

# LA DOULEUR CHRONIQUE EN OBSTÉTRIQUE

Louise Roy MD FRCPC

Anesthésiologue

Département d'anesthésiologie du CHUM

Université  
de Montréal



- Aucun conflit d'intérêt.



# OBJECTIFS : DOULEUR CHRONIQUE ET GROSSESSE

---

- Se familiariser avec les particularités de la prise en charge de la patiente avec un problème de douleur chronique pendant la grossesse
- Réviser les effets maternels et fœtaux/néonataux des principales classes de médicaments utilisés dans le traitement de la douleur
- Connaître les principales causes de douleur chronique pendant la grossesse et leur évolution
- Connaître les principales causes de douleur post partum



# DOULEUR CHRONIQUE CHEZ LA FEMME ENCEINTE: PLAN

---

- Épidémiologie
- Médicaments et leurs effets sur le fœtus/nouveau-né
- Syndromes douloureux fréquents
- Gestion de l'accouchement vaginal et par césarienne
- Douleur chronique en postpartum: causes et évolution



# DOULEUR CHRONIQUE ET GROSSESSE

---

- Douleur chronique :+ de 100 millions aux USA
- Problème plus fréquent chez la femme
- Touche jusqu'à 25% des femmes 18-44 ans
- Données américaines: 28% douleur chronique et grossesse
- Données canadiennes: 38% avec un problème de douleur chronique ou de douleur précédant la grossesse

*Munro et al, JOGC 2017*  
*Ray-Griffith et al, Pain Research Manag, 2019*

# DOULEUR CHRONIQUE ET GROSSESSE

---

- Souvent associée à la prise d'une médication analgésique, incluant les opioïdes
- Ordonnance d'opioïdes en grossesse (USA): 20%-41% (Medicaid) et 14% (assurance privée)
- Augmentation des ordonnances d'opioïdes de 34% entre 1995 et 2009 en grossesse (douleur non-cancéreuse)

Ray-Griffith et al, *Pain Research and Management* 2019  
Epstein et al, *Ann Epidemiol* 2013  
Desai et al, *Obstet gynecol* 2014  
Bateman et al, *Obstet Gynecol* . 2017

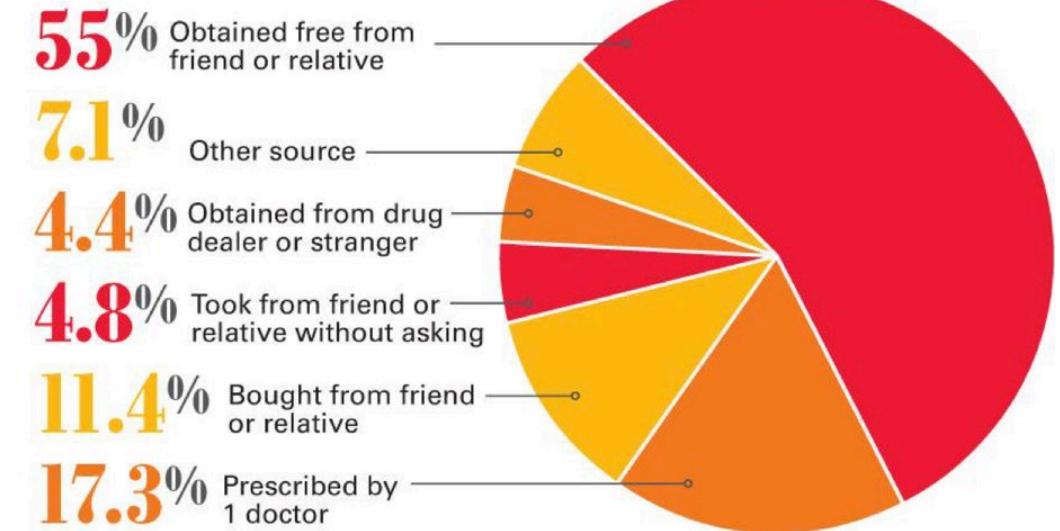
# CONSOMMATION CHRONIQUE D'OPIOÏDES ET GROSSESSE

## AU CANADA

- Canada au 2<sup>e</sup> rang pour consommation per capita
- 2800 décès par surdosage en 2016 (population générale)
- 2,1% pendant la grossesse
- Affecte toutes les strates de la population

FIGURE

### ABUSERS' SOURCES OF PRESCRIPTION PAINKILLERS



Centers for Disease Control and Prevention.<sup>6</sup>



# DOULEUR CHRONIQUE ET GROSSESSE

---

- Risque de stigmatisation plus grand
- Réticence à prescrire des analgésiques
- Arrêt de la médication par la patiente = crainte pour son bébé
- Impact de la médication sur le fœtus/nouveau-né: données incomplètes sur l'innocuité
- Prise en charge par l'équipe traitante plus complexe



# DOULEUR CHRONIQUE ET GROSSESSE

---

- Manque de familiarité de l'équipe médicale avec les traitements
- Inconfort à concilier les besoins analgésiques aux répercussions potentielles sur l'enfant pour les spécialistes en douleur
- Douleur chronique en grossesse: impact négatif sur la grossesse, absentéisme au travail, insomnie, symptômes dépressifs
- Balance délicate entre les besoins maternels et les considérations fœtales et néonatales

# MÉDICAMENTS : Effets néfastes pour le fœtus et nouveau-né

---

- Anomalies congénitales
- Anomalies neurocomportementales
- Mort *in utero*
- Retard de croissance, prématureté
- Intoxication néonatale aiguë
- Syndrome d'abstinence néonatal



**Préoccupation concernant les ordonnances tout au long de la grossesse et l'allaitement mais aussi avant la conception !**



