

Reprise précoce de l'alimentation en post-opératoire des césariennes : expérience du Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo (CHUO)

Early resumption of feeding in postoperative cesarean section: experience of the University Hospital of Owendo (CHUO)

Obame R¹, Mandji Lawson JM², Sima Olé B³, Diundu-Di-Kombile A¹, Essola L⁴, Nzoghé Nguema P¹, Sima Zué A⁴.

1. *Service d'anesthésie-réanimation. Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo (CHUO)*
2. *Service d'anesthésie réanimation et des Urgences. Hôpital des Instructions des Armées Omar Bongo Ondimba (HIAOBO)*
3. *Service de Gynécologie et Obstétrique. Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo(CHUO)*
4. *Département d'anesthésie réanimation et Urgences. Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (CHUL)*

Auteur correspondant : Obame Ervais Richard. Email : Obame_ozer2005@yahoo.fr. Portable : (00241) 02 06 19 24

Résumé

Introduction : en occident, la reprise précoce de l'alimentation après césarienne est un sujet d'actualité. Au Gabon, seule la conception fondée sur la hantise des complications digestives est encore d'actualité.

Objectif : démontrer l'intérêt d'une reprise précoce de l'alimentation chez la césarisée dans notre contexte.

Patientes et Méthodes : il s'agissait d'une étude prospective et descriptive réalisée du 1^{er} juin au 31 août 2016 dans Les services de gynécologie-obstétrique et d'anesthésie-réanimation du CHUO. Le protocole comprenait une stimulation digestive par du chewing-gum initiée en salle de surveillance post interventionnelle. En maternité, une alimentation orale liquide débutait à la deuxième heure post opératoire, se poursuivait à la troisième heure et à la cinquième heure, l'alimentation solide était proposée. Les variables d'étude étaient l'âge, les indications des césariennes, le délai de reprise du transit, les complications digestives. L'analyse des données a été faite à partir du logiciel SSPS version 17.

Résultats : cinquante-une (51) patientes ont été incluses. La moyenne d'âge était de $29,51 \pm 5,7$ ans. La reprise moyenne du transit par les gargouillements était de $6 \pm 5,97$ heures. La reprise moyenne du transit par l'émission de gaz était à $12 \pm 7,04$ heures. La moyenne de reprise de selles était de $19 \pm 16,66$ heures. Sept patientes avaient présenté des complications digestives mineures (nausées, vomissements).

Conclusion : la reprise précoce de l'alimentation qui intègre le concept de la réhabilitation post opératoire permet chez la césarisée un retour rapide du transit et concoure à une meilleure autonomisation.

Mots clés : alimentation précoce, césarienne, réhabilitation, Gabon

Summary

Introduction: in the West, the early resumption of food after caesarean is a hot topic. In Gabon, only the design based on the haunting of digestive complications is still topical.

Objective: demonstrate the interest of an early resumption of feeding at the course in our context.

Patients and methods: prospective and descriptive study conducted from June 1 to August 31, 2016, in services of Gynecology-obstetrics and anesthesia-reanimation of the CHUO. The Protocol included a digestive stimulation by gum initiated in interventional monitoring post room. In maternity, a liquid oral feeding began at the second hour post-surgery, continued to the third hour and the fifth hour, solid food was offered. Study variables were age, the indications of Cesarean section, the recovery of the transit time, digestive complications. The data analysis was made from the software version 17 SSPS.

Results: Fifty - one patients were included. The average age was 29.51 ± 5.7 years. The average recovery of transit by the gurgling was 6 ± 5.97 hours. The average recovery of gas transiting was at 12 ± 7.04 hours. The resumption of stool averaged $19 \pm 16,66$ hours. Only seven patients presented digestive complications.

Conclusion: allows the early resumption of food that incorporates the concept of post-operative rehabilitation at the course a quick return to the transit and contributes to a better empowerment.

Key words: power early, cesarean, rehabilitation, Gabon

Introduction

En occident, la reprise précoce de l'alimentation après une césarienne est un sujet d'actualité. Elle intègre le concept de la réhabilitation précoce dont l'un des principaux piliers est basé sur cette reprise précoce de l'alimentation [1,2]. Au Gabon, l'adhésion aux principes de reprise précoce de l'alimentation post-césarienne est encore insuffisante voire inexistante en raison de la hantise des complications liées à l'iléus post opératoire. La règle applicable est donc une interdiction formelle de toute reprise alimentaire avant toute reprise du transit intestinal.

L'objectif de cette étude était de démontrer l'intérêt d'une reprise précoce de l'alimentation chez la césarisée dans notre contexte.

