



Article Original

Réhabilitation Précoce Post Césarienne: Pratique au Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou de Bobo Dioulasso

Early post-caesarean rehabilitation practice at the Souro Sanou University Teaching Hospital

Guibla I¹, Iboudo SC¹, Yaro II², Nana AC¹, Bonkougou P², Lankoande M², Traoré IA¹

RÉSUMÉ

- (1) CHU Sourô Sanou, Bobo-Dioulasso (Burkina Faso);
- (2) CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou (Burkina Faso).

Auteur correspondant:

Dr Ismael GUIBLA

Adresse e-mail:

ismaelguibla@gmail.com

Boite postale:

Tel: (+226) 76 13 51 13

Mots-clés : Réhabilitation précoce, Césarienne, Bobo.

Keywords: Early rehabilitation, Cesarean, Bobo.

Introduction. La réhabilitation précoce post césarienne est un concept d'actualité en obstétrique. L'objectif de cette étude était d'évaluer les pratiques au CHUSS sur la réhabilitation précoce post césarienne. **Méthodologie.** Il s'agissait d'une étude transversale à collecte prospective sur une période de trois mois. Ont été incluses toutes les patientes admises pour césarienne. **Résultats.** 155 patientes ont été incluses. L'âge moyen était de 27,2 ans. Les césariennes en urgence représentaient 74,8% et la rachianesthésie était la technique la plus pratiquée avec 98,7% des cas. La morphine a été utilisée en intrathécale chez 79,3% des patientes. En post césarienne, 79,4% ont reçu l'association paracétamol-tramadol en intraveineuse. La voie intra rectale était utilisée en relais chez 98% des patientes et la voie orale chez 16%. Les nausées/vomissements postopératoires étaient présents chez 15,4% sans aucune prise en charge. L'hémorragie du post partum par atonie utérine était prévenue par une perfusion d'ocytocine durant 23,9 heures en moyenne. La voie veineuse était retirée autour de 31,6 heures et la sonde vésicale autour de 16,9 heures. L'alimentation liquide était autorisée en moyenne au bout de 15,5 heures; pour l'alimentation solide 31,7 heures et pour le premier lever 17,8 heures. La durée d'hospitalisation moyenne était de 2,4 jours. Les soins prodigués au nouveau-né étaient difficiles pour 40,3% des femmes et 29,8% d'entre elles portaient rarement leur nouveau-né. **Conclusion.** Une formation des agents de santé et l'élaboration d'un protocole multi disciplinaire sont nécessaires et feront l'objet de la prochaine étape.

ABSTRACT

Introduction. Early rehabilitation after cesarean is a current concept in obstetrics. The objective of this study was to evaluate practices at the CHUSS on early rehabilitation after cesarean. **Methodology.** This was the first phase (before early post-cesarean rehabilitation protocol) of a cross-sectional study with prospective collection over the period from January 20, 2020 to April 20, 2020. It concerned patients admitted for cesarean section. **Results.** During the study period, 155 patients were included. The average age was 27.2 years old. Emergency cesarean represented 74.8% and spinal anesthesia was the most widely used technique (98.7%). For pain, 79.3% of patients received morphine intrathecally; 79.4% received a combination of paracetamol and intravenous tramadol. The intrarectal route was used as a relay in 98% of patients and the oral route used in 16%. Postoperative nausea / vomiting was present in 15.4% of patients and none received management. Postpartum hemorrhage was prevented by an oxytocin infusion lasting 23.9 hours. The venous line was withdrawn around 31.6 hours and the bladder catheter around 16.9 hours. Liquid food was allowed on average after 15.5 hours; for solid food 31.7 hours and for first rising 17.8 hours. The length of hospital stay was 2.4 days. The care of the newborn was difficult for 40.3% of women and 29.8% of them rarely carried their newborn. **Conclusion.** Training of health workers and the development of a multidisciplinary protocol are necessary and will be the subject of the next step.

