

Réhabilitation post opératoire précoce : essai d'un protocole chez la patiente gabonaise césarisée à l'hôpital universitaire d'Angondjé (HUA).

Early post-operative rehabilitation after caesarean: test of a protocol in the Gabonese patient at University Hospital of Angondjé (UHA)

Obame R¹, Nzoghé Nguema P¹, Mandji Lawson JM², Sima Olé B³, Assoumé D³,
Sima Zué A⁴

1. *Service d'anesthésie-réanimation –urgences Hôpital Universitaire d'Angondjé(HUA)*
2. *Service d'anesthésie-réanimation- urgences Hôpital des instructions de l'armée Omar Bongo Ondimba (HIAOBO)*
3. *Service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital Universitaire d'Angondjé (HUA)*
4. *Service d'anesthésie-réanimation-urgences du CHU de Libreville(CHUL)*

Auteur correspondant : Obame Ervais Richard. Email : obame_ozar2005@yahoo.fr Tél : 00241 04357343

Résumé

Introduction : Dans les pays développés, la césarienne bénéficie d'un programme de réhabilitation postopératoire précoce. Au Gabon, ce concept n'est pas encore d'actualité.

Objectifs : Montrer les bénéfices d'une réhabilitation après césarienne chez la femme Gabonaise à partir d'un Protocole.

Matériels et Méthodes : Etude prospective, descriptive et observationnelle sur 3 mois. Les césariennes Programmées et en urgences relatives étaient incluses. Le protocole comprenait une technique de rachianesthésie, une analgésie multimodale, une reprise de l'alimentation et un lever précoce. Les variables étudiées étaient l'âge, la classification ASA, le statut obstétrical, les indications des césariennes, l'Echelle Verbale Simple (EVS), la reprise du transit, les complications liées à la rachianesthésie et à la reprise de l'alimentation et la satisfaction des patientes à la sortie.

Résultats : Au total 44,11 % des patientes ont bénéficié de ce protocole. L'âge moyen était de $28,04 \pm 4$ ans. Les multipares constituaient 58% de l'effectif et 67% des césariennes ont été réalisées en urgences relatives. La souffrance fœtale représentait 40% des indications. Seules 13% de patientes avaient un EVS = 3 à la 6ème heure. La moyenne de reprise du transit était de $20,68 \pm 7,84$ heures. Seules 11%, 4,50% et 2 % avaient présenté respectivement des nausées, des vomissements et un ballonnement abdominal. La satisfaction était totale dans 82% des cas.

Conclusion : la réhabilitation post opératoire de la césarienne au Gabon ne doit plus être un problème d'école ou de génération. Elle requiert une formation des personnels et une information documentée aux patientes.

Mots clés : césarienne, réhabilitation, postopératoire, Gabon

Summary

Introduction: In developed countries, Caesarean section boasts an early postoperative rehabilitation program. In Gabon, this concept is not yet

Objectives: Show the benefits of a pardon after caesarean female Gabonese from a protocol.

Materials and methods: prospective, observational and descriptive study for 3 months. Caesarean sections scheduled and related emergencies were included. The Protocol included a technique of anesthesia, multimodal analgesia, a resumption of food and an early sunrise. The studied variables were age, ASA classification, obstetrical status, the indications of Cesarean sections, the scale Verbal Simple (EVS), the resumption of transit complications related to spinal anesthesia and the resumption of food and the satisfaction of patients at the exit.

Results: total 44, 11% of patients have benefited from this Protocol. The average age was $28, 04 \pm 4$ years. The multiparous accounted for 58% of the workforce and 67% of Cesarean sections were done in related emergencies. Fetal distress represented 40% of the indications. Only 13% of patients had an EVS = 3 to the 6th hour. The resumption of transit averaged 20.68 ± 7.84 hours. Only 11%, 4.50% and 2% were presented respectively by nausea, vomiting and abdominal bloating. Satisfaction was total in 82% of cases.

Conclusion: post-operative rehabilitation of caesarean section in Gabon should no longer be a problem of school or generation. It requires trained personnel and documented patient information.

