



Éditorial

Réhabilitation après césarienne. Pas seulement une réhabilitation postopératoire

Enhanced recovery after Caesarean delivery. Not just a postoperative rehabilitation

INFO ARTICLE

Mots clés :

Enquête
Analyse des pratiques
Césarienne
Réhabilitation
Post-partum

Keywords:

Survey
Practices
Caesarean delivery
Enhanced recovery
Postpartum

Dans ce numéro des *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation* (Afa), sont publiées deux enquêtes évaluant les pratiques françaises en matière de réhabilitation précoce après césarienne programmée. L'une s'intéresse aux pratiques à l'échelle de deux régions (Île-de-France [IDF] et Provence-Alpes-Côte d'Azur [PACA]) [1] et l'autre au niveau national au travers d'un questionnaire adressé aux anesthésistes réanimateurs membres du club des anesthésistes réanimateurs en obstétrique (Caro) [2].

Ces enquêtes s'intéressent à un sujet particulièrement important puisque avec près de 21 % de césariennes réalisées chaque année en France [3], on peut estimer à environ 160 000 par an le nombre de femmes concernées.

Le concept de réhabilitation, développé dans les années 1990 par Kehlet [4] dans le cadre de la chirurgie digestive, a été initialement sous-tendu par des exigences médico-économiques. Par une approche multidisciplinaire, ce concept vise à favoriser la récupération rapide des capacités physiques et psychiques antérieures du patient opéré.

La réhabilitation postopératoire repose sur un certain nombre de mesures visant à réduire les facteurs impliqués dans la limitation de la récupération comme la douleur, les dysfonctions d'organes, l'immobilité... Parmi ces principales mesures on retiendra : l'analgésie postopératoire multimodale efficace et limitant le recours aux opioïdes ; les apports oraux précoces ; le

retrait rapide des cathéters, drains et sondes, y compris la sonde urinaire ; la mobilisation précoce des patients ; la prévention des nausées et vomissements... [5,6].

Si de nombreuses études ont fait depuis la preuve de l'intérêt de tels programmes en chirurgie digestive et dans d'autres situations en termes de réduction de la durée d'hospitalisation et de la morbidité postopératoire [5,7], leurs mises en œuvre et leurs évaluations dans le contexte de la césarienne restent peu documentées. Pourtant, les grands principes de la réhabilitation sont applicables à la césarienne même s'il sera important de prendre en compte dans ce cadre les spécificités du post-partum que sont les bouleversements psychiques, physiques et endocriniens survenant chez la mère. Les objectifs de la réhabilitation, devront de plus inclure la facilitation de la relation mère-enfant, de l'allaitement et de la mise en œuvre des soins au nouveau-né.

Les résultats de ces deux enquêtes, nous éclairent sur les pratiques en France et identifient des mesures déjà appliquées par les équipes et des insuffisances dans la réhabilitation après césarienne programmée non compliquée.

Ces enquêtes présentent quelques différences au regard des praticiens et des structures ciblées ainsi que des approches utilisées mais elles sont complémentaires.

L'enquête de Wynieki et al. [3], bien que limitée à deux régions (IDF et PACA), est assez représentative de la situation nationale, pour ce qui concerne la taille des structures et l'organisation des soins, ainsi que le suggèrent les données de l'enquête nationale périnatale réalisée en 2010. Un point d'intérêt de ce travail est la justification d'un certain nombre de pratiques par l'existence de liens et d'interactions entre différents éléments de la réhabilitation. De même, l'établissement d'un score basé sur six mesures considérées comme essentielles dans un programme de réhabilitation pour juger de la mise en place d'une stratégie globale au sein des structures, est particulièrement pertinent même si ce score devra être validé. Les éléments de ce score sont : durée de perfusion postopératoire inférieure à 24 heures, début de l'analgésie orale avant la 24^e heure, retrait de la sonde urinaire avant la 24^e heure, reprise des boissons avant la sixième heure, reprise de l'alimentation avant la sixième heure, emploi de carbétocine en une injection unique peropératoire ou injection d'ocytocine peropératoire et relais postopératoire pendant une durée inférieure ou égale à six heures.