INTRODUCTION

La grossesse est pour plusieurs femmes une période de plénitude et de grand bonheur. Cependant, plusieurs complications peuvent entraver le bon déroulement de la grossesse et parfois constituer une contre-indication à l'accouchement par voie basse. Pour ces cas difficiles la césarienne est un recours sûr et efficace.

La césarienne est aujourd'hui considérée comme une intervention chirurgicale mineure [1]. Elle est de plus en plus pratiquée dans le monde et selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) son taux idéal devrait se situer autour de 10 à 15% [1]. En Suisse, une césarienne a lieu toutes les 20 min, et elle représentait 32% des accouchements en 2007 [2]. Cependant, dans les pays en voie de développement l'incidence de façon générale reste en dessous de 5%; le taux de césarienne au Burkina Faso

était de 2,5% en 2018, selon l'annuaire statistique du ministère de la santé [3]. Au Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou (CHUSS), en 2018, le taux hospitalier de césarienne était de 25,3% des accouchements [4].

La réhabilitation précoce postopératoire, un concept développé en chirurgie digestive s'est étendue à la césarienne. Elle vise à rétablir dans les plus brefs délais l'état physique, psychique et émotionnel de la mère. A travers ses différentes composantes, elle tend à renforcer la relation mère-enfant et à améliorer le confort des patientes durant l'hospitalisation. Cette approche est d'autant plus utile dans notre contexte de pauvreté dans la mesure qu'elle apporte un meilleur rapport coût-efficacité par rapport aux mesures standards postopératoires.

Au regard de tous les avantages qu'offre la réhabilitation précoce post césarienne, plusieurs pays développés comme la France l'ont déjà adoptée et disposent dans leurs différentes maternités de protocoles codifiés pour la surveillance en postopératoire des patientes.

Cependant, les pays de l'Afrique subsaharienne peinent à intégrer cette nouvelle notion dans la surveillance et la prise en charge des patientes césarisées. Au Burkina Faso, peu d'études ont été faites sur le sujet. Au CHUSS aucun protocole écrit n'est disponible à cet effet. C'est ainsi que dans le but d'élaborer un protocole multidisciplinaire, une évaluation des pratiques actuelles de la réhabilitation post césarienne semble être la première étape à ce processus, d'où la présente étude.

PATIENS ET MÉTHODES

L'étude s'est déroulée dans l'unité des opérées récentes du département de gynécologie, d'obstétrique et de médecine de la reproduction. Il s'est agi d'une étude transversale à collecte prospective sur trois mois allant du 20 janvier 2020 au 20 avril 2020.

Ont été incluses les patientes d'au moins 18 ans ayant bénéficié d'une césarienne en urgence ou programmée pendant la période de l'étude. N'ont pas été incluses celles présentant des complications gravidiques (prééclampsie sévère, éclampsie, hématome rétro-placentaire, placenta prævia hémorragique); une décompensation de pathologies maternelles (diabète, drépanocytose, asthme, cardiopathie) et celles ayant exprimé leur refus de participer à l'étude. Étaient exclues de l'étude toute patiente ayant présenté une complication postopératoire nécessitant une prolongation de l'hospitalisation (endométrite, maladie thromboembolique veineuse, hémorragie du postpartum).

Il s'agissait d'un échantillonnage systématique par recrutement successif de toutes les patientes remplissant les critères d'inclusion durant la période d'étude.

Les variables étudiées étaient l'âge de la patiente; le type de césarienne (urgence ou programme); les techniques anesthésiques; la gestion de la douleur (intensité de la douleur par l'échelle numérique, les molécules utilisées, la satisfaction de la patiente); la présence ou non de nausées vomissements postopératoires (NVPO) et les molécules utilisées pour la prise en charge; la durée de la perfusion de l'ocytocine; les méthodes utilisées pour la prévention de la maladie veineuse thromboembolique (MVTE); les

délais d'ablation de la voie veineuse et la sonde urinaire et de reprise de l'alimentation; la création du lien mère-enfant (le début de l'allaitement, le portage et les soins du nouveau-né); la durée d'hospitalisation.