Key words: cesarean section, postoperative rehabilitation, Gabon

Introduction

Dans les pays développés, la césarienne est aujourd'hui considérée comme une intervention chirurgicale mineure [1], au point que ces patientes bénéficient, dans une large mesure, d'une réhabilitation en postopératoire immédiat. L'objectif de cette dernière est d'autonomiser rapidement les patientes afin de se concentrer sur leurs nouveau-nés [1]. Au Gabon, seule la conception empirique fondée sur la hantise des complications liées à l'iléus postopératoire et les céphalées sur brèche dure-mérienne est d'actualité. La règle applicable est donc une interdiction formelle de toute reprise alimentaire globale avant toute reprise du transit intestinal ou levée du lit avant 24 heures après une rachianesthésie. Dans le contexte gabonais, l'inconvénient de cette pratique est une durée d'hospitalisation plus longue alourdissant le coût des soins. Il faut ajouter un inconfort lié à la faim, un alitement prolongé et une prise en charge approximative de la douleur post opératoire. A partir de ce travail nous avons voulu essayer d'évaluer les effets potentiellement bénéfiques d'une réhabilitation précoce chez la femme noire Gabonaise.

Matériels et Méthodes

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et observationnelle. Elle s'est déroulée sur une période de trois mois allant du 01 mars au 31 mai 2014 au sein de la maternité et des soins intensifs de l'hôpital Universitaire d'Angondjé (HUA). Un accord préalable du comité d'éthique, de même que celui des patientes ont été obtenus. Le personnel de la maternité a été formé préalablement à l'étude. Les césariennes programmées et celles réalisées en urgence relative (délai de réalisation supérieur à 10 minutes) avant 17 h étaient incluses. Les critères d'exclusion étaient toutes les césariennes réalisées entre 5h du soir et 6h du matin. Les césariennes réalisées sous anesthésie générale étaient également exclues. Le protocole proposé aux patientes était le suivant : une rachianesthésie avec 2ml de bupivacaine hyperbare à 5mg.ml⁻¹ mélangés à 25 µg de fentanyl. Toutes ces rachianesthésies étaient réalisées avec des aiguilles spinales de 26 Gauge muni d'un introducteur. Une analgésie multimodale était démarrée systématiquement 30 minutes avant la fin de l'intervention et comprenait du paracétamol 1g, du kétoprofène 100 mg et du néfopam 20 mg, le tout

par voie intraveineuse (perfusion d'au moins 15 à 30 minutes). En hospitalisation, il était administré également (toujours en perfusion d'au moins 15 à 30 minutes) et systématiquement du paracétamol 1g et du néfopam 20 mg toutes les 6 heures associées au kétoprofène 100 mg toutes les 12 heures. En cas de contre-indication au kétoprofène et/ou si EVS ≥2, le Tramadol 100 mg (1 ampoule dans 100ml de sérum physiologique en perfusion également de 30 minutes) était introduit toutes les 6 heures. A la 72^{ème} heure postopératoire, un relai oral se faisait avec du paracétamol comprimé 1 g toutes les 8 heures associé si nécessaire au kétoprofène 100 mg toutes les 12 heures pendant 3 jours. La voie veineuse périphérique était également retirée sauf en cas de nécessité. Du chewing-gum à mâcher étaient introduit à partir de la deuxième heure et les boissons autorisées (eau, thé et jus d'orange) à la quatrième heure post interventionnelle.

L'Alimentation orale, à base de bouillie ou de bouillon de poisson était proposée à la sixième heure. La sonde urinaire était retirée à la sixième heure et la mobilisation préconisée dès l'ablation de cette dernière. Le premier pansement se faisait au troisième jour post opératoire et la sortie au quatrième jour de l'hospitalisation. Les variables étudiées étaient : l'âge, la classification ASA, le statut obstétrical, les antécédents d'ulcère gastroduodéal, les indications des césariennes, la douleur postopératoire au repos au moyen de l'Echelle Verbale Simple (EVS), la reprise du transit par les gaz, les complications liées à la rachianesthésie (céphalées post brèche dure mérienne) et celles liées à la reprise précoce de l'alimentation (nausées, vomissements et ballonnement abdominal) et la satisfaction des patientes à la sortie. L'analyse statistique a été réalisée au moyen du logiciel SPSS 20 .0