L'enquête de Jacques et al. [2] bien que nationale s'adresse aux anesthésistes réanimateurs adhérents au Caro, des praticiens fortement impliqués en anesthésie obstétricale. De fait cette enquête interroge pour la plupart, des « spécialistes » du domaine. En revanche, la majorité des répondants exercent en CHU dans des

DOIs des articles originaux: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annfar.2013.01.016>,
<http://dx.doi.org/10.1016/j.annfar.2013.01.002>

maternités de niveau III, or ces structures ne représentent que 12 % des maternités en France [3]. Néanmoins, cette enquête a une approche plus large du concept de réhabilitation. En effet, les aspects préopératoires comme l'information des patientes, l'existence de réunion de préparation à la césarienne ou encore le moment de l'hospitalisation (veille ou matin de l'intervention) sont évalués. De même, les éléments concernant le lien mère-enfant sont évalués.

En reprenant étape par étape les principales mesures d'un programme de réhabilitation, les résultats de ces études nous indiquent que :

- en préopératoire, pour près de la moitié des praticiens aucune information spécifique sur la réhabilitation postopératoire des césariennes n'est donnée aux patientes. Or le concept de réhabilitation périopératoire ne se limite pas à la période postopératoire, mais doit débuter en amont par une information et une éducation des patients sur le déroulement de la prise en charge tout au long de l'hospitalisation et de leur rôle dans le processus de récupération [5] ;
- des protocoles de réhabilitation sont présents dans 14 % [2] ou 60 % [1] des structures selon les enquêtes. Malgré l'hétérogénéité de ces résultats, possiblement lié aux différences évoquées entre les études et au caractère déclaratif de ces enquêtes, on peut estimer qu'il existe un nombre non négligeable de structures sans protocole disponible en France. Il s'agit donc là d'une insuffisance majeure et des actions devront donc être initiées pour y remédier. Il est reconnu que la rédaction de protocoles adaptés aux contraintes locales, connus et validés par l'ensemble des intervenants est une étape déterminante pour la mise en œuvre et la réussite d'un programme de réhabilitation [5] ;
- l'analgésie postopératoire après césarienne est multimodale et ce concept est bien intégré avec une uniformisation des pratiques comme le révèle les deux enquêtes. Cette analgésie multimodale est basée quasi-systématiquement sur l'administration de morphine en périmédullaire qui en est le socle. En effet, cette pratique est déclarée par 86 % [1] et 95 % [2] des répondants. Ce résultat est somme toute peu surprenant et logique dans la mesure où la quasi-totalité de ces césariennes (plus de 95 %) sont réalisées sous anesthésie locorégionale [1,2]. Les antalgiques non morphiniques (paracétamol, anti-inflammatoires non stéroïdiens et dans une moindre mesure néfopam) sont très largement associés. En revanche, les anesthésiques locaux sont surtout administrés en infiltration unique. L'infiltration continue de la cicatrice et le recours au bloc de paroi type TAP bloc restent marginales et le TAP bloc est le plus souvent associé à la morphine en périmédullaire. Au moins une étude récente conclue à l'absence d'efficacité supplémentaire des blocs de parois par rapport à celle procurée par la morphine intrathécale seule [8]. En revanche, le bénéfice du TAP bloc en alternative à la morphine dans le cadre de la réhabilitation postopératoire doit être précisé. En effet, si cette technique permet, comparée à la morphine intrathécale, de réduire l'incidence des effets secondaires (prurit, nausées), l'efficacité analgésique apparaît comme moindre [8–10].

Ces enquêtes nous indiquent également que dans près de la moitié des structures, le relais per os des antalgiques est débuté après la 24^e heure postopératoire (52 % [1] et 45 % [2]). Ces pratiques doivent être revues puisque plusieurs études ont montré que l'administration précoce des antalgiques par voie orale est possible et efficace après césarienne [11–13].

L'enquête de Jacques et al. nous révèle également que seuls 16 % des centres ont recours à l'analgésie orale contrôlée par le patient (PCOA) [2]. Il s'agit là d'une piste d'amélioration de la

réhabilitation postopératoire puisque cette technique s'adapte tout à fait à la césarienne [12].