Pour la collecte des données, trois méthodes ont été utilisées à savoir une revue documentaire utilisant le dossier de la patiente et le protocole opératoire puis une enquête par entretien individuel et par observation des pratiques. Cette collecte a été assurée par un étudiant en fin d'étude médicale qui ne participait pas à la prise en charge des patientes de l'étude. Un questionnaire préalablement testé et validé par une approche par consensus a été administré à chaque patiente de l'étude.

Le logiciel Epi data 3.1 a été utilisé pour la saisie des données, le logiciel stata 13.0 pour l'analyse des données et le logiciel Microsoft Office 2016 pour la saisie et la présentation des données.

Un consentement verbal libre et éclairé a été recueilli pour toutes les participantes à l'étude dans le respect de la confidentialité et de l'anonymat.

RÉSULTATS

Pendant la période d'étude, 250 césariennes ont été réalisées parmi lesquelles 157 patientes remplissaient les critères d'inclusion. Cependant, deux patientes (1,3%) ont été exclues de l'étude en raison de complications à type d'endométrite.

Age, type de césarienne, techniques anesthésiques et gestion de la douleur

L'âge moyen des patientes était de 27,2 ans.

Les césariennes en urgence représentaient 74,8%.

La technique anesthésique la plus utilisée était la rachianesthésie à 98,7%. L'anesthésie générale était faite dans 1,3% des cas. Aucune patiente n'a bénéficié d'une anesthésie péridurale. Au cours de la rachianesthésie, les morphiniques liposolubles à savoir le fentanyl à 25 µg a été utilisé chez toutes les patientes. Elle était associée à la morphine dans 79,3% des cas à la dose de 100 µg. Aucune anesthésie générale n'a été associée à une technique d'anesthésie locorégionale (TAP block ou infiltration des berges).

Parmi les 155 patientes, deux patientes soit 1,3% n'avaient pas de traitement antalgique clairement rédigé dans le protocole opératoire. Les patientes ont reçu les antalgiques à travers la voie intraveineuse, intra rectale et orale. La voie intraveineuse était utilisée systématiquement chez toutes les patientes à la sortie du bloc opératoire. Le paracétamol était la molécule la plus utilisée à la dose de 1 g/6h. Elle était associée au tramadol 100 mg/8h chez 79,4% des patientes. La durée d'administration des antalgiques par voie intraveineuse était en moyenne de 31,6 heures. La voie intra rectale, utilisée chez 98% des patients, occupait la deuxième place et utilisait le diclofénac suppositoire 100 mg/12h. Le délai moyen d'administration était de 15 heures pour une durée de 72 heures chez toutes les patientes. La voie orale a été prescrite chez 26,4% des patientes. Quarante-vingt-quatre pour cent des patientes ont reçu leur prescription à la sortie de l'hôpital et 16% ont débuté leur traitement en cours d'hospitalisation en association avec le diclofénac par voie intrarectale.

La figure 1 montre l'évolution du niveau de douleur des patientes dans le temps.

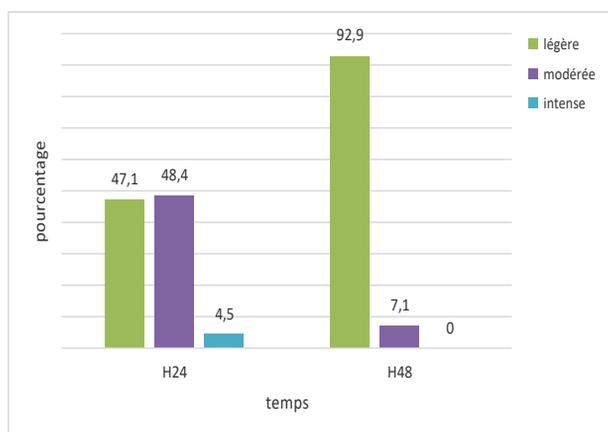


Figure 1: Évolution du niveau de douleur dans le temps
H24: la 24^{ème} heure, H48: la 48^{ème} heure

96% des patientes, étaient satisfaites de la gestion de leur douleur contre 2,6% qui n'étaient pas satisfaites et 1,4% des patientes qui n'ont pas répondu à la question.