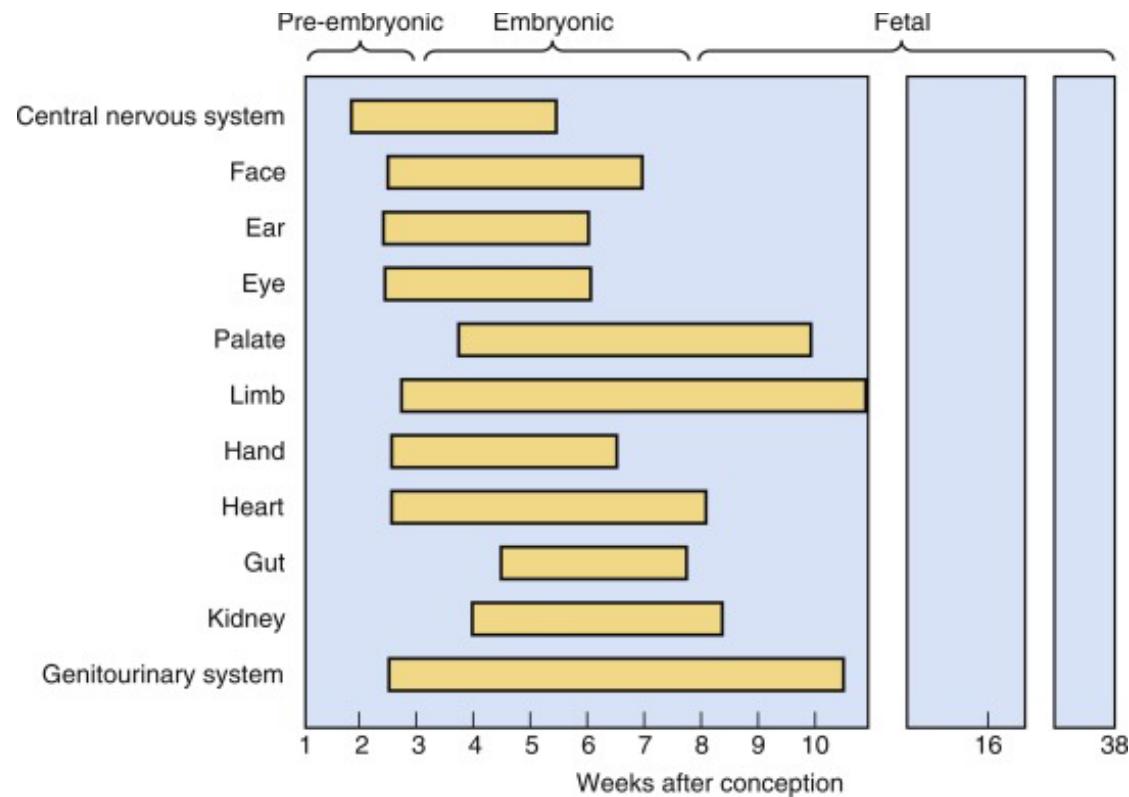
# MÉDICAMENTS DURANT LA GROSSESSE ET L'ALLAITEMENT

---

- Pharmacocinétique altérée durant la grossesse:
  - Augmentation du volume de distribution.
  - Diminution de la liaison protéique
  - Augmentation du taux de filtration glomérulaire.
  - Altération du métabolisme hépatique (CYP).
- Transfert placentaire dépendant du débit cardiaque maternel et fœtal, du métabolisme et taux de liaison placentaire, facteurs influençant la diffusion passive des molécules.
- La plupart des médicaments traversent la barrière placentaire et sont sécrétés dans le lait maternel.



# MÉDICAMENTS ET TÉRATOGÉNÉCITÉ



- Période critique (organogénèse) au 1<sup>er</sup> trimestre.
- Risque persiste pour organes poursuivant leur développement au-delà de cette période (par ex, SNC).



# MÉDICAMENTS DURANT LA GROSSESSE ET L'ALLAITEMENT

- FDA: Ancienne classification par lettres (A,B,C,X) remplacée depuis 2015 par le « Final Rule »
- Majorité des Rx sont dans la catégorie C: *Études animales ayant révélé des effets néfastes sur le fœtus et pas d'études humaines contrôlées ou, études animales/humaines non disponibles. Administrer si le bénéfice justifient le risque potentiel pour le fœtus.*

## Appendix II

### Legacy US Food and Drug Administration Pregnancy Risk Categories and Percentage of Drugs in Each

#### Category A

Controlled studies in women fail to demonstrate a risk to the fetus in the first trimester (and there is no evidence of a risk in later trimesters), and the possibility of fetal harm appears remote.

#### Category B

Either animal-reproduction studies have not demonstrated a fetal risk but there are no controlled studies in pregnant women, or animal-reproduction studies have shown an adverse effect (other than a decrease in fertility) that was not confirmed in controlled studies in women in the first trimester (and there is no evidence of a risk in later trimesters).

#### Category C

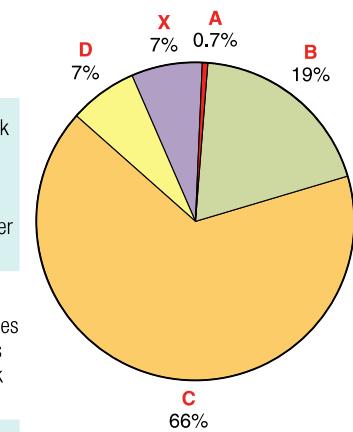
Either study in animals has revealed adverse effects on the fetus (teratogenic, embryocidal, or other) and there are no controlled studies in women, or studies in women and animals are not available. Drugs should be given only if the potential benefit justifies the potential risk to the fetus.

#### Category D

There is positive evidence of human fetal risk, but the benefits from use in pregnant women may be acceptable despite the risk (e.g., if the drug is needed in a life-threatening situation or for a serious disease for which safer drugs cannot be used or are ineffective).

#### Category X

Studies in animals or human beings have demonstrated fetal abnormalities, or there is evidence of fetal risk based on human experience, or both, and the risk of the use of the drug in pregnant women clearly outweighs any possible benefit. The drug is contraindicated in women who are or may become pregnant.



# MÉDICAMENTS ET GROSSESSE

---

- Acétaminophène
- AINS
- Antidépresseurs
- Anticonvulsivants
- Triptans
- Anesthésiques locaux
- Opioïdes



# ACÉTAMINOPHÈNE

---

- 40-70% d'utilisation en grossesse.
- Aucun lien avec anomalies structurelles
- Association avec troubles neurocomportementaux
- Preuve de causalité faible
- Bénéfices pour le traitement de la douleur et de la fièvre
  - Fièvre = + avortements spontanés, malformations, trouble du spectre de l'autisme
- SOGC 2021: Option thérapeutique de première ligne pour la douleur et la fièvre



# AINS

---

- Effet possible sur la fertilité (ovulation)
  - Anomalies congénitales: risque probablement faible
  - Fermeture du canal artériel fœtal/HTP néonatale
  - Oligohydramnios
- ❖ Cesser AINS à 20 semaines (28 sem pour cas particuliers en privilégiant utilisation 24-48h et suivi par écho fœtale)



