



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Étude comparative sur la réhabilitation améliorée postcésarienne : quels bénéfices, quels risques ?



Comparative study about enhanced recovery after cesarean section: What benefits, what risks?

A. Rousseau^a, M. Sadoun^a, I. Aimé^b, M. Leguen^b, M. Carbonnel^{a,*}, J.M. Ayoubi^a

^aService de gynécologie obstétrique, hôpital Foch, 40, rue Worth, 92150 Suresnes, France

^bService d'anesthésie et réanimation, hôpital Foch, 40, rue Worth, 92150 Suresnes, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 16 janvier 2017

Disponible sur Internet le 4 août 2017

Mots clés :

Réhabilitation améliorée

Césarienne

Rétention urinaire

RÉSUMÉ

Objectif. – Le protocole de réhabilitation améliorée après césarienne vise au rétablissement rapide des capacités physiques antérieures pour améliorer le confort des patientes et favoriser le retour précoce à domicile.

Méthodes. – Nous avons réalisé à l'hôpital Foch une étude avant–après, comparant 2 groupes de patientes : 1 groupe de 83 patientes avec une prise en charge standard postcésarienne et 1 groupe de 84 patientes ayant bénéficié d'une réhabilitation améliorée. Les caractéristiques des deux groupes étaient comparables. Nous avons évalué les suites postopératoires en termes de complications, de durée d'hospitalisation et de reprise d'autonomie.

Résultats. – La durée moyenne de séjour était significativement réduite dans le groupe réhabilitation améliorée (3,92 j vs 4,34 j $p < 0,01$). L'autonomie pour la toilette et la mobilité était améliorée. Il n'y avait pas plus de complications dans le groupe réhabilitation améliorée excepté les rétentions aiguës d'urines (11 vs 2 $p = 0,01$) qui ont été toutes traitées par un simple sondage urinaire aller–retour.

Conclusion. – Le protocole de réhabilitation améliorée postcésarienne semble permettre une amélioration significative en termes d'autonomie et de durée de séjour sans augmenter significativement le taux de complications hormis les rétentions aiguës d'urines, ce qui implique donc une surveillance étroite de la miction des patientes en postpartum.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Keywords:

Enhanced recovery

Cesarean section

Acute retention of urine

Objective. – The post-caesarean enhanced recovery protocol's goal is to allow a quick recovery of previous physical capabilities and increase the chances of an early release and return to normal activities.

Methods. – At the Foch Hospital, we performed a case control survey including 2 consecutive groups of patients. The first group was composed of 83 patients that experienced the regular post c-section treatment and the second group of 84 patients that benefited from the enhanced recovery treatment. The characteristics of both groups were comparable. We monitored the complications, hospitalization time and full recovery time for each group.

Results. – The average hospitalisation time for the patients that received the enhanced recovery treatment was significantly lower than for those that received the standard treatment (3,92 days vs 4,34 days $P < 0,01$). The autonomy for the toilet and the mobility was improved. The average number of complications was not greater for the enhanced recovery group, except for acute retention of urine which were all treated with a simple urine sample return.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : carbonnelmarie@gmail.com (M. Carbonnel).

Conclusion. – The post-cesarean enhanced recovery seems to allow the significant improvement in recovery of autonomy and length of hospitalization stay without increasing significantly the rate of complications except for the acute retentions of urines which involve in postpartum period close monitoring patients' urination.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Le mode d'accouchement par césarienne atteint 21 % des accouchements [1] en France et dans la majorité des pays développés. Le concept de réhabilitation améliorée développé dans les années 90 par Kehlet [2] dans le cadre de la chirurgie digestive est une prise en charge globale visant au rétablissement rapide des capacités physiques antérieures au geste chirurgical. Elle a été mise en place et évaluée en France dans de nombreuses spécialités chirurgicales, particulièrement en chirurgie digestive [3]. Elle est également applicable en obstétrique où elle est d'autant plus importante après une césarienne que la restauration rapide de l'état physiologique est nécessaire pour favoriser la création du lien mère–enfant.

Le protocole de réhabilitation améliorée après une césarienne a été mis en place à la maternité de l'hôpital Foch en septembre 2014. Les objectifs de ce protocole étaient d'améliorer le confort des patientes césarisées, d'améliorer la relation mère–enfant, de diminuer l'incidence des complications (thromboemboliques, infectieuses, digestives, hémorragiques) et de favoriser le retour précoce à domicile.

L'objectif de cette étude était d'évaluer les bénéfices et les risques liés à la mise en place de ce protocole dans cette maternité.