Résultats

Quarante-cinq patientes sur cent deux ont pu bénéficier de ce protocole durant cette période. L'âge moyen de nos patientes était de 28 ± 4 ans. Quatre avaient des antécédents d'ulcère gastroduodéal et neuf étaient classées ASA2. Les multipares, 26 cas (58%) constituaient la majorité et trente interventions (67%) ont été réalisées en urgences relatives. Les différentes indications étaient : les souffrances fœtales 18 cas (40%), les utérus cicatriciels 10 cas (22%), les disproportions foeto-pelviennes : 7 cas (16%), les présentations

dystociques : 5 cas (11%), la pré éclampsie : 4 cas (9%) et le terme dépassé : 1 cas (2%). Toutes les patientes avaient un EVS à 0 au sortir du bloc et 90% de patientes (40 cas) un EVS à 1 à la 12^{ème}

heure post interventionnelle. Seules 6 patientes (13%) avaient signalées des douleurs fortes (EVS à 3) à la 6^{ème} heure. Au-delà de la 24^{ème} heure, 78 % des patientes (35 cas) n'avaient pas signalé de douleur au repos, (**tableau I**).

Tableau I : évaluation horaire de la DPO en fonction de l'EVS

EVS	Absente 0		Faible 1		Modérée 2		Forte 3		Insupportable 4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
H0	45	100	0	0	0	0	0	0	0	0
H6	0	0	37	82	2	5	6	13	0	0
H12	0	0	40	90	5	10	0	0	0	0
H18	0	0	36	80	9	20	0	0	0	0
H24	0	0	41	91	4	9	0	0	0	0
H48	35	78	10	22	0	0	0	0	0	0

Dans les tranches horaires de 7 à 14 heures, 12 patientes (27 %) avaient déjà une reprise du transit par des émissions de gaz. Le maximum, de 14 cas (31%), se retrouvait entre la 27^{ème} et la 32^{ème} heure

postopératoire. La moyenne était de $20,68 \pm 7,84$ heures avec comme minimum et maximum respectifs 7 et 32 heures postopératoires (**tableau II**)

Tableau II : Reprise du transit en fonction des tranches horaires

Temps de reprise du transit	Effectif (n)	Pourcentage (%)
7- 14h	12	27
15-19h	10	22
20-26h	09	20
27-32h	14	31
Total	45	100

Cinq patientes (11%) s'étaient plaintes de nausées et 2 (4,50 %) de vomissements. Seule une patiente (2%) a signalé un ballonnement abdominal. Des céphalées post brèche dure mériennes n'ont pas été

signalées (**tableau III**). Dans 82% des cas (37 patientes), les patientes étaient satisfaites alors que huit (18%) l'étaient moyennement (**tableau III**).

Tableau III : Caractéristiques Postopératoires

Caractéristiques postopératoires	Effectif	Pourcentage (%)
Complications	Nausées	5
	Vomissements	2
	Ballonnement	1
	Céphalées	0
	Totale	37
Satisfaction	Moyenne	8
	Nulle	0

Discussion

La césarienne est l'une des interventions chirurgicales les plus pratiquées chez la femme dans le monde [1]. Elle atteint 20 à 25 % des accouchements dans la plupart des pays développés [1]. Au Gabon, son taux était de 10 % en 2012 au centre hospitalier universitaire de Libreville, considéré comme le centre de référence nationale [2]. Il s'agit d'une chirurgie sans effet significatif sur le transit, contrairement à ce que beaucoup croient comme l'attestent les pratiques qui conduisent à ne reprendre l'alimentation et les boissons qu'après les premiers gaz [1]. L'intérêt de ce jeûne postopératoire n'a jamais été clairement décrit. Il trouve sa justification dans la tradition chirurgicale afin d'anticiper une éventuelle reprise,