# ANTI-DÉPRESSEURS

---

- Amitriptyline et nortriptyline:
  - Données généralement rassurantes
  - Syndrome de retrait possible chez le nouveau-né
- ISRS:
  - Données généralement rassurantes
  - Association possibles avec anomalies cardiaques et SNC (paroxétine plus citée)
  - Syndrome de sevrage néonatal possible (paroxétine: plus souvent impliqué)
  - Association avec prématurité, RCIU (résultats conflictuels)
- INRS:
  - Venlafaxine, duloxétine: Peu de données (RCIU, prématurité, assez rassurant pour anomalies structurelles)
  - Syndrome de sevrage néonatal possible



# PRÉGABALINE, GABAPENTIN, TOPIRAMATE

---

- Prégabaline et gabapentin:
  - Pas d'études sur de grandes populations.
  - Prégabaline: Anomalies congénitales, cardiaques entre autres (petit échantillon).
  - Gabapentin : Pas d'effet délétère documenté chez le fœtus humain.
  - Association possible avec travail prématuré et RCIU.
- Topiramate:
  - Associé à anomalies orofaciales, RCIU, microcéphalie.
  - Interaction avec les contraceptifs oraux



# TRIPTANS

- Pas d'effet tératogène ou de prématureté dans 2 grandes études rétrospectives (2004, 2009) et mét-a-analyse (2015)

- Sumatriptan le plus étudié



Table 4 (continued)

Migraine treatment		Pregnancy risks		Lactation risks		Other comments
Medication	Level of evidence for migraine <sup>a</sup>	FDA pregnancy rating <sup>b</sup>	Potential teratogenic risks	Hale lactation rating <sup>b</sup>	Relative infant dose (%) from breastfeeding <sup>c</sup>	
Tramadol (IV)	C	C	See above (for risks of all opioids); postmarketing reports include neonatal seizures, neonatal withdrawal syndrome, fetal death, and stillbirth.	1.3	105-2.86	Sedation, hypotension, apnea, pallor, constipation, poor feeding
Triptans			All triptans: no adequate or well-controlled studies; large triptan registry studies have not demonstrated increased risk of congenital malformations, although there may be increased risk of postpartum hemorrhage and spontaneous abortions; animal studies suggest fetal risks, but at doses significantly higher than recommended for adults			Experience is limited in infants, thought to have similar active metabolite like codeine
Sumatriptan (PO, NS, Patch, SQ)	A	See above (for risks for all triptans)	1.3	3.5 (15.3 at Cmax)	No reported concerns	Given low oral bioavailability, absolute milk concentrations are low. 1 study in 5 women using 6 mg SC did not report any infant side effects
Almotriptan (PO)	A	C	See above (for risks for all triptans)	1.3	N/A	No evidence; consider sumatriptan which is well studied in lactation
Eltrombopag (PO)	A	C	See above (for risks for all triptans)	1.3	2.00%	N/A
Frovatriptan (PO)	A	C	See above (for risks for all triptans)	1.3	N/A	Unlabeled evidence; consider sumatriptan which is well studied in lactation
Zolmitriptan (PO, NS)	A	C	See above (for risks for all triptans)	1.3	N/A	No evidence; consider sumatriptan which is well studied in lactation

Almotriptan (PO)	A	C	See above (for risks for all triptans)	1.3	N/A	N/A	No evidence; consider sumatriptan which is well studied in lactation
Eltrombopag (PO)	A	C	See above (for risks for all triptans)	1.3	2.00%	N/A	Unlabeled evidence; consider sumatriptan which is well studied in lactation
Frovatriptan (PO)	A	C	See above (for risks for all triptans)	1.3	N/A	N/A	No evidence; consider sumatriptan which is well studied in lactation
Zolmitriptan (PO, NS)	A	C	See above (for risks for all triptans)	1.3	N/A	N/A	Higher bioavailability as compared to sumatriptan, higher penetration into CNS, and may have dual

# CORTICOSTÉROÏDES

---

- Utilisés pour accélérer la maturation pulmonaire en cas d'accouchement prématuré
- (-) syndrome de détresse respiratoire, entérocolite nécrosante, hémorragie intraventriculaire
- Pas d'augmentation d'anomalie cardiaque selon 2 revues syst/méta-analyses récentes
- Anomalies orofaciales, urogénitales selon certains rapports
- Utilisation ponctuelle en infiltration probablement sécuritaire



# ANESTHÉSIQUES LOCAUX

---

- Pas de risque tératogène connu
- Sensibilité plus grande = même effet avec doses moindres
- Hypothèses:
  - Altération de la sensibilité des cellules neurales aux AL (facteur hormonal)
  - Technique neuraxiale - modification du canal spinal avec réduction du LCR:
    - Engorgement des plexus veineux
    - Effet de masse sur la colonne par l'utérus gravide
    - Augmentation de la pression intra-abdominale



# OPIOÏDES

**Table 2** Data on teratogenic risks with some opiates and opioids

Drug	Authors	Source of data	Number exposed	Risk estimate (95 % CI)	Comment
Narcotic analgesics	Heinonen et al. [2]	CPP	1564	0.96 (0.72–1.27)	
Codeine	Heinonen et al. [2]	CPP	563	1.08 (0.87–1.66)	
	Nezvalová-Henriksen et al. [34]	MoBa	1693	0.8 (0.5–1.1)	
	Källén and Reis [35]	SMBR	2655	1.42 (1.15–1.76)	Non-significantly increased risk for cardiovascular defects
Dextropropoxyphene	Heinonen et al. [2]	CPP	686	1.04 (0.69–1.55)	
	Källén and Reis [35]	SMBR	3256	1.05 (0.86–1.27)	
Tramadol	Källén and Reis [35]	SMBR	1603	1.25 (0.98–1.03)	Increased risk for cardiac septum defect and PEQ
Other synthetic opioids than tramadol and dextropropoxyphene	Källén and Reis [35]	SMBR	382	1.30 (0.71–2.58)	Increased risk for cardiovascular defect, OR = 2.94 (1.18–6.06)
Other natural opiates than codeine	Källén and Reis [35]	SMBR	556	1.17 (0.71–1.93)	No increased risk of cardiovascular defects, OR = 0.86 (0.23–2.19)

CPP Collaborative Perinatal Project, MoBa Norwegian Mother and Child Study, SMBR Swedish Medical Birth Register, PEQ pes equino-varus, OR odds ratio

- **Opioïdes synthétiques:** Association possible avec malformations cœur, orofaciales et anomalies du tube neural.
- **Tramadol:** Malformations cœur et pes equinovarus; autre étude en 2015 confirme un risque modéré d'effet tératogène. Peu de données.
- Codéine: Décès néonataux rapportés (éviter en particulier en postpartum).



