
DOI: <https://doi.org/10.53555/eijmhs.v5i4.127>

DEUXIEME AUDIT DE LA REHABILITATION AMELIOREE APRES
CESARIENNE AU COMPLEXE MERE-ENFANT AN L'HOPITAL MILITAIRE
D'ANTSIRANANA.

SECOND AUDIT OF THE IMPROVED REHABILITATION AFTER CAESAREAN
SECTION AT THE MOTHER-CHILD COMPLEX AT THE MILITARY HOSPITAL
OF ANTSIRANANA.

RAELISON JG RABARIKOTO HF^{1*}, RAHANITRINIAINA NMP², VELOMORA A³, RAVOAVY SA⁴,
AMAROLAHY RA⁵, RAJAONERA AT⁶.

¹⁴Complexe mère-enfant, Hôpital Militaire, Antsiranana

²⁶Réanimation chirurgicale, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo

³Anesthésie Réanimation, Hôpital Manara-penitra, Antsiranana

⁴⁵Réanimation médicale, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo

***Corresponding Author:-**

Email: - raelisonjasper@yahoo.fr Tél: +261321158671

RESUME: -

Introduction: le premier audit montre la difficulté de la mise en œuvre de l'alimentation précoce, l'analgésie par voie orale, l'ablation de la sonde vésicale ainsi que l'arrêt de la perfusion, avec une durée médiane de 3.5 jours. Nos objectifs sont d'évaluer l'adhésion au protocole après l'audit et de déterminer l'impact sur la durée de séjour.

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective observationnelle d'audit, du Février au 15 Juillet 2019, au complexe Mère-enfant de l'hôpital Militaire Antsiranana. Les parturientes opérées pour une césarienne, sous rachianesthésie, ASA 1 ou 2 sont inclus dans cette étude.

Résultats: Soixante-quatorze patientes sont retenues. En peropératoire, l'optimisation du remplissage vasculaire est réalisée chez 60 patientes (81 %). Toutes les patientes ont reçu de la prévention de la nausée / vomissement postopératoire et de la morphine intrathécale. En salle de soins post-interventionnelle, l'analgésie par voie orale est débutée dans l'heure suivant l'intervention chez toutes les patientes (100%). La voie veineuse périphérique est obstruée dans 71 cas (96%). La sonde vésicale est retirée chez 71 patientes (96 %). Soixantedouze cas (97%) ont repris de la boisson en quantité illimitée et une alimentation légère à la quatrième heure. Deux cas (3%) ont eu de la nausée vomissement postopératoire et une rétention des urines nécessitant un sondage évacuateur. La durée médiane de séjour du couple mère/nouveau-né en hospitalisation était de 3 (2-3) jours.

Conclusion: il y a une augmentation à l'adhésion du protocole. Elle diminue la durée de séjour d'hospitalisation.

Mots-clés : césarienne, évaluation, réhabilitation améliorée.

Abstract:-

Introduction: The first audit shows the difficulty of implementing early feeding, oral analgesia, removal of the urinary catheter as well as stopping the infusion, with a median duration of 3.5 days. Our objectives are to evaluate adherence to the protocol after the audit and to determine the impact on the stay hard.

METHOD: This is a prospective observational audit study, from February to July 15, 2019, at the Mother-Child Complex of the Antsiranana Military Hospital. Parturients operated for caesarean section under spinal anesthesia, ASA 1 or 2 are included in this study.

Results: Seventy-four patients were retained. Intraoperatively, optimization of vascular filling was performed in 60 patients (81%). All patients received prevention of postoperative nausea / vomiting and intrathecal morphine. In the post-intervention ward, oral analgesia is started within one hour after surgery in all patients (100%). The peripheral venous route is obstructed in 71 cases (96%). The urinary catheter was removed from 71 patients (96%). Seventy-two cases (97%) resumed drinking in unlimited quantities and a light diet at the fourth hour. Two cases (3%) had postoperative nausea and urinary retention requiring an evacuating catheter. The median length of stay of the mother / newborn couple in hospital was 3 (2-3) days. **Conclusion:** there is an increase in the adhesion of the protocol. It decreases the length of stay of hospitalization.

