

EDITORIAL INVITÉ

A QUOI L'OBSTÉTRICIEN S'ATTEND-IL ET QU'EST-CE QU'IL ESPÈRE DE L'ANESTHÉSISTE?

LES DISCUSSIONS sur ce sujet entre obstétriciens et anesthésistes engendrent plus de chaleur, d'acrimonie et d'hystérie que lorsqu'un époux joue au bridge avec son épouse.

Trop souvent la situation met en présence deux hommes fatigués, aux petites heures du matin, un à chaque bout d'une table. D'une part, un homme en furie qui a dû faire six appels téléphoniques pour attendre celui qu'il préférerait ne pas avoir et celui-ci est arrivé juste après le moment psychologique, faisant manquer la promesse extravagante de l'obstétricien à sa malade qu'elle accoucherait sans douleur. D'autre part, un homme, en furie également, sachant qu'il a été appelé probablement le sixième, peut-être trop tôt, pour aider quelqu'un qui n'est peut-être pas trop compétent; il peut avoir à subir des demandes capricieuses pour un anesthésique particulier ou à faire face à des exigences que cette malade sans prémédication qui a probablement l'estomac plein, soit alternativement endormie et réveillée sans raison, il est également possible qu'il ait à faire une ressuscitation fœtale difficile et, tout cela, pour une malade qui lui dira en recevant son compte. "Je ne vous connais pas, je ne vous ai pas demandé, en conséquence je refuse de vous payer."

Je raconte cela avec un esprit de compassion et c'est dans cet état d'esprit que je veux étudier le problème.

C'est un fait tragique que, actuellement, 3 à 5 pour cent de toutes les morts obstétricales soient dues seulement à l'anesthésie et que ce pourcentage semble aller en augmentant. On pourrait croire que cette affirmation ne s'applique que pour les régions où un fort pourcentage des anesthésies sont administrées par des garde-malades, mais ce n'est pas le cas. Dalziel (1), dans un article intitulé "An Evaluation of Maternal Death Studies," affirme que, entre 1950 et 1955, dans les environs de Toronto, sur cent morts maternelles, huit étaient dues à l'anesthésie.

En chirurgie, l'anesthésie difficile a beaucoup gagné en sécurité parce qu'elle est placée seulement dans les mains d'anesthésistes bien qualifiés: l'on a seulement qu'à mentionner l'hypothermie, la circulation extra-corporelle, l'emploi de plus en plus fréquent de myorésolutifs. Par contre, en obstétrique, le Cinderella de l'anesthésie, dans plusieurs centres, demeure le mis-de-côté, l'anesthésiste inexpérimenté, l'interne, la garde-malade ou l'étudiant en médecine ou encore (peut-être pour plus de sécurité) personne.

L'analyse des morts en obstétrique nous permet d'affirmer que ce n'est pas l'agent qui tue mais l'usage incompetent de cet agent. Ici, le mot incompetence ne signifie pas maladroit, mais simplement qui manque d'entraînement et d'expérience. Tous les auteurs qui ont voulu désigner le meilleur agent anesthésique pour la malade en couches en sont venus à la conclusion que ce n'est pas l'agent anesthésique qui compte mais plutôt l'anesthésiste.

Il découle de cela que les obstétriciens préféreraient, et les deux malades en cause le méritent, plutôt qu'un agent anesthésique de première classe, des anesthésistes de première classe. En d'autres termes, ce n'est pas le mélange sous le masque qui compte, mais l'homme qui tient le masque.

A mon avis, la façon la plus sûre, la plus efficace et, à tous points de vue, la plus profitable, est d'avoir, en obstétrique, un anesthésiste expérimenté 24 heures par jour. A part cela, il devrait y avoir d'autres anesthésistes disponibles sur appel ou des résidents à l'entraînement sous surveillance.

Le service d'anesthésie doit être assez considérable pour que l'anesthésiste soit assuré de ne pas faire de travail nocturne plus souvent qu'à toutes les quatre ou cinq nuits et que cette garde ne soit que rarement suivie pour lui d'un programme opératoire de huit heures à deux heures le lendemain.

En qualité d'obstétriciens, avons-nous le droit d'exiger cela? Après analyse de la situation, il ne fait aucun doute que les deux partis en présence sont plus heureux dans ces conditions. Toutefois, ce n'est qu'après certaines conventions que le système fonctionnera de façon satisfaisante.