# MÉTHADONE ET GROSSESSE

---

- Littérature assez abondante et rassurante en grossesse
- **Attention:** Métabolisme accéléré en grossesse par induction enzymatique (CYP3A4) et augmentation du volume de distribution et de la clairance rénale
- Dose plus élevée et fractionnement **peuvent être** nécessaires chez certaines patientes
- Jusqu'à 60-80% de syndrome d'abstinence néonatal



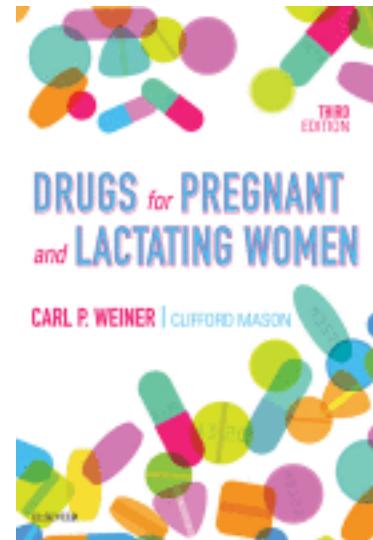
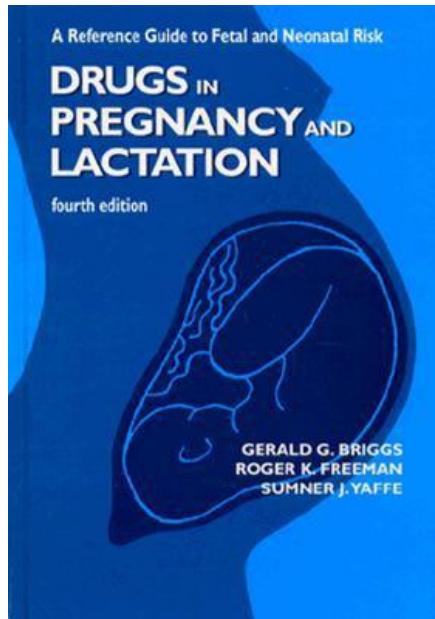
# MÉDICAMENTS PENDANT LA GROSSESSE ET L'ALLAITEMENT

---

- Favoriser les méthodes non-pharmacologiques
- Réviser la médication **idéalement avant la grossesse:**
  - Éliminer la médication avec peu de bénéfice thérapeutique et/ou risques excessifs.
  - Dose minimale efficace.
  - Sevrage des opioïdes si possible.
- Balancer les bénéfices maternels versus les risques éventuels pour le fœtus/nouveau-né.
- Faire appel aux ressources les plus à jour possible.



# RESSOURCES DISPONIBLES



Info-Médicaments en Allaitement et Grossesse

Centre d'information sur l'innocuité et les risques  
des médicaments durant la grossesse et  
l'allaitement.

Destiné aux professionnels de la santé.  
Tél: 514-345-2333



# DOULEUR CHRONIQUE ET GROSSESSE:

## Diagnostics fréquents

---

- **Céphalées**
- **Douleurs lombaires et pelviennes**
- **Fibromyalgie**
- Anémie falciforme (CHUM)
- Arthralgies (arthrite rhumatoïde)



## CE QUI S'AMÉLIORE

- Céphalée
- Arthrite (mécanisme auto-immun)
- SEP
- Crohn

## CE QUI S'AGGRAVE

- Lombalgies, dorsalgies
- Douleur pelvienne

❖ **Attention à une exacerbation des symptômes en *post partum* pour les conditions qui s'améliorent!**



# MIGRAINES ET GROSSESSE

---

- Pic de prévalence de 25% entre 30-40 ans.
  - Amélioration des symptômes chez la majorité .
  - 4-8% = détérioration en grossesse.
  - Plus de 50% avec retour au tableau pré-grossesse au 1<sup>er</sup> mois PP.
  - Effet protecteur de l'allaitement.
- Associées à : accouchement prématuré, bébé de petit poids, HTA gestationnelle et pré-éclampsie.
- Hypercoagulabilité présente en grossesse et syndrome migraineux: **↑ incidents cardiovasculaires.**

*Kallen et al, Drug 2016.  
Allais et al, Neurol Sci 2019.  
E Wells et al, Curr Neurol Neurosci Rep 2016).*



# CÉPHALÉES ET GROSSESSE/POSTPARTUM

---

- Approche non-pharmacologique à ne jamais oublier:
    - Combinaison: technique de relaxation, biofeedback, gestion du stress
    - Acupuncture: réduction des nausées/vomissements
  - Abstention de la médication prophylactique souvent possible.
  - Tx préventif si migraines fréquentes, épisodes sévères associés à des nausées et vomissements importants
  - Blocs nerveux
- 
- ❖ Récurrence/aggravation à l'intérieur du 1<sup>er</sup> mois en PP\*
  - ❖ Beta-bloqueurs associés à RCIU; hypoglycémie et bradycardie chez le NNé.



# LOMBALGIES, DOULEURS PELVIENNES

---

- Plus de 50% de douleur lombo-pelvienne en grossesse
    - 50% ceinture pelvienne, 17% lombalgies 33% combinaison des deux
    - 25% douleur sévère
    - Importance de bien identifier la source du problème pour proposer le bon traitement!
  - Causes: augmentation de lordose, gain de poids, mauvais contrôle musculaire, laxité ligamentaire accrue.
- ❖ Aggravation fréquente en cours de grossesse et postpartum (Valsalva, poussées du 2<sup>e</sup> stade, travail dystocique).