Patientes et Méthodes

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive. Elle a été réalisée sur une période de 3 mois, allant du 1^{er} juin au 31 août 2016. Les services de gynécologie-obstétrique et d'anesthésie-réanimation du centre hospitalier universitaire d'Owendo (CHUO) servaient de cadre d'étude. Toutes les césariennes programmées, les césariennes en urgences relatives (délai de réalisation pouvant attendre les 10 à 30 minutes) et réalisées sous rachianesthésies étaient incluses. Celles faites en urgence absolue, sous anesthésie générale, entre 24h et 4h du matin et le refus des

patientes de participer à l'étude constituaient les critères de non inclusion. Le protocole comprenait une stimulation digestive par du chewing-gum initiée dès le lever du bloc moteur et sympathique en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI). En maternité, L'alimentation orale était proposée et débutée à la deuxième heure post opératoire après la sortie de la SSPI (la parturiente buvait un verre d'eau, un yaourt et un jus d'orange). A la troisième heure la patiente s'alimentait à base d'une bouillie de pomme de terre ou un potage de vermicelle et à la cinquième heure, un bouillon de poisson était proposé. Les variables d'étude étaient l'âge, les indications des césariennes, le délai de reprise du transit et les complications digestives. L'analyse des données a été faite à partir du logiciel SSPS version 17.

Résultats

Durant la période d'étude, 111 patientes avaient bénéficié d'une césarienne sur un total de 546 accouchements soit 20 % des accouchements. Parmi elles, 51 patientes (46% des cas) ont été incluses. La moyenne d'âge des parturientes était de $29,51 \pm 5,7$ ans. Les extrêmes étaient de 16 ans et 41 ans. Les indications de césarienne les plus fréquentes étaient la macrosomie fœtale (25,5%) suivi de la souffrance fœtale aiguë avec 21,6 % des cas

(tableau I).

Tableau I : Répartition des patientes en fonction des indications de césarienne

Indications de Césarienne	Effectif	Pourcentage(%)
Macrosomie fœtale	13	25,5
Souffrance fœtale aiguë (SFA)	11	21,6
Position vicieuse	8	15,7
Bassin rétréci	7	13,7
Utérus cicatriciel	6	11,8
pré éclampsie	3	5,9
post terme	1	2,0
retard de croissance	1	2,0
dystocie cervicale	1	2,0
Total	51	100,0

Les gargouillements apparaissaient chez la majorité des patientes (66,7%) pendant les 6 premières heures post opératoires. La reprise moyenne du transit par les gargouillements était de $6 \pm 5,97$ heures. Le retour du transit par l'émission de gaz

était observé chez 26 parturientes (51%) entre la 1^{ère} et la 12^{ème} heure post opératoire. La reprise moyenne du transit par l'émission de gaz était à $12 \pm 7,04$ heures (Tableau II).

Tableau II : Effectif d'apparition des gargouillements et des gaz en fonction des tranches horaires

Tranches horaires (h)	Gargouillements		Gaz	
	N	%	N	%
1-6	34	66,7	15	29,4
7-12	10	19,6	11	21,6
13-18	2	3,9	14	27,4
19-24	5	9,8	11	21,6

Le retour du transit par les selles s'observait pendant les 24 premières heures pour plus de la moitié des patientes (n= 38 soit 74,5%). La

moyenne de reprise de selles était de $19 \pm 16,66$ heures (Figure 1).