D'abord, ou bien l'hôpital en cause doit fonctionner comme un hôpital fermé ou l'association doit travailler comme un monopole. Ces deux situations sont en proie à des critiques justifiées.

Une autre difficulté à surmonter c'est le fait qu'un obstétricien demande un anesthésiste spécial de préférence à celui qui est de garde. Cela peut créer des difficultés.

Il existe un autre ennui qu'on mentionne souvent auquel Hanley (2) fait allusion dans un article intitulé "Regional Anaesthesia in Obstetrics." L'auteur—un obstétricien—prenait entente pour l'anesthésie en obstétrique dans un hôpital privé fermé et cet hôpital était desservi en anesthésie par une clinique privée de spécialistes. Ce groupe d'anesthésistes a donné l'anesthésie à 96 pour cent de 20,000 accouchées et 99 pour cent d'entre elles ont reçu des rachianesthésies ou des caudales.

Comme toujours, lorsqu'une statistique comme celle-là est présentée à une assemblée d'obstétriciens, il s'ensuit une vive discussion dont il faut conclure que, parce que, de nos jours, une grande proportion des accouchements peut se faire avec un minimum d'anesthésie, ce procédé ressemble à la poursuite d'une mouche avec un marteau. Cela suppose également une grande agilité anesthésique ou encore il n'est pas impossible que cela entraîne une anesthésie excessive.

Je ne crois pas qu'un obstétricien ait le droit de demander ou de s'attendre à un service de 24 heures si le groupe en cause n'a pas l'exclusivité. Cela n'est pas toujours possible et d'ici à ce que cela le soit, nous allons enseigner à nos résidents, à nos internes juniors ce qui semble, d'après les statistiques, la méthode la plus sûre en anesthésie: le blocage honteux et le trichloréthylène administré par la malade elle-même. Il nous faut compter sur un anesthésiste expérimenté pour les cas compliqués. Ce système offre plus de sécurité que de demander à une personne inexpérimentée de pratiquer l'anesthésie.

Avons-nous le droit de nous attendre que l'anesthésiste se tienne responsable de la resuscitation de la mère et de l'enfant?

A la différence de Vishnu, l'obstétricien n'a qu'une paire de mains qui doivent être couvertes de gants stériles et toutes vouées à la malade. Le moment le plus dangereux, au cours d'un accouchement, aussi bien pour la mère que pour l'enfant, c'est immédiatement avant et immédiatement après la sortie du placenta. A ce moment-là, il serait dangereux que l'obstétricien laissât sa malade. Le danger existe également pour l'anesthésiste. Toutefois, c'est toujours réconfortant —et je dirais même une nécessité— que d'avoir un anesthésiste compétent pour entreprendre la ressuscitation fœtale, pour prendre soin des premières dangereuses minutes de la vie de l'enfant qui vient de naître.

Quand il s'agit de la ressuscitation maternelle, il peut arriver que les intérêts de l'anesthésiste et de l'obstétricien s'entrechoquent. L'anesthésiste peut ne pas être disposé à transfuser une malade sous anesthésie. Par contre, l'obstétricien a le sentiment qu'aussi longtemps qu'il a la commande en ce qui concerne la transfusion, il ne perdra pas sa malade d'hémorragie post-partum.

Il ne faut pas oublier qu'une femme enceinte en santé peut compenser ses pertes de sang avec facilité. Elle peut supporter une perte de 1,000 cc. de sang sans modification de ses signes vitaux. Une chute de tension artérielle, un rythme cardiaque accéléré, de la froideur des extrémités, de la transpiration supposent une perte de 1,500 ml de sang au moins. C'est pourquoi je conseille de ne pas attendre, pour transfuser une malade, des changements de pouls et de tension mais de se fier à une évaluation consciencieuse de la quantité de sang perdu devant l'obstétricien. Cela permettra de faire la ressuscitation au moment où les veines sont encore remplies plutôt que d'attendre que le collapse inévitable survienne après on a enlevé le masque à oxygène.

Enfin, j'ai la conviction que ce serait une précieuse acquisition que d'avoir une salle de réveil attenante à la salle d'accouchement pour surveiller la parturiente dans ce qu'on appelle la quatrième période du travail. Bien souvent le collapse va s'amorcer chez une malade parce que la garde-malade ne veut pas commettre la bétise sociale de déranger l'époux qui tient la main de son épouse.