# LOMBALGIES, DOULEURS PELVIENNES

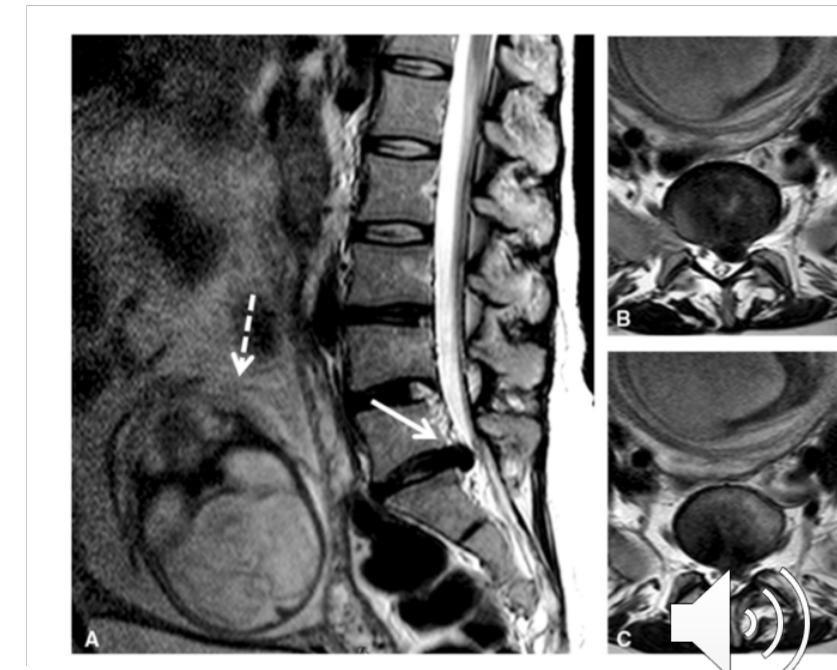
---

- Support biopsychosocial, éducation, physiothérapie, exercices, acupuncture, TENS, infiltrations
- Gestion plus difficile de la douleur à l'accouchement
- Consultation en anesthésie obstétricale:
  - Prendre connaissance du problème et son traitement
  - Discussion avec MD en gestion de la douleur si impliqué (sinon, considérer pour cas réfractaire)
  - Élaboration du plan d'analgésie obstétricale discuté avec la patiente
  - Conseils sur l'hygiène posturale pendant le travail (en particulier pour le 2<sup>e</sup> stade)



# HERNIE DISCALE ET GROSSESSE

- Rare en grossesse 1:10 000.
- Importance de poser le diagnostic.
- Rechercher les déficits neurologiques.
- Atteinte sévère ou bilatérale, queue de cheval: moins de 2% en grossesse
- Investigation par IRM (**pas de contre-indication en grossesse**).
- Impact sur la gestion de l'analgésie obstétricale/anesthésie et sur le mode d'accouchement.



Martino et al, Eur J Spine 2017.

# HERNIE DISCALE ET GROSSESSE :

## Traitement conservateur

---

- Repos, physiothérapie, analgésiques, infiltrations
- Épidurale (sans fluoroscopie)
- Éviter AINS après 20 sem ou 26-28 semaines avec suivi foetal
- Consultation en anesthésie obstétricale
- Échec/atteinte sévère/queue de cheval? Traitement Cx (considérations de la chirurgie non-obstétricale chez la femme enceinte)



# FIBROMYALGIE

---

- Symptômes parfois difficiles à différencier de ceux de la grossesse normale
- Le diagnostic ne se fait pas en grossesse: 27% femmes enceintes non atteintes avec critères Dx
- Aggravation possible en particulier au 3<sup>e</sup> trimestre
- Associée à RCIU, prématuroté, taux plus élevé de césarienne et de phénomènes thromboemboliques



# FIBROMYALGIE

---

- Proportion non-négligeable des patientes diminue ou cesse leur médication en grossesse
  - ❖ Continuer d'axer le traitement sur les habitudes de vie
  - ❖ Bénéfices et risques de la médication à soupeser pour chaque patiente



# INFILTRATIONS

---

- Attention aux doses et voies d'administration
- Tenir compte de la physiologie de la femme enceinte:
  - Par exemple, hémiplégie du diaphragme peut être mal tolérée après un bloc interscalénique
  - Attention au syndrome de compression aorto-cave en décubitus dorsal (possible à partir de la 20<sup>e</sup> semaine)
  - En cas d'intoxication aux AL, RCR avec déplacement utérin manuel et césarienne < 5min post arrêt recommandé
- Technique échoguidée
- Fluoroscopie à éviter en autant que possible



# DOULEUR CHRONIQUE CHEZ LA FEMME EN ÂGE DE PROCRÉER

---

- **Moins du quart** des patientes avec prise chronique d'opioïdes utilise une méthode contraceptive
- Grossesses non planifiée chez 69,5%.
- Toujours considérer la grossesse lors de la rédaction d'une ordonnance chez une femme en âge de procréer



# DOULEUR CHRONIQUE CHEZ LA FEMME EN ÂGE DE PROCRÉER

---

- S'informer du mode de contraception ou désir de grossesse
- Discuter des impacts possibles des Rx en cas de grossesse
- Optimiser le recours aux méthodes non-pharmacologiques du traitement de la douleur
- Acide folique



# OPIOÏDES ET GROSSESSE : DÉFIS DE LA PRISE EN CHARGE

---

- Phénomènes de sevrage, de tolérance et d'hyperalgésie peuvent être mal compris par professionnels impliqués dans les soins des parturientes
- Crainte de la patiente d'un soulagement inadéquat
- Soulagement de la douleur de l'accouchement vaginal et césarienne souvent plus difficile
- Effets sur grossesse/fœtus/nouveau-né



# ADMINISTRATION D'UNE DOSE INSUFFISANTE D'OPIOÏDES: Effets sur le nouveau-né/fœtus

- Sevrage aigu = Augmentation des catécholamines avec répercussions sur le flux placentaire
- Retard de maturation des villosités placentaires en cas d'exposition chronique aux opioïdes
- Fluctuation des taux sanguins = Augmentation des taux de norépinéphrine dans le liquide amniotique et de la consommation en O<sub>2</sub> causant **travail préterme, hypoxie et mort fœtales**



# OPIOÏDES: SYNDROME D'ABSTINENCE NÉONATAL (SAN)

- Syndrome de retrait chez le nouveau-né suite à l'exposition chronique aux opioïdes *in utero*.
- Incidence croissante.
- Hyperactivité SNC et autonomique, tractus GI.
- Importance de la dyade mère-enfant.
- Diminution des symptômes avec l'allaitement.