réduire le risque d'iléus postopératoire, réduire les nausées et les vomissements qui pourraient mettre en tension les cicatrices [3]. Depuis les années 90, Kehlet a développé un nouveau concept sur la réhabilitation post opératoire en se basant initialement sur de la chirurgie digestive [4-9]. Cette réhabilitation vise à favoriser la récupération rapide des capacités physiques et psychiques antérieures du patient opéré [4]. Il se focalise sur la réduction des facteurs impliqués dans la limitation de la récupération comme la douleur, les dysfonctions d'organes, l'immobilité [4]. Elle s'appuie sur la maîtrise de la douleur post opératoire au moyen d'une analgésie multimodale, la reprise précoce de l'alimentation orale (liquide et solide) et sur la mobilisation précoce des patients ; procurant ainsi confort, reprise précoce du transit, durée d'hospitalisation réduite et gain économique [4]. Aujourd'hui, ce concept s'étend aussi à d'autres chirurgies comme la chirurgie pelvienne, notamment dans la prise en charge postopératoire de la césarienne. L'analgésie multimodale, selon ce concept, repose sur l'efficacité de l'association anesthésie locorégionale avec l'usage des adjuvants tels que les morphiniques (fentanyl et/ou de morphine) et d'une analgésie systémique multimodale initiée trente minutes avant la fin de l'intervention [1,4,5,6]. La rachianesthésie, du fait de la bupivacaine, est responsable entre autre d'un bloc sensitif, analgésique. Ce bloc est potentialisé par l'adjonction de fentanyl en intrathécale et est responsable d'une inhibition sélective de la transmission du message nociceptif véhiculé par les fibres A delta C [6]. Cet effet analgésique est donc obtenu en quelques minutes mais de plus courte durée (1 à 4 heures) [6]. Ceci, explique l'absence de douleur chez nos patients à H0. Par contre la présence de faibles douleurs (EVS à 1) chez trente-sept patientes (82% des cas) à la sixième heure et de douleurs modérées (EVS à 2) à la 18^{ème} heure post interventionnelle (20% des cas), illustre la levée de ce bloc central au-delà de ce temps. La présence de douleur d'intensité modérée (EVS à 2) à la sixième heure et en faible proportion (5%) révèle tout l'intérêt de la levée du bloc central relayée par l'association d'une analgésie multimodale systémique démarrée en per opératoire et poursuivie en postopératoire immédiat. Cette analgésie systémique, contrairement à l'analgésie par bloc central, ne fait que diminuer le seuil de nociception. En effet, La douleur de la césarienne est intense dans les 24-48 premières heures et au défi quantitatif, s'ajoute un défi qualitatif, la patiente devant rapidement prendre en charge le nouveau-né [7]. Elle requiert de ce fait, un traitement antalgique multimodal. Ce traitement repose sur des associations qui comprennent deux à

quatre molécules parmi les suivantes : paracétamol, néfopam, tramadol et anti-inflammatoires non stéroïdiens pendant 24-48 heures par voie systémique avant un relai simple par du paracétamol oral à partir de la 72^{ème} heure [1, 5, 7]. Dans notre étude, trois de ces molécules étaient systématiquement associées sauf en cas de douleurs modérées ou du tramadol y était rajouté. Elle procure non seulement un confort aux patientes leur permettant de s'occuper de leurs enfants, mais en plus elle participe à un retour précoce du transit en agissant sur l'iléus reflexe postopératoire induit par le phénomène inflammatoire chirurgical [4-9]. Dans notre étude, cette reprise moyenne du transit (émission de gaz) était de 20,68 +/-7,84 heures et Les extrêmes à 7 heures et 32 heures postopératoires. Ces résultats révèlent, non seulement l'action de la maîtrise de la douleur sur la reprise du transit, mais également l'intérêt de démarrée tôt la reprise du transit avec des moyens telles que la prise du chewing-gum initiée dans notre protocole dès la deuxième heure post interventionnelle associée à une reprise de boissons (Yaourt, thé et jus d'orange) à la quatrième heure, de même qu'une alimentation orale à la sixième heure. Ce délai moyen d'émission des gaz semble plus long dans l'étude de Zoumenou et coll. au Bénin, qui retrouvait 34,8 +/- 20,7 heures pour les aliments solides et à 39,85 +/-23,5 heures après ingestion d'aliments liquides [8]. Ils réintroduisaient les boissons ou les aliments solides dès la sixième heure postopératoire. Notre délai moyen de reprise est par ailleurs plus long que celui de Deniau et Coll. à l'hôpital Louis Mourier de Paris (12,1 +/- 5,5 heures) où la reprise des liquides clairs se faisait à H2 [4]. Dans notre protocole, la stimulation digestive est commencée par la mastication du chewing-gum, qui agirait par stimulation vagale directe, libération d'hormones gastro-intestinales et augmentation de la production d'hormones salivaires et pancréatiques favorisant une reprise précoce du transit [9]. Cette stimulation digestive associée à l'ingestion d'aliments liquides et solides favorise une reprise précoce du transit [9]. La hantise des complications gastro-intestinales, (17,50%) dans notre série, semble ne pas se justifier ; même si nos résultats sont au-dessus de ceux de Zoumenou et coll. (6%) [8], mais proches de ceux Kramer et coll. (14%) [10] et de Soriano et al. (17 %) [11] et bien en dessous de ceux de Patolia et al. aux USA (31%) [12]. En effet, une réalimentation précoce dans le cadre de la césarienne, n'a pas d'effet négatif sur la reprise du transit, mais permet de réduire la sensation de faim et de soif dont souffrent une grande majorité de patientes. Par ailleurs, elle permet de réduire le délai de reprise du transit et de diminuer la durée d'hospitalisation [4].