Keywords: Caesarean section, evaluation, improved rehabilitation.

INTRODUCTION

La réhabilitation améliorée après chirurgie est une prise en charge multidisciplinaire dont le but est de diminuer le stress chirurgical afin de maintenir l'homéostasie [1]. Elle est moins pratiquée au cours de la césarienne [2]. Elle est introduite en Novembre 2018 à l'Hôpital Militaire d'Antsiranana. Un audit est réalisé en Janvier 2019 et une formation des personnels a été effectuée. Certains points sont difficiles à mettre en œuvre comme l'alimentation précoce, l'analgésie par voie orale, l'ablation de la sonde vésicale et l'arrêt de la perfusion. La durée de séjour médiane est de 3.5 jours. Nos objectifs sont d'évaluer l'adhésion de la réhabilitation améliorée après césarienne après l'audit et de déterminer l'impact sur la durée de séjour.

Patients et Méthodes

Une étude observationnelle prospective d'audit a été réalisée au sein du Complexe Mère Enfant de l'Hôpital Militaire d'Antsiranana, allant de Février au 15 Juillet 2019. Les patientes âgées de 18 à 52 ans, opérées pour une césarienne, avec ou sans comorbidités stables (ASA 1 ou 2) avant l'intervention, ont accepté la RAAC sont incluses. Les parturientes opérées sous anesthésie générale sont exclues. Le protocole comportait en préopératoire : la rentrée le jour de l'intervention pour la césarienne programmée, le respect de la règle du jeûne (6 heures avant l'intervention pour l'alimentation solide et 2 heures pour les boissons claires), de la cefazoline 2 grammes, la ranitidine 400 mg en intraveineuse et du dexaméthasone 8 mg. Les mélanges anesthésiques comprenaient de la bupivacaïne isobare et le fentanyl ainsi que de la morphine. La perfusion de Ringer Lactate est limitée à 500 ml. L'ocytocine est utilisée pour prévenir l'hémorragie du postpartum. Le contact mère-nouveau-né est encouragé si l'état du nouveau-né le permet. L'ondansétron est injecté à la fin de l'intervention. En salle de soins post-interventionnelle (SSPI), l'analgésie multimodale par voie orale à base de paracétamol 1 gr*4, de kétoprofène LP 100 mg * 2 est débutée dans l'heure suivant l'intervention. Les boissons en quantité illimitée et le repas léger sont repris à la première et à la quatrième heure après l'intervention. La sonde vésicale est enlevée ainsi que la perfusion est arrêtée avant la sortie de la SSPI. Elles sont mobilisées à la sixième heure. La maladie thromboembolique veineuse est prévenue à l'aide de l'énoxaparine à dose de 100 UI/kg jusqu'au deuxième jour et de la mobilisation active de la parturiente. Les complications postopératoires sont enregistrées ainsi que le taux de réadmission.

Chaque item a été évalué. La durée de séjour d'hospitalisation du couple mère/nouveau-né a été enregistrée. Les résultats sont exprimés en moyenne \pm standard déviation pour les variables quantitatives, en nombre (pourcentage) pour les variables discrètes.

Résultats: soixante-quatorze patientes sont retenues : Seize cas sont programmés (22%). L'âge moyen était de 25.14 \pm 6.68 ans. En préopératoire, le jeûne est respecté chez 59 parturientes (80%). Chacun (100 %) a reçu de cefazoline, la ranitidine, de la dexaméthasone. Le remplissage vasculaire était optimisé chez 65 patientes (87 %). Toutes les parturientes ont eu de la morphine, fentanyl et la bupivacaïne isobare intrathécale. Dix UI d'ocytocine est injecté après le clampage du cordon et est renouvelé en fonction de l'atonie utérine. L'ondansétron est administré à la fin de l'intervention. Le contact mère-nouveau-né est réalisé dans 62 cas (84 %). Trois cas ont présenté une hémorragie du postpartum immédiat.