# DOULEUR CHRONIQUE ET GROSSESSE

---

## IMPORTANCE DU SUPPORT D'UN SPÉCIALISTE EN GESTION DE LA DOULEUR

- Gérer la médication analgésique/conseiller le médecin traitant
- Travailler en équipe avec l'obstétricien/l'anesthésiologue/MOG
- Aider à la gestion de l'analgésie dans la phase de transition après l'accouchement



# DOULEUR CHRONIQUE ET GROSSESSE:

## Prise en charge de la grossesse/accouchement

---

- Approche multidisciplinaire
  - Plan de traitement pendant la grossesse
  - Plan d'accouchement incluant l'approche pour le soulagement de la douleur (vaginal ou par césarienne)
  - Plan de traitement de la douleur post accouchement et de la transition vers l'analgésie de maintien
- 
- ❖ Discussion faite en collaboration avec la patiente
  - ❖ Bien s'entendre sur qui rédige les ordonnances



# GESTION DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT

---

- BUTS:
  - Contrôle le plus efficace de la douleur aiguë et chronique
  - Minimiser les risques de sevrage
  - Minimiser les effets pour le nouveau-né
- ÉQUIPE MULTI-DISCIPLINAIRE



# DOULEUR CHRONIQUE : PRISE EN CHARGE DE L'ACOUCHEMENT VAGINAL

---

- Préparation et soutien psychologique au travail
- Éviter agoniste-antagoniste si prise chronique d'opioïdes
- Prise de la médication régulière
- Analgésie épidurale
- Analgésie multimodale comprenant l'acétaminophène et AINS) en association à la médication habituelle



# DOULEUR CHRONIQUE: PRISE EN CHARGE LORS DE LA CÉSARIENNE

---

- Administration de la médication usuelle et acétaminophène avant la chirurgie
- Analgésie multimodale comprenant l'acétaminophène et AINS
- Anesthésie neuraxiale avec opioïdes de longue durée d'action
- Ajouter dose d'appoint d'opioïdes (pas de codéine)
- Analgésie épidurale postopératoire

# DOULEUR CHRONIQUE : PRISE EN CHARGE DE LA CÉSARIENNE

---

- TAP bloc:
  - Pas de bénéfice additionnel par rapport à la morphine neuraxiale
  - Utile si morphine par voie neuraxiale ne peut être utilisée
  - Combinaison à la morphine neuraxiale pas étudiée chez cette population
- Infiltration de la plaie
  - Moins efficace que les opioïdes en neuraxiale.
  - Peu d'intérêt dans le cadre de l'analgésie multimodale
  - Technique continue: cathéter sous le fascia plus efficace que S/C ou au-dessus du fascia
- ACP

# AUTRES MÉDICAMENTS POUVANT ÊTRE UTILES

---

- Dexmédétomidine (Alpha-2-agoniste)
  - Propriétés analgésiques
  - Sédation
  - Diminution du frissonnement
- Dexaméthasone:
  - Effet analgésique avec dose de 8-10 mg
- Kétamine:
  - Utilisation habituelle : doses ponctuelles pendant la procédure
  - Peu d'études des effets sur le nouveau-né allaité

*Behdad et al, Anesth Analg 2013.*  
*Lavand'homme et al, Anesth Analg 2013.*



# DOULEUR PERSISTANTE APRÈS L'ACCOUCHEMENT: Incidence

---

- 4-10% post accouchement vaginal (AV)
  - 6-18% post césarienne (CS)
  - Sévérité à 6 mois:
    - 10% sévère
    - 24% modérée
    - 50% légère
  - Eisenach et al. : incidence de 0,3-1,2% à 12 mois de douleur **de novo** (AV et CS)
- ❖ Incidence variable selon la méthodologie des études



# DOULEUR POST ACCOUCHEMENT: Rôle de l'oxytocine

---

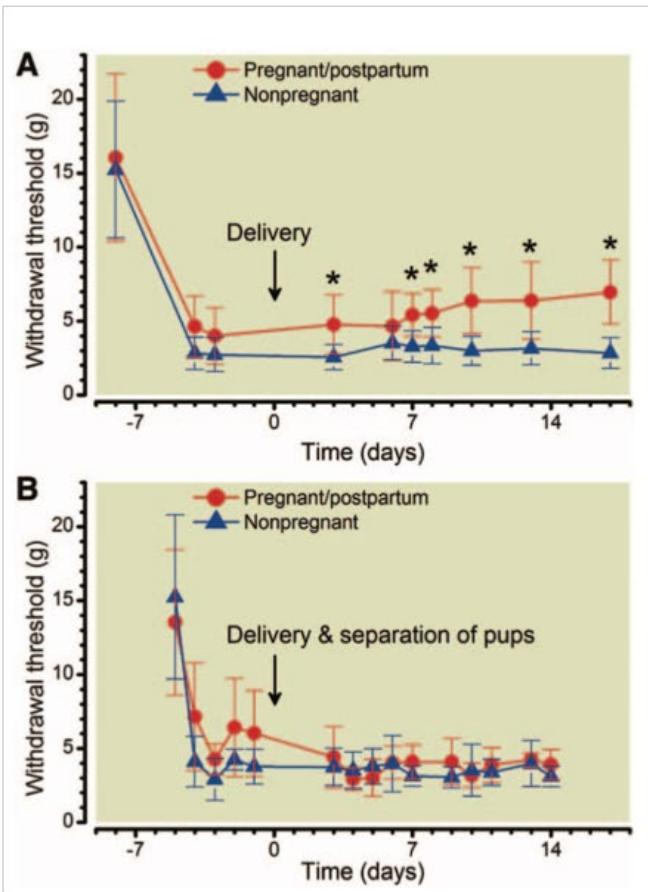
- Neuropeptide synthétisé par l'hypothalamus et excrété par l'hypophyse postérieure
- Rôle dans l'accouchement, l'allaitement (fonction hormonale).
- Rôle dans plusieurs comportements sociaux (fonction de neurotransmetteur SNC)
- Données animales probantes, plus clairsemées et anecdotiques chez l'humain d'un effet anti-hyperalgésique



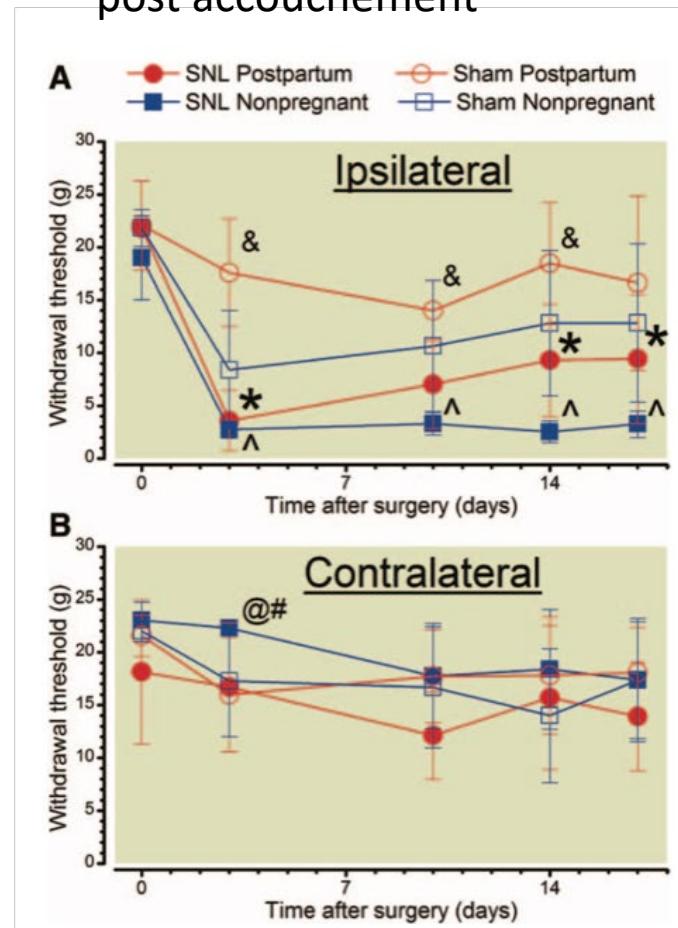
# Reversal of Peripheral Nerve Injury-induced Hypersensitivity in the Postpartum Period