La réintroduction des apports liquides est autorisée entre l'arrivée en salle d'hospitalisation et quatre à six heures postopératoires dans une large majorité de structures (89 % [1] et 73 % [2]). De même l'alimentation, légère le plus souvent, est autorisée après la sixième heure par bon nombre d'équipes (89 % [1] et 40 % [2]). Cependant, 13 % des centres ne réintroduisent l'alimentation qu'après la reprise du transit !

Cette mesure centrale du concept de réhabilitation qu'est la reprise rapide des apports oraux semble donc bien intégrée par les équipes. Plusieurs études ont bien montré que la reprise précoce des boissons dans l'heure suivant la césarienne et de l'alimentation (six à huit heures postopératoires) 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 des patientes [14], de réduire significativement le délai d'apparition des bruits hydro-aériques et de diminuer la durée d'hospitalisation [14–17].

Un abord veineux est maintenu pendant au moins 24 heures par une majorité d'équipes (70 % [1] et 51 % [2]). Cette pratique peut être un frein à la reprise de l'autonomie et semble surtout justifiée par deux facteurs, d'une part, l'administration des antalgiques intraveineux et peut-être plus encore par la prévention de l'hémorragie du post-partum qui repose encore pour la plupart des structures sur l'administration prolongée d'ocytocines (69 % [1] et 81 % [2]). Pour autant, certains arguments laissent à penser que le maintien d'une perfusion d'ocytocine au-delà de la quatrième heure postopératoire serait inutile [18,19]. D'autre part, le recours à la carbétocine proposée en prévention de l'hémorragie du post-partum pourrait-être une alternative. Cette molécule encore peu utilisée (31 % [1] et 15 % [2]) a une efficacité et des effets secondaires comparables à l'ocytocine et une durée d'action plus longue (quatre à cinq heures versus 30 minutes pour l'ocytocine) [20–23]. Son administration en dose unique sans relais nécessaire pourrait éviter le maintien d'une voie veineuse et donc favoriser le processus de réhabilitation. Sa sous utilisation à l'heure actuelle pourrait tenir à son coût plus élevé que celui de l'ocytocine et peut-être la crainte d'un cumul d'effets cardiovasculaires en cas de recours conjoint à la sulprostone [22].

Une sonde urinaire est mise en place dans la quasi-totalité des cas pour réaliser la césarienne (97 % [1]) même si cette pratique n'est pas recommandée [24]. Celle-ci n'est retirée qu'après la 24^e heure postopératoire dans 71 % des structures [1]. Il faut noter l'existence d'une discordance importante entre les enquêtes concernant les équipes qui pratiquent un retrait de la sonde urinaire à la sortie de la salle de surveillance postinterventionnelle, puisque le pourcentage de retrait précoce est de 5 % [1] dans une étude et 51 % [2] dans l'autre... Ce résultat est donc à considérer avec prudence et apparaît comme difficilement interprétable. Le sondage vésical a un impact important sur la réhabilitation (inconfort, gêne à la mobilité, source d'infection...) et le retrait de la sonde urinaire est une mesure indiscutable de ce concept. Pour autant, comme l'indiquent les résultats des enquêtes, l'ablation de la sonde urinaire est tardive (> 24 h) et le plus souvent en lien avec une crainte de la rétention aiguë d'urine. Cette complication dépend de nombreux facteurs dont la plupart sont contrôlables (doses d'anesthésiques locaux pour la rachianesthésie, volume des apports liquidiens peropératoires, dose de morphine en périmédullaire, immobilisation prolongée en postopératoire...). Le retrait précoce de la sonde urinaire est une option possible du fait du faible risque de rétention aiguë d'urine [25]. Néanmoins, il sera important de l'intégrer à un protocole de surveillance de la miction et pour certains à une surveillance de la distension vésicale par échographie [26].

La prévention des nausées vomissements est une mesure à inclure dans les programmes de réhabilitation postopératoire [5].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2745723>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2745723>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)