

Evaluation d'un protocole de réhabilitation améliorée après césarienne sous rachianesthésie au CHR de Saint-Louis

Dieng M.¹ ; Thiam O.² ; Diedhiou
M.¹ ; Sarr C. C. T.² ; Kane K.¹ ; Fall L.¹

Introduction

- D'abord développé en chirurgie digestive dans les années 1990

Kehlet H. Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. Lancet 2003

RFE : RAC colorectale programmée. AFAR 2014

- Par une approche multidisciplinaire, ce concept vise à favoriser une récupération rapide des capacités physiologiques antérieures en réduisant les facteurs impliqués dans la limitation de la récupération.

Introduction

La réhabilitation améliorée après césarienne (RAC)

- Concept nouveau dans les pays en développement.
- **Facilite la relation mère-enfant**
- **Améliore le confort des parturientes**
- Démarche qualité et médico-économique
- 1^{er} Audit du protocole de RAC du service de la maternité du CHR de Saint-Louis Sénégal.

Matériel et méthodes

Etude prospective observationnelle : durée 3 mois.

Population : notre protocole de RAC concerne :

- Césariennes (CS) sous rachianesthésie.
- sans pathologie maternelle associée
- **sans complication chirurgicale, ni obstétricale, ni anesthésique**
- **sans facteurs de risque d'hémorragie du postpartum**

Matériel et méthodes

- **Paramètres** : critères d'évaluation :
 - âge des patientes
 - concordance des prescriptions & exécution du protocole.
 - nausées-vomissements post-opératoires, Prurit,
 - céphalées post rachianesthésie ; rétention aigue d'urine
 - existence d'une hémorragie.
- **Collecte données** : microsoft excel
- **Analyse statistique** : logiciel SPSS 16.0.

Matériel et méthodes

Protocole de RAC recommande une **analgésie postopératoire multimodale associant** en l'absence de contre indications :

- **de la morphine intrathécale 100 à 150 mcg**
- à un traitement per os par
 - Paracétamol,
 - Tramadol ou néfopam,
 - Kétoprofène ou diclofénac
 - et au besoin la morphine orale.

Matériel et méthodes

Protocole de RAC recommande :

- **à H1 dès l'admission en SSPI**
 - reprise des boissons
 - mise au sein précoce
- **entre H4 et H6**
 - retrait de la sonde urinaire,
 - arrêt de la perfusion et des utérotoniques
 - une collation.
- **après H6**
 - 1^{er} lever et déambulation en plus alimentation normale

REHABILITATION AMÉLIOREE APRES CESARIENNE

Césarienne sous rachianesthésie

Ropivacaïne isobare 0,75% (1,5 à 2 ml) ou bupivacaïne hyperbare 0,5 % (1,5 à 2 ml) + fentanyl (0,5 ml) + morphine (100-150 mcg)

Nausées vomissements postopératoires

- Prévention systématique au bloc : dexaméthasone 8 mg + droleptan 1,25 mg
- Traitement curatif : vogalène 1 amp 3 fois/j

ANALGESIE AU BLOC ET/OU EN SSPI

- PARACETAMOL 1 G IV
- KETOPROFEN 100 MG OU DICLOFENAC 75 MG
- SI ENS > 4 NEFOPAM 20 OU TRAMADOL 1 À 2 MG/KG EN MINIPERF
- SI ENS > 4 TITRATION MORPHINE

ANALGESIE DE H2 à H48

- PARACETAMOL 1G 4 FOIS/J
- KETOPROFEN OU DICLOFENAC 2 FOIS/J
- SI ENS > 4 TRAMADOL 50MG 2-4 fois/j ou Acupan 20 mg 4 fois/j

ANALGESIE APRES H48

- PAS D'ANTALGIQUE SYSTÉMATIQUE
- PARACETAMOL PO 1 G 4 FOIS/J

(A LA DEMANDE)