## Role of Spinal Oxytocin

Ligature nerveuse avant l'accouchement



Ligature nerveuse 1ers 24h post accouchement



**But:** Expliquer l'effet protecteur de la grossesse sur le développement de la douleur post accouchement.

**Méthode:** Évaluer la sensibilité à la douleur d'un membre soumis suite à un trauma neurologique périphérique – modèle animal.



# DOULEUR PERSISTANTE APRÈS L'ACCOUCHEMENT: FACTEURS DE RISQUE

---

- **Douleur chronique avant la grossesse**
- Douleur sévère à l'accouchement/césarienne
- Attentes face à l'accouchement (douleur)
- Déresse émotionnelle (stress, manque de sommeil, anxiété et dépression)
- Facteurs génétiques/épigénétiques
  - Variabilité des gènes encodant pour COMT, OPRM1.
  - Induction du cytochrome CYP2D6



# DOULEUR CHRONIQUE POST ACCOUCHEMENT: CARACTÉRISTIQUES

---

- Souvent mal caractérisée pour l'accouchement vaginal
- Composante neuropathique prédominante et composante inflammatoire pour la césarienne
- Le degré de trauma tissulaire n'est pas nécessairement prédictif
- L'intensité de la douleur aiguë en postpartum (**indépendamment du type d'accouchement et du niveau de traumatisme tissulaire**) est associée à la douleur chronique



# DOULEUR PERSISTANTE POST CÉSARIENNE: CAUSES

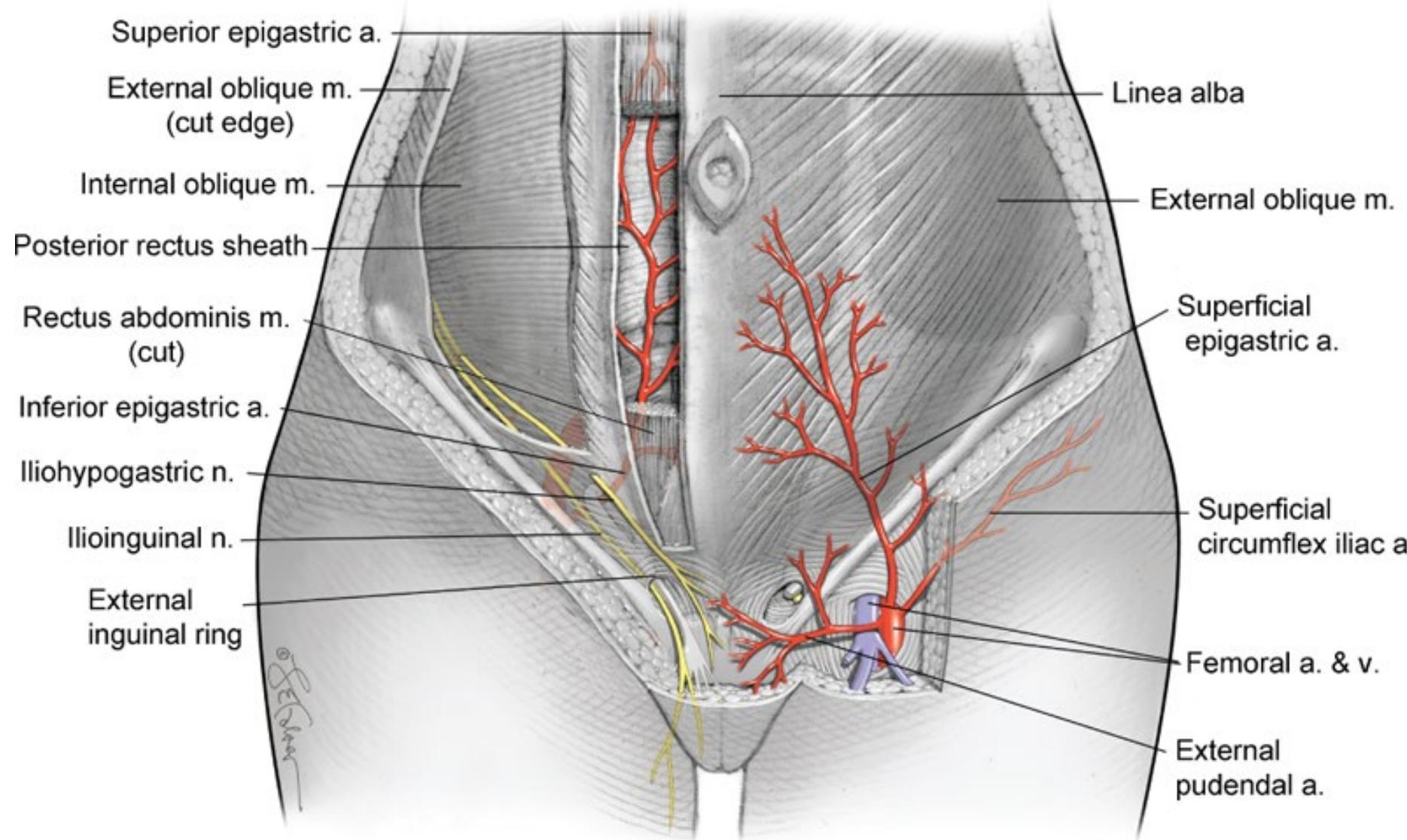
---

- Cicatrice
- Adhérences pelviennes
- Trauma ou séquestration d'une structure nerveuse