Elle concourt à l'amélioration de la condition physique de la patiente et à son bien-être, lui permettant ainsi de s'occuper de son nouveau-né dès les premiers jours [1]. Cette amélioration de sa condition physique et de ce bien-être passe aussi par une mobilisation précoce avec l'ablation de la sonde urinaire, dès la sixième heure dans notre série, mais aussi comme le préconise Benhamou et coll. [1] au sortir de la salle de réveil dès que le bloc sensitif et moteur sont levés. La peur de la rétention d'urine liée aux morphiniques ne s'explique pas au-delà de la sixième heure, d'autant plus que l'effet des molécules liposolubles par voie intrathécale ne se limite qu'à une durée de deux à quatre heures [1]. Le retrait de la sonde vésicale a un impact important sur la réhabilitation ; elle améliore le confort, la mobilité et réduit le risque d'infections urinaires nosocomiales sur sondage [4,13,14]. La peur des céphalées post brèche dure mérienne quant à elle, constitue également un facteur limitant de la mobilisation précoce dans notre pratique. Celles-ci sont le plus souvent la résultante des mauvaises pratiques, dont l'usage d'aiguilles de rachianesthésie de gros diamètres (22 Gauge) [15]. Dans notre série, conformément aux dernières recommandations [15], seules les aiguilles de rachianesthésie de 25 à 26 gauges ont été utilisées. Leur risque de céphalées est moindre, alors que la déambulation précoce, utile à la réhabilitation de nos patientes, est plus aisée. Cette déambulation précoce participe également à la prévention de la maladie thromboembolique veineuse qui est une des premières causes de morbi-mortalité maternelle dans les pays industrialisés [16]. Cette

autonomisation précoce et rapide des patientes a pour corollaire une réduction de leur durée de séjour à l'hôpital avec baisse du coût global de leur prise en charge. Elle a été de quatre jours dans notre étude. Cette durée de séjour est conforme aux recommandations de bonne pratique éditée par la Haute Autorité de Santé (HAS) en France en mars 2014 [17]. Elle est au-dessus de certaines recommandations Anglaises qui envisage une sortie à J1 postopératoire sans entraîner une augmentation du taux de réadmissions maternelles ou néonatales ; mais ceci après mise en place d'un programme de réhabilitation pour les césariennes programmées [4,18]. Cette étude, nonobstant son faible effectif (45 sur 102 césariennes), a recueilli une bonne adhésion des patientes avec une satisfaction globale de plus de 80 % quant à ce protocole.