Gestion des NVPO, la durée de la perfusion de l'ocytocine et la prévention de la MVTE

Aucune femme n'a bénéficié d'une prise en charge des NVPO alors qu'ils étaient présents chez 15,4% des patientes.

Toutes les femmes ont bénéficié d'une prévention de l'atonie utérine par une perfusion lente d'ocytocine 10 UI/8h pendant en moyenne 23,9 heures. Aucune femme n'a présenté une hémorragie du post partum.

La thromboprophylaxie par administration d'héparine de bas poids moléculaire a été réalisée chez une seule patiente de l'étude. Aucune patiente n'a bénéficié du port de bas anti-thrombose.

Délais d'ablation de la voie veineuse, la sonde urinaire et de reprise de l'alimentation

Le délai moyen d'ablation de la voie veineuse était de 31,6 heures (Figure 2).

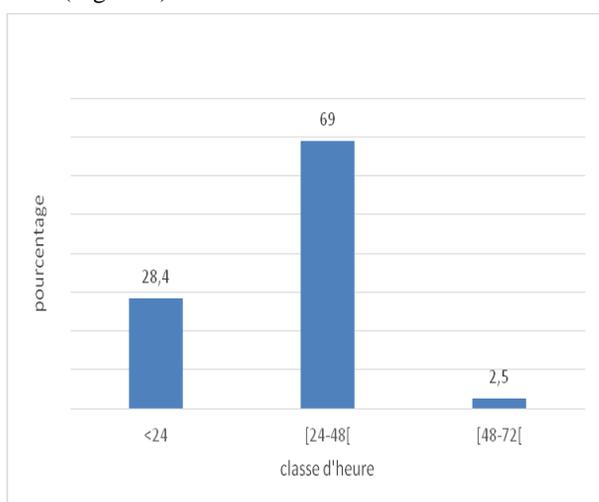


Figure 2: Répartition des patientes selon le délai d'ablation de la voie veineuse

Le délai moyen de retrait de la sonde vésicale était de 16,9 heures (Figure 3). Aucune patiente n'a présenté de rétention d'urine après retrait.

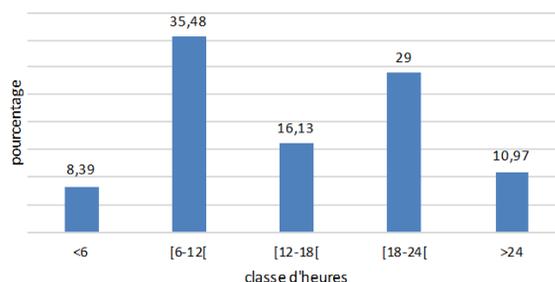


Figure 3: Répartition des patientes selon le délai de retrait de la sonde vésicale

La reprise de l'alimentation liquide était autorisée en moyenne au bout de 15,5 heures et 8,4% ont bu dans un délai de moins de 6 heures. 62,5% des patientes ont souhaité boire plus précocement. L'alimentation solide quant à elle était autorisée en moyenne au bout de 31,7 heures et 6,4% des patientes ont eu droit à un repas complet avant la 12^{ème} heure après la césarienne. Les patientes ont souhaité un premier repas plus précoce dans 64,5% des cas.

Le premier lever a été autorisé en moyenne au bout de 17,8 heures et 5,2% se sont mobilisées au bout de 6 heures. La figure 4 montre la répartition des patientes selon le délai d'autorisation au premier lever.