# DOULEUR CICATRICIELLE ET TYPE D'INCISION

---

- Cicatrice: Composante inflammatoire et neuropathique (phénomènes d'hypoesthésie, d'hyperalgésie)
- Incision la plus commune: Pfannenstiel
- Incision dépassant les rebords latéraux de la gaine des rectus
- Trauma ou séquestration des nerfs ilio-inguinal et ilio-hypogastrique.
- Cause de douleur persistante post CS et hysterectomy



Incision dépassant  
les limites latérales  
des grands droits:  
Zone risquée



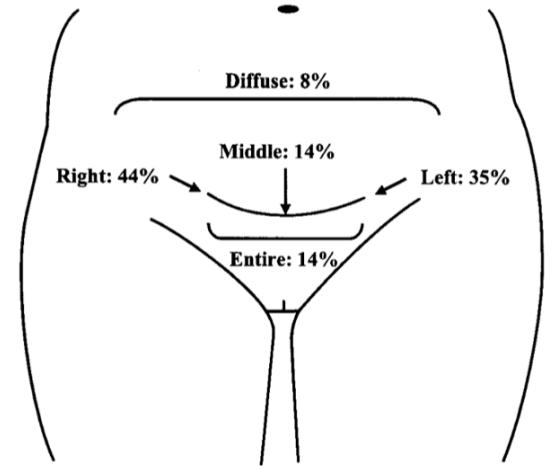
Source: E.R. Yeomans, B.L. Hoffman, L.C. Gilstrap III,  
F.G. Cunningham: Cunningham and Gilstrap's Operative  
Obstetrics, Third Edition: [www.obgyn.mhmedical.com](http://www.obgyn.mhmedical.com)  
Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.

# The Pfannenstiel Incision as a Source of Chronic Pain

Maarten J. Loos, MD, Marc R. Scheltinga, MD, PhD, Leon G. Mulders, MD, PhD, and Rudi M. Roumen, MD, PhD

**Table 5. Diagnostic Classification of Patients With Chronic Pain After a Pfannenstiel Incision (n=32)**

	n (%)
Neuropathic	17 (53.1)
Nonneuropathic	
Nongynecologic	
Diffuse scar pain	7 (21.9)
Musculotendinous	2 (6.3)
Abdominal wall atrophy with bulging	1 (3.1)
Keloid	1 (3.1)
Fat necrosis	1 (3.1)
Gynecologic	
Endometriosis	1 (3.1)
Secondary vaginism	1 (3.1)
Dysmenorrhea	1 (3.1)



- ❖ Douleur persistante : 33% (suivi médian 26 mois).
- ❖ Douleur par « trapping » du nerf hypogastrique ou ilio-inguinal : 53%.

# DOULEUR PERSISTANTE APRÈS L'ACCOUCHEMENT: CONSÉQUENCES

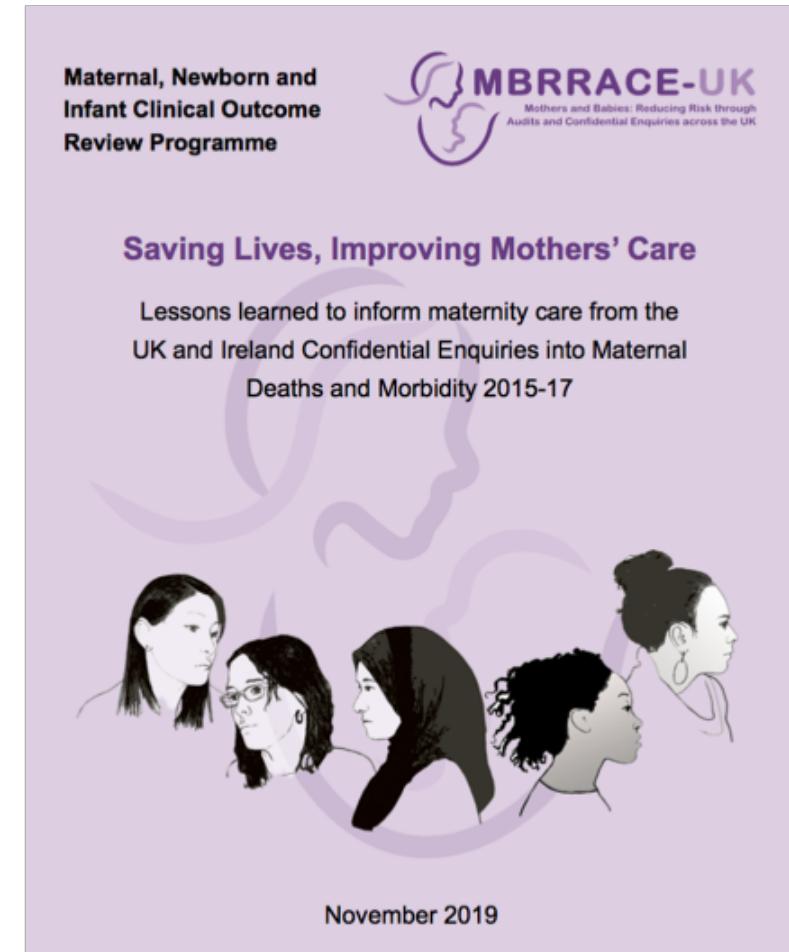
---

- Fatigue
- Répercussions psychologiques
- Interférence avec les AVQ
- Interférence avec les soins à l'enfant
- **Dépression postpartum**



# DÉPRESSION POSTPARTUM

- Douleur persistante = facteur de risque
- Impact sur la santé/bien-être de l'enfant
- **Vigilance de la part du personnel soignant**



# POINTS À RETENIR

---

- Assurer la prise en charge optimale des patientes enceintes avec un problème de douleur chronique
- Rôle important du spécialiste en gestion de la douleur pour assister l'équipe obstétricale pour les soins de ces patientes
- Préconiser une approche multimodale et incluant des méthodes non-pharmacologiques
- Importance du planning pré-conception
- Toujours envisager la possibilité d'une grossesse chez les patientes en âge de procréer



# DOULEUR CHRONIQUE ET GROSSESSE

---

- En prévision/en cas de grossesse, réviser la médication (simplifier, dose minimale efficace, élimination des Rx peu efficaces)
- Opioïdes: sevrage avant la grossesse si possible et éviter les symptômes de sevrage en grossesse
- Discussion du plan de prise en charge et des risques possibles des Rx avec la patiente (**implication de la patiente dans le processus**)
- Baser les choix thérapeutiques sur leur efficacité pour la patiente et mettre en contexte avec les risques fœtaux/néonataux