Qui devra faire la surveillance de la salle de réveil? L'anesthésiste et durant 24 heures.

En définitive, je crois que l'obstétricien a le droit de s'attendre à ce que l'anesthésiste assume la responsabilité de la ressuscitation maternelle et fœtale.

L'obstétricien a-t-il le droit d'imposer le genre d'anesthésie? Ma politique est que nous avons besoin d'anesthésistes expérimentés. S'il possède une expérience adéquate, l'anesthésiste saura faire le choix le plus propice à la mère et à l'enfant dans les circonstances particulières où il se trouvera.

Toutefois, il se rencontre des situations bien particulières où l'obstétricien devrait s'imposer. Mais cela concerne habituellement le besoin d'atonie utérine pour descendre une jambe dans une présentation de siège ou une demande de régionale au début du travail; ou encore pour une césarienne ou un forceps moyen difficile après un travail prolongé. Il faut tout de même se rendre compte que, même si l'éther et une extraction par le siège sont presque toujours associés, cette sorte d'anesthésie n'est pas nécessaire à moins que les jambes soient étendues, nécessitant une manipulation intra-utérine difficile.

Actuellement, de la part de la malade, on exprime le désir d'accoucher sans perdre conscience. Il est possible qu'il ne s'agisse que d'une mode passagère mais je crois qu'il faille encourager la chose ne serait-ce que pour réduire la narcose foetale. Pour une malade qui manifeste ce désir, il n'y a rien de mieux qu'une épidurale réussie. Il n'est pas nécessaire d'être un brillant prophète pour affirmer que, dans ce genre d'anesthésie, la dextérité va être le barème du succès pour l'anesthésiste en obstétrique. Si l'on en parle aux malades, cela devient inévitablement une fois une épidurale, toujours une épidurale. Encore une fois, il faut éviter l'excès d'anesthésie.

Pour compléter le tableau, l'anesthésiste devrait-il prescrire l'analgésie au cours du premier stage du travail? Après tout, il est là puisqu'il donne un service de 24 heures. Je ne suis pas d'avis que l'analgésie durant le premier stage est l'équivalent de la prémédication pour le moment de l'accouchement. Au cours de cette première période du travail, la malade a souvent plus besoin de la présence et du support moral de son accoucheur que d'analgésie.

On observe une tendance à diminuer l'analgésie durant le travail. La chose est bonne, il faut l'encourager aussi longtemps que cela ne va pas l'encontre du désir d'être soulagée. Il ne fait pas de doute que la prophylaxie psychique rationnelle n'est pas étrangère à cette tendance et ce support, durant la première période du travail, devient une des fonctions les plus importantes de l'obstétricien.

Enfin, tous les analgésiques et les anesthésiques traversent la barrière placentaire. Le cordon ombilical offre une opportunité unique de prélever facilement et simultanément du sang veineux et du sang artériel. En conséquence, dans les endroits où l'on poursuit des recherches intensives sur la relation mère-placenta-fœtus, nous souhaiterions la plus cordiale bienvenue à nos collègues du service d'anesthésie pour exercer leur coopération.

Comme vous pouvez le constater, nous ne sommes pas plus emballés que vous ne l'êtes du genre d'anesthésie: entre à la course, saisis le masque et sors aussi vite. Nous aimerions que l'art difficile de l'anesthésie obstétricale reçoive la même attention que l'anesthésie chirurgicale.

Alors ce à quoi l'obstétricien s'attend et ce après quoi il soupire, c'est d'obtenir un anesthésiste bien entraîné et expérimenté qui va lui épargner l'anxiété de penser à la tête de la malade et à son enfant pendant qu'il fait l'accouchement, qui va pratiquer promptement la ressuscitation maternelle et foetale et qui peut surveiller la malade dans la salle de réveil. En résumé, nous demandons un ami quand nous sommes dans le besoin. Dans la grande majorité des cas, nous l'avons.

BIBLIOGRAPHIE

1. DALZIEL, D. An Evaluation of Maternal Death Studies. *Am J. Obst.* 75: 988 (1958).
2. HANLEY, B. J. Regional Anaesthesia in Obstetrics. *Am. Ass. Obstetricians & Gynecologists* (Sept, 1958, in press).

R. A. H. KINCH, F.R.C.S. (C)

University of Western Ontario