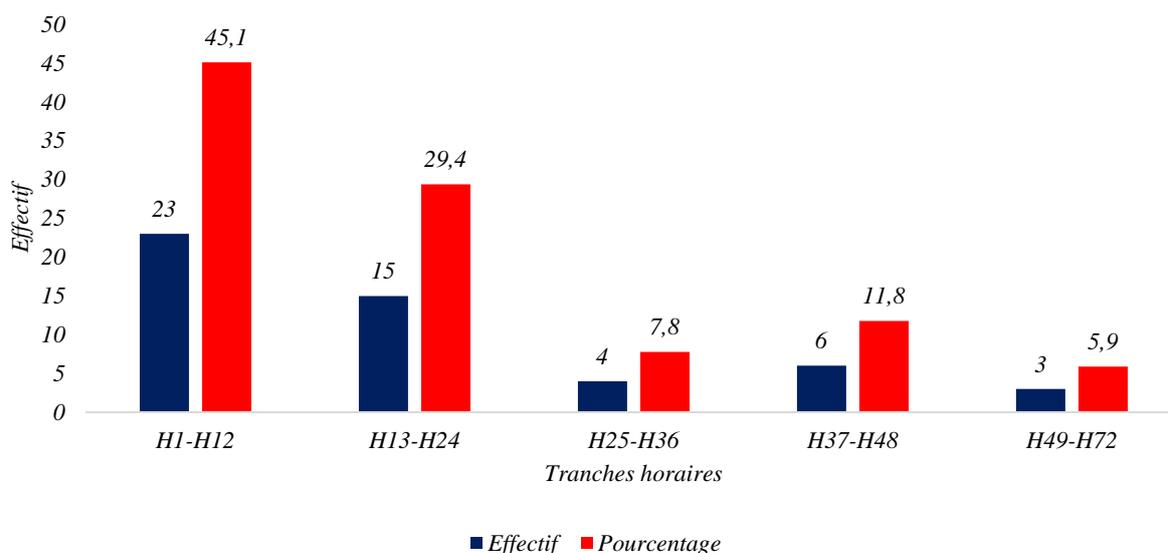


Figure 1 : Effectif d'apparition des selles en fonction des tranches horaires

Sept patientes (14% de l'effectif) avaient présenté des complications digestives (**tableau III**).

Tableau III : Répartition des patientes en fonction des complications digestives

Complications digestives	Effectif	Pourcentage (%)
Nausée	4	8
Vomissement	3	6
Total	7	14

Discussion

Cette étude a montré l'innocuité de la reprise précoce de l'alimentation liquide et solide. En effet, les reprises moyennes du transit par des gargouillements était de $6 \pm 5,97$ heures, des gaz à $12 \pm 7,04$ heures et des selles à $19 \pm 16,66$ heures. La stimulation digestive débutée par la mastication du chewing-gum en SSPI avait pour but de favoriser une augmentation de la sécrétion de salive et donc d'atténuer la sensation de sécheresse buccale, de faim et de soif toujours présente en fin d'intervention d'une part et de permettre une réduction du risque d'iléus paralytique et une reprise précoce du transit [3,4].

Cette reprise précoce du transit abdominal est significativement plus rapide que de l'étude réalisée à Angondjé en 2015 qui avait noté une reprise moyenne des gaz de $20,68 \pm 7,84$ heures [3]. Dans cette étude, le chewing-gum était introduit à la 2^{ème} heure postopératoire, les liquides à la 4^{ème} heure et les aliments solides à la 6^{ème} post opératoire [3]. Quant à Zoumenou et al. au Bénin, leurs délais sont encore plus longs. Ils retrouvaient une reprise moyenne des gaz de $34,8 \pm 20,7$ heures pour les aliments solides et de $39,85 \pm 23,5$ heures pour les aliments liquides [5]. Par contre Deniau et al. avaient des résultats similaires aux nôtres en ce qui concerne le délai de reprise du transit par les gaz

($12,1 \pm 5,5$ heures) [6].

De nombreux travaux ont été menés sur la tolérance et la sécurité d'une alimentation post opératoire avec des expériences qui introduisaient progressivement des boissons, puis des alimentations semi-liquides et enfin des alimentations légères à normales. La première équipe à s'être intéressée à la reprise de l'alimentation orale après césarienne est celle de Guedj et al. dans une étude parue en 1991 et concernant 51 patientes césarisées sous anesthésie péridurale [7]. Les patientes étaient randomisées en deux groupes : hydratation post opératoire immédiate sans limite quantitative versus attente pendant au moins 24 heures. Aucune différence significative entre les deux groupes n'était retrouvée sur les items suivants : nausées et vomissements post opératoires, délai d'apparition des gaz et bruits hydro-aériques. Les auteurs concluaient qu'une réhydratation orale immédiate n'avait pas d'effet délétère sur le péristaltisme après césarienne. En 2002, Benhamou et al. confirmaient ces résultats et montraient que la reprise précoce de l'alimentation était non seulement dénuée d'effet gastro-intestinal, mais en plus diminuait la sensation de faim et de soif des patientes, sans effets secondaires, le tout en augmentant la satisfaction maternelle pierre angulaire de la

réhabilitation précoce post césarienne [8]. Plusieurs études se rejoignent sur le fait qu'il n'existe pas plus de risques de complications gastro-intestinales, lorsque les patientes sont autorisées à boire et à s'alimenter rapidement après l'intervention. Elle améliore même la reprise du transit gazeux et solide de façon significative, c'est une action réaliste. [9,10]. Laisser les patientes à jeun après une césarienne et ne leur donner à boire et à manger qu'après la reprise du transit est une attitude ancrée dans les esprits depuis longtemps. Ce dogme est théoriquement destiné à prévenir les nausées et vomissements postopératoires, et mettre le tube digestif au repos [11]. Cette conduite est encore acceptée par des patientes et admise par beaucoup de médecins dans nos pays. La conséquence étant un allongement prolongé, une reprise retardée du transit, une hospitalisation plus longue (5 jours en moyenne), avec un coût élevé et un manque de lits d'hospitalisation pour les autres patientes. Les complications gastro-intestinales, dans notre étude,

