedex 05, France
e-mail : c-chanal@chu-montpellier.fr

également à long terme, et qu'une analgésie fœtale ponctuelle avec des morphiniques est indiquée et ne semble présenter aucun danger.

Anne Evrard (Lyon), du CIANE, insiste, dans le troisième article, sur le fait que les récits d'accouchement montrent régulièrement un décalage entre le vécu de la douleur par les femmes, les couples et les réponses des soignants. Elle y explique comment les représentations et projections de ces derniers peuvent influencer sur le ressenti même de la douleur chez les femmes, mais aussi sur la confiance des parents en l'équipe médicale, leur sécurité et leur image personnelle.

Jacques Dubourdiou, médecin anesthésiste dans le pôle femme-mère-enfant, au sein du département d'anesthésie-réanimation au CHU Arnaud-de-Villeneuve de Montpellier, fait le bilan de 15 années d'expérience d'un accompagnement pluridisciplinaire, au sein d'une consultation spécifique dédiée, des patientes présentant une anxiété majeure et/ou un antécédent de vécu traumatique d'un accouchement. Cette consultation spécifique, qui utilise l'hypnose conversationnelle comme outil de communication, a deux objectifs : intégrer la consultation de façon cohérente au sein de l'accompagnement pluridisciplinaire propre à ces patientes et aborder leur vécu émotionnel dans un cadre sécurisé pour elles, mais aussi le praticien.

En France, depuis les années 2000, une naissance sur cinq est réalisée par césarienne. L'insuffisance d'analgésie pendant la césarienne sous anesthésie périmédullaire (rachianesthésie, péridurale ou rachipéricombinée) peut être à l'origine de souffrances physiques et psychiques aux conséquences potentiellement graves, comme l'état de stress post-traumatique. Un groupe d'experts multi- et pluriprofessionnel, dont Hawa Keita-Meyer (Necker, Paris) a fait partie, composé d'anesthésistes, de sages-femmes, d'obstétriciens, de néonatalogistes, de psychiatres, d'infirmiers-anesthésistes, de juristes et usagères, a établi 23 recommandations afin de sensibiliser et d'accompagner les équipes pour la prévention, la reconnaissance et le traitement de la douleur pendant la césarienne sous anesthésie périmédullaire. Elle nous expose les règles de bonnes pratiques établies pour l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge des femmes césarisées sous anesthésie périmédullaire, afin de prévenir, reconnaître, traiter et suivre celles qui présentent une insuffisance d'analgésie.

Stéphanie Catsaros (HAD Hopedom à Lille) et Jaqueline Wendland (Laboratoire de psychopathologie et processus de santé, université de Paris, Boulogne-Billancourt) ont rédigé dans leur article une synthèse des applications de l'hypnose (hypnoanalgésie et hypnothérapie) en périnatalité et effectué un état des lieux de la recherche récente dans ce domaine.

Chloé Devos (Hôpital de la Croix-Rousse, hospices civils de Lyon) a effectué une étude qualitative, comparative contrôlée par témoin, au sein de 25 maternités françaises d'un même territoire (Réseau Aurore). Le but de cette étude

était d'étudier le vécu des mères insatisfaites de la prise en charge en salle de naissance en le comparant avec celui de mères satisfaites, à partir des données recueillies par évocations hiérarchisées dans l'étude du vécu de l'accouchement (EVA). Le sous-thème de la peur a été significativement plus évoqué par le groupe de mères insatisfaites que par le groupe témoin. En revanche, pour le sous-thème de la douleur, aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes. Porter plus d'attention à la réassurance des mères en salle de naissance et identifier les mères inquiètes en cours de grossesse et/ou au moment de l'accouchement sont les deux priorités mises en évidence pour les soignants.

La réalisation d'actes douloureux chez le nouveau-né est d'autant plus fréquente que celui-ci est prématuré ou que sa situation clinique est altérée. La prise en charge de la douleur est indispensable afin de prévenir les conséquences délétères qui lui sont propres. Pour effectuer une analgésie-sédation, la voie d'administration intraveineuse est celle qui est la plus efficace et qui a le délai d'action le plus court. Cependant, l'obtention rapide d'un abord veineux ne semble pas justifiée ou est parfois impossible, en particulier en salle de naissance. Dans son article, Julien Baleine, pédiatre néonatalogiste au CHU de Montpellier, aborde les avantages de la voie intranasale ainsi que les différents médicaments sédatifs et/ou analgésiques utilisables par cette voie en néonatalogie.

Enfin, comme l'explique Jean-Louis Chabernaud (Réanimation néonatale et Smur pédiatrique hôpital A.-Béclère de Clamart, AP-HP, université Paris Saclay), chez le nouveau-né prématuré présentant une pathologie respiratoire de type maladie des membranes hyalines, une prémédication médicamenteuse s'avère aujourd'hui indispensable avant la mise en place d'une procédure d'administration peu invasive du surfactant exogène, comme la méthode *less invasive surfactant administration* (LISA), aujourd'hui recommandée dans cette population fragile. Cette sédation-analgésie permet de réduire l'inconfort et la douleur liés à la laryngoscopie au cours de ce geste et d'en augmenter le taux de réussite. Le propofol et la kétamine sont les deux médicaments qui présentent la meilleure efficacité pour la sédation et les mieux tolérés. Il est également possible d'utiliser, à visée analgésique, un opioïde de synthèse comme le rémifentanyl.

Nous espérons avec ce numéro thématique avoir ouvert la discussion. Vos réactions et vos retours seront les bienvenus !

Références

1. Anand KJ, Brown MJ, Causon RC, et al (1985) Can the human neonate mount an endocrine and metabolic response to surgery? *J Pediatr Surg* 20:41-8
2. Anand KJ, Hickey PR (1987) Pain and its effects in the human neonate and fetus. *N Engl J Med* 317:1321-9

3. Wesson SC (1982) Ligation of the ductus arteriosus: anesthesia management of the tiny premature infant. *Aana J* 50:579–82
4. Anand KJ, Sippell WG, Aynsley-Green A (1987) Randomised trial of fentanyl anaesthesia in preterm babies undergoing surgery: effects on the stress response. *Lancet* 1:243–8
5. Franck LS (1987) A national survey of the assessment and treatment of pain and agitation in the neonatal intensive care unit. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 16:387–93
6. Anand KJS, International Evidence-Based Group for Neonatal Pain (2001) Consensus statement for the prevention and management of pain in the newborn. *Arch Pediatr Adolesc Med* 155: 173–80
7. Batton DG, Barrington KJ, Wallman C (2006) Prevention and management of pain in the neonate: an update. *Pediatrics* 118:2231–41
8. Spence K, Henderson-Smart D (2011) Closing the evidence-practice gap for newborn pain using clinical networks. *J Paediatr Child Health* 47:92–8
9. Johnston C, Barrington KJ, Taddio A, et al (2011) Pain in Canadian NICUs: have we improved over the past 12 years? *Clin J Pain* 27: 225–32