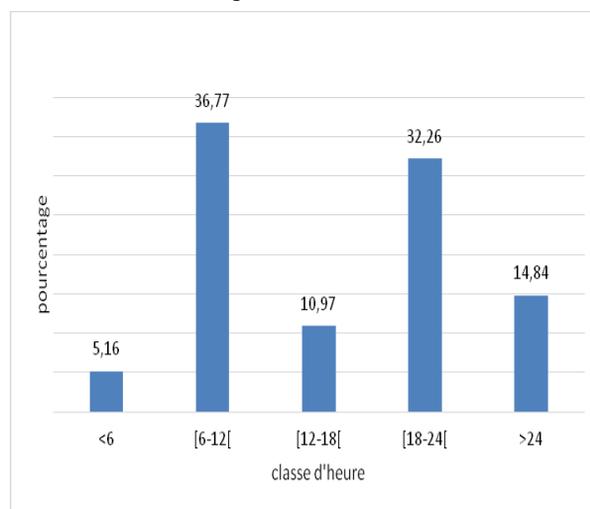


Figure 4: Répartition des patientes selon le délai d'autorisation au premier lever

Durée d'hospitalisation et création du lien mère-enfant

La durée moyenne d'hospitalisation était de 2,4 jours et 55,5% des patientes sont sorties de l'hôpital au deuxième jour. Sur 155 patientes, onze ont été admises au service post opératoire sans leurs nouveau-nés qui étaient soit transférés directement en néonatalogie, soit décédés.

La création du lien mère-enfant a donc été évaluée chez 144 patientes. Le délai moyen de mise au sein était de 8,7 heures et 1,4% des patientes ont allaité leurs nouveau-nés dans l'heure suivant la césarienne. 59,7% des mères ont pu

donner des soins à leurs nouveau-nés sans difficulté, mais 29,8% portaient rarement leurs enfants. Pour les femmes qui prodiguaient difficilement les soins à leurs nouveau-nés ou qui les portaient rarement, les principales raisons étaient liées à la douleur de la plaie opératoire dans 100% des cas et à la gêne occasionnée par la présence de la voie veineuse dans 29,3% des cas.

DISCUSSION

La technique anesthésique la plus utilisée était la rachianesthésie. Ce résultat corrobore avec les données de la littérature [5]. En effet, l'anesthésie péri-médullaire est la technique de référence pour l'anesthésie et l'analgésie obstétricale [6]. L'absence d'anesthésie péridurale est remarquable au vu de sa large utilisation pour l'analgésie obstétricale de nos jours. Par exemple, en France le recours à l'analgésie péridurale durant le travail d'accouchement atteint 80% si bien que 36% des césariennes sont réalisées sous anesthésie péridurale [7].

Le principe de l'analgésie multimodale dans le cadre de la prise en charge de la douleur post césarienne a été appliqué. En effet, le protocole bupivacaine-fentanyl-morphine en intra thécal procure une analgésie efficace et durable [8]. Le fait que toutes les patientes n'aient pas reçu de morphine serait dû aux ruptures du médicament. En postopératoire immédiat, l'association presque systématique du paracétamol-tramadol interroge sur la potentialisation des effets secondaires des morphiniques chez la mère et les conséquences potentielles sur le nouveau-né. Ces effets secondaires seront majorés, notamment les NVPO et la sédation, chez les métaboliseurs ultrarapides du tramadol [9] d'où la nécessité d'évaluer le bénéfice de ce protocole. Les anti inflammatoires non stéroïdiens permettent une épargne morphinique de 30 - 50 % d'où son utilisation systématique dans cette étude [10]. Cependant, la voie d'administration utilisée n'est pas habituelle eu égard de la littérature dans le contexte de la prise en charge de la douleur post césarienne. Le retard de reprise alimentaire pourrait justifier cette attitude. En cours d'hospitalisation, on a constaté une diminution de l'intensité de la douleur entre le premier et le deuxième jour. Cette tendance à la baisse est conforme aux données de la littérature [11] et serait la conséquence des différents antalgiques utilisés et de la régression du phénomène inflammatoire. Concernant la satisfaction de la prise en charge de la douleur, la quasi-totalité des femmes étaient satisfaites. Paradoxalement, plus d'un tiers des patientes de l'étude a rencontré des difficultés à prodiguer des soins à leurs nouveau-nés à cause de la douleur. Ce constat interpelle sur la qualité de la relation soignant-patiente. Ainsi, l'insuffisance de communication pourrait expliquer le retard à la mobilisation de la patiente et à l'allaitement du nouveau-né.