étaient dominées par des nausées et des vomissements post prandiaux chez 7 patientes. La crainte des complications gastro-intestinales après reprise précoce de l'alimentation n'est pas justifiée au regard des données de la littérature et ne devrait plus être un frein dans la mise en place des programmes de réhabilitation après césarienne [3, 12-16].

Conclusion : la reprise précoce de l'alimentation qui est l'un des piliers du concept de la réhabilitation post opératoire permet chez la césarisée, une reprise précoce de transit. Elle concourt à une autonomisation rapide des patientes et à établir une relation mère-enfant dans de meilleures conditions. L'attente de la reprise du transit représente donc une option inutile. La césarienne est donc mieux vécue, le tout participant à son humanisation. La reprise précoce de l'alimentation mérite d'être encouragée dans nos hôpitaux où les places font souvent défaut en maternité

Références

1. **Wyniecki A, Tecszy M, Benhamou D.** La césarienne : une intervention qui doit maintenant bénéficier d'un concept de réhabilitation postopératoire. *Pratan* 2010;14 : 375-82.
2. **Wallois M.** Prise en charge de la douleur après césarienne sous anesthésie locorégionale. *Pratan*. 2015; 19 : 28-33.
3. **Obame R, Nzoghe Nguema P, Mandji-Lawson JM, et al.** Réhabilitation post opératoire précoce : essai d'un protocole chez la patiente gabonaise césarisée à l'hôpital universitaire d'Angondjé (HUA). *Rev. Afr. Anesth. Med. Urg* 2015 ; 20 :57-61.
4. **Benhamou D, Fuchs F.** Césarienne et post-partum. Recommandations pour la pratique clinique. *J Gynécol Obst Biol Reprod* 2015 ; 44 :1111-17.
5. **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. *Med Trop.* 2011; 71 : 165-68.
6. **Deniau B, Faitot V, Bouhadjari N, Filippova J, Keita H.** Réhabilitation post-césarienne. *In Sfar*, ed. Conférences d'actualisation. 56e Congrès national d'Anesthésie-Réanimation. Paris, Elsevier 2014; 1-14.
7. **Guedj P, Eldor j, Stark M.** Immediate postoperative oral hydration after caesarean section. *Asi Oceania J Obstet Gynaecol* 1991; 17:125-9.
8. **Benhamou D, Tecszy M, Parry N et al.** Audit of an early feeding program after cesarean delivery; patient wellbeing is increased. *Can J Anaesth.* 2002; 45:814-19
9. **Soriano D, Dulitzki M, Keidar N, Barkait G, Mashiach S, Seidman DS.** Early oral feeding after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 1006-87.
10. **Malhotra N, Khanna S, Pasrija S, Jain M, Agarwala RB.** Early oral hydration and its impact on bowel activity after elective caesarean section-Our experience. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005; 120: 53-6.
11. **Slim K.** Fast-tracking en post opératoire : chasse aux sondes, marche et alimentation précoce. *In SFAR*, ed Journées monothématiques de la Sfar. 57e Congrès national d'anesthésie-Réanimation. Paris Elsevier Masson 2015; 1: 429-34.
12. **Kehlet H.** Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *Br J Anaesth* 1997; 78: 606-17.
13. **Siddick SM, Aouad MT, Jalbout MI et al.** Diclofenac and/or paracetamol for postoperative pain Management after cesarean delivery in patients receiving PCA morphine. *Reg Anesth pain Med.* 2001; 26: 310-5.
14. **Patolia DS, Hilliard RL, Toy EC, Baker B.** Early feeding after cesarean: randomized trial. *Obstet Gynecol* 2001; 98: 113-16.
15. **Teoh WH, Shah MK, Mah CL.** A randomized controlled trial on beneficial

-
- effects of early oral feeding post-caesarean delivery under regional anaesthesia. Singapore Med J 2007; 48: 152-57.
16. **Kramer RL, Van Someren JK, Qualls CR, Curet LB.** Postoperative management of cesarean patients: the effect of immediate feeding on the incidence of ileus. Obstet Gynecol 1996; 88: 29-32