En salle de soins post-interventionnelle, l'analgésie multimodale par voie orale est débutée dans l'heure après l'intervention chez toutes les patientes (100%). La voie veineuse périphérique est obstruée dans 71 cas (96%). La sonde vésicale est retirée chez 71 patientes (96 %). Soixante-douze cas (97%) ont repris de la boisson en quantité illimitée et une alimentation légère à la quatrième heure. Deux cas (3%) ont eu de la nausée vomissement postopératoire le jour de l'intervention. Deux parturientes ont présenté une rétention urinaire nécessitant un sondage évacuateur. La durée médiane de séjour du couple mère/nouveau-né en hospitalisation était de 3 (2-3) jours dont 10 (14%), 13 (17 %) et 35 cas (47%) sont sortis le lendemain de l'intervention, au deuxième et au troisième jour après l'intervention. Douze nouveau-nés sont admis en néonatalogie avec une durée médiane de séjour 4 (4-6).

Discussion

La morphine intrathécale et l'analgésie par voie orale sont réalisées chez toutes les patientes (100%). L'arrêt de la perfusion ainsi que le retrait de la sonde vésicale sont réalisés chez 71 cas (96%). L'alimentation était reprise dans 96% des cas avant la quatrième heure. La durée médiane de séjour du couple mère/nouveau-né en hospitalisation était de 3 (2-3) jours. La morphine intrathécale est utilisée chez tous les parturientes : une étude comparable à celui de Deniau et al [3]. Une dose de morphine 100 μ g couvrait la douleur jusqu'à 26 heures [4].

L'analgésie multimodale par voie orale est débutée à la SSPI (100%) : ceci était comparable à Rousseau et al [5,6]. Par contre, Deniau et al ont publié le relai oral moins de 6 heures [3]. Il était largement supérieur à Celui de Wyniecki et al. [2]. L'administration par voie orale est plus efficace qu'intra-veineuse [7].

La voie veineuse périphérique est obstruée dans 71 cas (96%) contre 73 % pour Deniau et al [3]. Son maintien est lié à la perfusion de l'antalgique intraveineuse [2,8], perfusion liquidienne par faute de l'alimentation. La sonde vésicale est retirée chez 71 patientes (96 %). Deux études montraient un taux de retrait jusqu'à 71 à 78 % [3,8]. Elle est difficile à réaliser au cours des plusieurs études [2,6]. Les principaux échecs étaient le maintien de la perfusion, de l'analgésie intraveineuse, le retard de l'alimentation.

Soixante-douze cas (97%) ont repris de la boisson en quantité illimitée et une alimentation légère à la quatrième heure : une étude similaire à la littérature [8,9]. Elle était supérieure à plusieurs études [2, 3]. Elle est tolérée par les parturientes [10]. Elle diminuait la durée de la perfusion et n'augmentait pas les complications digestives : Des bonnes communications et collaboration de l'équipe de soins facilitent la mise en place de la RAAC [11].

La durée médiane de séjour du couple mère/nouveau-né en hospitalisation était de 3 (2-3) jours : une étude comparable à Cattin et al [8]. Elle était inférieure à celui de Orji et al de 4.8 jours [10]. Certains auteurs rapportaient une durée moyenne

de 2 jours [6, 9,12]. Dix-huit pour cent 18 % des parturientes sont sorties le lendemain de la césarienne : Wrench et al publiaient un taux de 25 % de réussite [13] et Vickers et al 80% [14]. Cette différence pourrait s'expliquer par la sélection des patientes programmées. Ces études portaient sur les patientes ayant accouchées pour une césarienne programmée. Cette étude monocentrique montrait la faisabilité de la réhabilitation améliorée après césarienne. L'adhésion au protocole est facile du fait de la communication et de la motivation de l'équipe, de la parturiente. Elle peut s'étendre au niveau régional que national. Notre objectif était de diminuer la durée de séjour en deux jours si l'état de la mère-nouveau-né le permettent.