Dans la littérature, même en l'absence de protocoles de réhabilitation dans les maternités, les patientes bénéficient d'une prise en charge des NVPO à base de dexaméthasone, d'ondansétron et de dropéridol [12]. L'absence de traitement de NVPO dans cette étude pourrait s'expliquer par la méconnaissance de l'impact des NVPO sur la réhabilitation postopératoire. La césarienne

multiplie le risque de survenue de maladie veineuse thrombo-embolique par un facteur de 2 à 5 [13]. Or, les mesures préventives étaient absentes chez les patientes de l'étude. Ce résultat est constaté par Somé Der dans une étude sur l'audit des césariennes en milieu africain [14]. Le coût élevé des anticoagulants et le faible niveau de revenus des populations pourraient aussi expliquer cette insuffisance.

Le retrait tardif de la voie veineuse est dû au fait que la majorité des traitements antalgiques passaient par cette voie et à la perfusion continue d'ocytocine. Pour une meilleure réhabilitation précoce, les études préconisent une obturation de la voie veineuse à la deuxième heure et le maintien d'une voie veineuse de sécurité pendant 24 h [5].

La sonde vésicale était aussi retirée tardivement. Le maintien de la sonde vésicale est source d'inconfort, d'infection urinaire et entraîne un retard à la mobilisation [12]. Selon la littérature, la sonde vésicale doit être retirée dans un délai de 6 heures en post-césarienne en s'assurant de l'absence de rétention aiguë d'urine.

La reprise de l'alimentation était autorisée tardivement. Une reprise des boissons dès 2 h, de l'alimentation légère dès 4 à 8 h suivi de repas complets à partir du deuxième repas après une césarienne qu'elle soit réalisée sous anesthésie locorégionale ou anesthésie générale, est recommandée [13]. En effet, permettre une alimentation précoce est bénéfique pour les patientes et pour le personnel par l'administration plus aisée des antalgiques à travers la voie orale et par l'amélioration du confort lors de l'hospitalisation.

De plus, l'application d'un protocole de réhabilitation réduirait la durée du séjour hospitalier [10, 15]. Des études ont démontré qu'une perfusion lente sur 4 heures suffit à prévenir les hémorragies [12]. D'autres études en vue d'améliorer la réhabilitation en postcésarienne préconise une injection unique de carbétocine. Cette molécule a prouvé une efficacité similaire à celle de l'ocytocine [16]. La perfusion sur une durée très longue d'ocytocine dans cette étude pourrait être considérée à tort comme une mesure de prudence par le personnel de santé quand on sait que les hémorragies du postpartum sont la première cause de décès maternels en Afrique subsaharienne.

Tous les paramètres de réhabilitation post césarienne évalués dans cette étude ont été améliorés après la mise en place d'un protocole dans différents hôpitaux [17, 18].

CONCLUSION

Cette étude a permis d'évaluer les pratiques de la réhabilitation précoce post césarienne au CHUSS où il n'y a pas de protocole de réhabilitation.

Il en ressort que les différentes composantes de la réhabilitation ne sont pas suffisamment respectées. Le relais per os des antalgiques, la prévention des NVPO, la reprise précoce de l'alimentation, la mobilisation précoce, l'ablation précoce de la voie veineuse et de la sonde vésicale sont presque absents. De même, la perfusion de longue durée d'ocytocine est systématique sans efficacité prouvée alors que son impact négatif sur la réhabilitation précoce a été largement démontré.

La formation des agents de santé sur la question et l'élaboration d'un protocole de réhabilitation précoce post césarienne par une équipe pluridisciplinaire associant les obstétriciens, les anesthésistes, les pharmaciens et les paramédicaux feront suite à cette étude.