H0 →

H1 →

H4 →

H6 →

H8 →

H24 →

H48 →

Après clampage du cordon

Débuter ocytocine 5 UI en IVL et 20 UI en perfusion sur 4H
Antibioprophylaxie (céfacidal 2 g)
Débuter l'analgésie postopératoire

Admission en SSPI : Un demi verre d'eau puis tisane, mise au sein

Arrêt ocytocine ; ablation perfusion
Ablation sonde urinaire, Nursing
Collation puis lever précoce

Début HBPM si facteur de risque thrombo-embolique

Sondage urinaire évacuateur si pas de reprise miction
Alimentation normale

Début HBP si aucun facteur de risque

NFS, Ablation cathéter veineux
Prévoir sortie

Résultats (1)

- Notre maternité : 5600 naissances/an ; 23% par CS
- 352 CS réalisées en 3 mois, **223 dossiers inclus.**
 - **84 césariennes programmées**
 - **139 réalisées en urgence soit 62,33 %.**
- âge moyen des patientes était de 27 ans (17-42 ans)
- morphine en intrathécale et dexaméthasone en intraveineuse étaient systématiques.
- durée moyenne d'hospitalisation : **3 jours** pour 218 patientes (97,76%)

Résultats (2)

Dès l'admission en SSPI à H1

- reprise des boissons : 87 %
- mise au sein précoce : 57,85 %.

Entre H4 et H6 ont été réalisées chez 94,62 %
des patientes

- ablation de la perfusion H4
- ablation sonde urinaire et nursing à H4

Après H6 1^{er} lever et déambulation à 94,62 %.

Résultats (3)

Tableau 1 : taux de réalisation des objectifs RAC

Prescription	Reprise boisson	Mise au sein	Ablation perfusion	Ablation sonde urinaire	Lever précoce
Taux de réalisation (N)	194	129	211	211	211
Taux de réalisation (%)	87 %	57,85 %	94,62 %	94,62 %	94,62 %

Tableau 2 : fréquence des incidents

Incidents	prurit	NVPO	RAU	Céphalées postrachi
Fréquence (%)	35 (15,69 %)	39 (17,49 %)	2 (0,90%)	1 (0,45%)

Résultats (4)

- **une réadmission pour céphalées post rachianesthésie**
- **deux cas de rétention aigue d'urine.**
- **incidence des NVPO : 17,49 %.**
- **incidence des prurits : 15,69 %.**
- **aucun cas d'hémorragie en rapport avec la RAC n'avait eu lieu.**

Discussion (1)

Tableau 3 : comparaison résultats RAC dans différents centres

auteurs	Taux de réalisation	Existence d'un protocole	Analgésie per os	Reprise de boisson	Ablation sonde urinaire	Ablation perf	Lever précoce
Wyniecki et al. 2013 multicentre	41,7 %	14 % des centres	52 % avant H24	60 % (H4-6) 10% H1	71 % avant H24	30 % avant H24	53 % avant H24
Jacques et al. 2013 multicentre	66 %	40 % des centres	45 % avant H24	41 % H1	51 % avant H24	51 % avant H24	49 % avant H24
Cattin A et al. 2017 monocentre	25,7 %	--	100 % avant H24	52,6 % (2015) 100 %	76 % (2015) 94,7%	73 % (2015) 78,9%	78,9 % (2015) 92 %
Nous	75 %	--	100 %	87 %	94,6 %	94,6 %	94,6 %

Discussion (2)

- prescriptions médicales du protocole de RAC, sont globalement conformes.
- Performance liée au travail d'équipe (médecins et soignants)
- **points à améliorer** en termes d'exécution des prescriptions :
 - mise au sein précoce, reprise de l'alimentation,
 - incidence élevée des NVPO

Conclusion

Grâce à une démarche qualité, nous avons montré qu'un programme de RAC, permet une amélioration progressive et très significative de la récupération et des pratiques avec une satisfaction importante du personnel.

L'information, et l'éducation préopératoire des patientes n'ont pas été évaluées, la patiente étant elle-même actrice de cette RAC

**MERCI DE
VOTRE
ATTENTION**