Conclusion

Cette étude montrait l'adhésion de la réhabilitation améliorée après césarienne dans notre service. Elle diminue la durée de séjour mère-nouveau-né, sans augmentation de complications. Une bonne communication et collaboration de l'équipe facilitent sa mise en œuvre.

Références

- [1]. Fearon KCH, Ljungqvist O, Von Meyenfeldt M, Revhaug A, Dejong CHC, Lassen K, et al. Enhanced recovery after surgery: A consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection. *Clin Nutr*. 2005;24(3):466-77.
- [2]. Wyniecki A, Raucoules-Aimé M, de Montblanc J, Benhamou D. Réhabilitation précoce après césarienne programmée : enquête de pratique auprès des maternités des régions Provence - Alpes - Côte d'Azur et Île-de-France. *Ann Fr Anesth Réanim*; 2013,32(3),149-56.
- [3]. Deniau B, Bouhadjari N, Faitot V, Mortazavi A, Kayem G et al. Evaluation of a continuous improvement programme of enhanced recovery after caesarean delivery under neuraxial anaesthesia. *Anaesth Crit Care Pain Med*; 2016 ;35(6):395-99.
- [4]. Sultan P, Halpern SH, Pushpanathan E, Patel S, Carvalho B. The effect of intrathecal morphine dose on outcomes after elective cesarean delivery: A meta-analysis. *Anesth Analg* 2016; 123:154–64.
- [5]. Rousseau A, Sadoun M, Aimé I, Leguen M, Carbonnel M, et al. Étude comparative sur la réhabilitation améliorée postcésarienne : quels bénéfices, quels risques ? *Gynécol Obstét Fertil Sénol*. 2017;45(7-8):387-92.
- [6]. Tan PC, Norazilah MJ, Omar SZ. Hospital Discharge on the First Compared With the Second Day After a Planned Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol* 2012; 120:1273–82.
- [7]. Davis KM, Esposito MA, Meyer BA. Oral analgesia compared with intravenous patient controlled analgesia for pain after cesarean delivery: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194: 967-71.
- [8]. Cattin A, De Baene A, Achon E, Bersot Y, Destoop Q, et al. Évaluation de la mise en place d'un protocole de réhabilitation précoce postcésarienne. *Gynécol Obstét Fertil Sénol*. 2017,45(4),202-9.
- [9]. Abell D, Pool AW, Sharafudeen S, and Skelton V. Dasan J, Fleming I. Enhanced recovery in obstetric surgery (Kings-EROS): early results from one of the UKs first programmes: 11AP5-10. *Europ J Anaesthesiol*. 2014:192.
- [10]. Orji EO, Olabode TO, Kuti O, Ogunniyi SO. A randomized controlled trial of early initiation of oral feeding after cesarean section. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2009;22(1):65–71.
- [11]. Lyon A, Solomon MJ, Harrison JD. A Qualitative Study assessing the barriers to implementation of Enhanced Recovery After Surgery. *World J Surg*. 2014;38(6):1374-80.
- [12]. Halder S, Onwere C, Brennan C, Singh N, Cox M, Yentis S. PA.07 Enhanced recovery programme for elective caesarean section. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2014; 99:A19.
- [13]. Wrench IJ, Allison A, Galimberti A, Radley S, Wilson MJ, et al. Introduction of enhanced recovery for elective caesarean section enabling next day discharge: a tertiary centre experience. *Int J Obstet Anesth*; 2015,24(2),124-130.
- [14]. Vickers R, Das B, Machineni V. Enhanced recovery in obstetrics. *Int J Obstet Anesth* 2013; 22:S13.