Conflit d'intérêts

Nous n'avons aucun conflit d'intérêt. Nous n'avons reçu aucun financement.

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé ce manuscrit.

RÉFÉRENCES

1. World Health Organization : appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985 ; 2(8452) : 436-437.
2. Théry G, Vial G, Hohlfeld P. Réhabilitation accélérée multimodale post césarienne, la somme de toutes les astuces. *Rev Med Suisse* 2010 ; 6 : 2005-2009.
3. Ministère de l'économie, des finances et du développement, secrétariat général, institut national de la statistique et de la démographie, annuaire statistique 2018 ; p140.
4. Ministère de la santé Burkina Faso, Centre Hospitalier Universitaire Sourou Sanou, Rapport statistique 2018.
5. Wyniecki A, Tecsy M, Benhamou D. La césarienne : une intervention qui doit maintenant bénéficier du concept de réhabilitation précoce postopératoire. *Le Praticien en anesthésie réanimation*. 2010;14:375-382.
6. Lambert G, Dewandre PY. Reste-t-il des contre-indications à l'anesthésie neuraxiale en obstétrique ? *Le praticien en anesthésie réanimation*. 2018;22:365-371.
7. Chassard D, Bouvet L. Anesthésie pour césarienne. *Anesth Réanim*. 2015;1:10-18.
8. Essola L, Ifoudji Makao A, Minkobame U, Soami V, Ngomas JF, Pambo Moumba TY, *et al*. Intérêt de l'Association Bupivacaine-Fentanyl-Morphine en Intrathécal pour l'Analgésie Post-césarienne au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville. *Health Sci. Dis*. 2019;20(5):13-17.
9. Harkouk H, Ichou L, Kassoul A, Fletcher D. Le tramadol: un ami ou un ennemi? *Le Praticien en anesthésie réanimation*. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.pratan.2018.04.001>.
10. Sima OB, Obame R, Bang N, Massai S, Nzogue NP, May T, Meye JF. Durée de séjour réduite en maternité, après accouchement par césarienne : étude pilote réalisée à la maternité de l'hôpital universitaire d'Owendo au Gabon. *Bulletin Médical d'Owendo*. 2017;15(42):108-112.
11. Rigouzzo A. Douleur et réhabilitation en post-partum. *Rev. Méd. Périnat*. 2015;7:87-95.
12. Deniau B, Faitot V, Bouhadjari N, Filippova J, Keïta H. Réhabilitation post-césarienne. Congrès de la Société Française d'anesthésie-réanimation;2014 sept 18-20; Paris, France.
13. Lahoud MJ, Benhamou D. Récupération rapide/accélérée après césarienne (RRAC) : les composantes d'une amélioration des pratiques (traitement analgésique exclu). *Douleur analg*.2016;29:114-117.
14. Somé DA, Ouattara S, Barro D, Traoré A, Bambara M, Dao B. Audit des césariennes en milieu africain. *J. SAGO*. 2009;10:29-34.
15. Sima OB, Obame R, Bang N, Massai S, Nzogue NP, May T, Meye JF. Durée de séjour réduite en maternité, après accouchement par césarienne : étude pilote réalisée à la maternité de l'hôpital universitaire d'Owendo au Gabon. *Bulletin Médical d'Owendo*.2017;15(42):108-112.
16. Pizzagali F, Agasse J, Marpeau L. Comparaison entre carbétocine et ocytocine en cours de césarienne dans la prévention des hémorragies du post partum. *Gynécologie obstétrique et fertilité*.2015; pp27-49.
17. Rafanomezantsoa T.A. *et al*. Réhabilitation précoce après opération césarienne au CHU de gynécologie obstétrique Befelatanana. *Rev. Anesth-Réanim. Med. Urg. Toxicol*.2016;8(1) :37-40.
18. Cattin A. Evaluation de la mise en place d'un protocole de réhabilitation précoce post césarienne. *Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie*. 2017;45(4):202-209.