Conclusion

Le concept de la réhabilitation post opératoire précoce après césarienne, dans notre contexte ne doit plus être un problème d'école ou de génération. Il doit s'intégrer dans une logique d'optimisation de la prise en charge post opératoire des patientes. Cette prise en charge qui tient compte de l'aspect : assurance-qualité que doivent offrir les hôpitaux aux patients. La satisfaction exprimée, dans cette étude, par l'ensemble des patientes doit être le leitmotiv pour son instauration systématique en postopératoire sans aucune discrimination c'est-à-dire applicable aussi bien pour les patientes opérées en urgence que pour celles prises sous anesthésie générale. Elle requiert tout de même, la nécessité d'une formation des personnels médicaux et paramédicaux et une information médicale bien documentée des patientes.

Références

1. **Wyniecki A, Tecszy M, Benhamou D.** La césarienne : une intervention qui doit maintenant bénéficier du concept de réhabilitation précoce postopératoire. *Le Praticien en anesthésie réanimation* 2010 ; 14 : 375-82
2. **Obame R, Nzoghe Nguema P, Sima Zué A, Essola L, Sima Olé B.** Plaidoyer pour la prise en charge multidisciplinaire des parturientes au Gabon : place du médecin anesthésiste. *Rev Afr anesth Med Urgence* 2013 ; 18 : 96-100
3. **Théry G, Vial Y, Hohlfeld P.** Réhabilitation accélérée multimodale post-césarienne, la somme de toutes les astuces. *Rev Méd Suisse* 2010 ; 6 : 2005-09
4. **Deniau B, Failot V, Bouhadjari N, filippova J, Keita H.** Réhabilitation post-césarienne. Le congrès Médecins. Conférence d'Actualisation Sfar 2014, p.1-14
5. **Brichant JF.** Réhabilitation Postpartale. In : *Anesthésie-Réanimation obstétricale.* Paris : Masson.2009 ; p.125-130
6. **Diemunsch P, Pottecher J, Noll E.** Rachianesthésie pour césarienne. In : *Anesthésie-Réanimation obstétricale.* Paris : Masson.2009 ; p.104-105
7. **Chassard D, Thénoz N, Soler S, Boselli E.** Anesthésie Générale pour césarienne. In : *Anesthésie-Réanimation obstétricale.* Paris : Masson.2009 ; p.96-97
8. **Zoumenou E, Denakpo JL, Assouto P, Tchaou B, Lokossou T.** Reprise précoce de l'alimentation après césarienne chez la femme noire Africaine : alimentation liquide versus alimentation solide. *Méd Trop.* 2011 ; 71 : 165-68
9. **Beloil H.** Réhabilitation Postopératoire : les petits moyens sont efficaces ! *Communications MAPAR* 2009 ; p.51-57.

10. **Kramer RL, Van Someren JK, Qualls CR, Curet LB.** Postoperative management of cesarean patients: the effect of immediate feeding on the incidence of iléus. *Obstet Gynecol* 1996; 88: 29-32.
11. **Soriano D, Dulitzky M, Keider N, Barkai G, Mashiach S, Seidman DS.** Early oral feeding after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1996 ; 87 :1006-8.
12. **Patolia DS, Hilliard RL, Toy EC, Baker B.** Early feeding after cesarean: randomized trial. *Obstet Gynecol* 2001 ; 98 : 113-6.
13. **Ghoreishi J.** Indwelling urinary catheters in cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet* 2003 ; 83 : 267-70.
14. **Onile TG, Kuti O, Otji EO, Ogunniyi SO.** A prospective randomized clinical trial of urethral catheter removal following elective cesarean delivery. *Int J Gyneacol Obstet* 2008 ; 102 :267-70
15. **Diemunsch P, Noll E.** Brèches dure-méno-arachnoïdiennes. In : *Anesthésie-réanimation obstétricale*. Paris : Masson.2009 ; p.62-64.
16. **Brichant JF.** Réhabilitation Postpartale. In : *Anesthésie-réanimation obstétricale*. Paris : Masson.2009 ; p.31-32
17. **Recommandations de bonne pratique :** « Sortie de maternité après une durée de séjour standard : Conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-né » HAS Mars 2014.
18. **Vickers R, Das B.** Enhanced recovery in obstetrics. *Int J Obstet Anesth* 2013; 22: 349