2. Méthodes

L'étude a été réalisée à la maternité de niveau 2b de l'hôpital Foch à Suresnes dans les Haut-de-Seine sous forme d'étude rétrospective avant–après, comparant deux groupes de patientes. Les critères d'inclusion étaient : césarienne programmée, chez une patiente ASA 1 âgée de plus de 18 ans. Les critères d'exclusion étaient les césariennes faites en urgence et chez des patientes ayant des grossesses à haut risque (pré-éclampsie, diabète gestationnel sous insuline déséquilibré).

Toutes les patientes qui ont bénéficié d'une réhabilitation améliorée recevaient une information orale et écrite sur le protocole lors de la consultation d'anesthésie et le jour de la césarienne.

Les patientes réhabilitées étaient prises en charge selon un schéma précis :

- en pré et peropératoire : patiente à jeun pour les solides 6 heures avant l'opération et 2 heures avant pour les liquides, mise en place des électrodes dans le dos pour permettre la peau à peau avec le bébé lors de la césarienne, remplissage intravasculaire limité à 750 mL, injection de 100 µg de morphine dans la rachianesthésie une prévention systématique de l'hypotension (pas de baisse de la systolique de plus de 20 %), injection unique de 100 µg IVL de carbétocine (Pabal[®]) après clampage du cordon et prévention des nausées et vomissements peropératoires par dexaméthasone 4 mg et droperidol (droleptan[®]) 0,625 mg après la naissance du nouveau-né ;
- en salle de réveil, où elles étaient surveillées durant 3 heures, les boissons étaient autorisées au bout d'une heure, les antalgiques étaient donnés de manière systématique et en per os au bout d'une heure (1 g de paracétamol, 100 mg LP de kétoprofène

(profénid[®]) et 2 ampoules de nefopam (Acupan[®])). À la sortie de la SSPI, la voie veineuse périphérique était obstruée par un cathéter obturé, la sonde urinaire retirée et des bas de contention étaient mis à la patiente. Enfin, en suites de couche, le premier repas léger était donné à H4 avec des boissons libres, et les patientes reprenaient une alimentation normale dès le deuxième repas. Elles bénéficiaient d'un lever précoce à H6. Les antalgiques et ant-inflammatoires étaient donnés per os de manière systématique pendant les 24 premières heures. Si l'EVA dépassait 4/10 des morphiniques étaient rajoutés (sulfate de morphine 10 mg/6 h (Sevredol[®])). De l'ondansétron (Zophren[®]) était prescrit en IV si besoin pour traiter les nausées et vomissements. La voie veineuse était définitivement retirée à j1 et la sortie prévue à j3 si les états maternels et du nouveau-né le permettaient. À la sortie, une hospitalisation à domicile (HAD) était mise en place. La prophylaxie antithrombotique consistait en une dose préventive d'anticoagulants administrée en sous-cutané une fois par jour jusqu'à la sortie d'hospitalisation.

Les patientes du groupe témoin étaient prises en charge selon le protocole habituel :

- en peropératoire, elles ne bénéficiaient pas systématiquement de la prévention de l'hypotension et des nausées et vomissements. Elles avaient un coremplissage vasculaire au moment de la pose de la rachianesthésie et recevaient 10 unités d'ocytocine (Syntocinon[®]) en IVD au moment du clampage du cordon ;
- la voie veineuse était conservée 24 heures avec 10 unités de Syntocinon[®], la sonde urinaire retirée à j1, Les antalgiques étaient donnés à la demande. Les boissons étaient autorisées à j0 et l'alimentation reprise à j1. Le premier lever était réalisé à j1. La durée d'hospitalisation était de 4 à 5 jours. La prophylaxie antithrombotique était la même que pour les patientes réhabilitées.

Nous avons comparé les deux groupes selon l'âge, la gestité, la parité, le BMI, le nombre de césariennes antérieures, les antécédents chirurgicaux et le terme de la grossesse au moment de la césarienne.

Le critère de jugement principal était la durée d'hospitalisation.

Les autres critères de jugement étaient les délais entre la césarienne, le retrait de la voie veineuse périphérique, la reprise du transit, le retrait de la sonde urinaire, la reprise de l'autonomie (évaluée par la capacité à faire sa toilette seule) et la mobilité.

Nous avons également comparé le taux de survenue des complications : hémorragie du postpartum, rétention aiguë d'urine (RAU), infections urinaires, complications thromboemboliques et digestives, consultation aux urgences et réhospitalisation. La RAU était définie comme une rétention urinaire complète de plus de 300 mL.

Les tests diagnostiques utilisés pour comparer les deux groupes étaient le test de Student pour les variables quantitatives et le test de Fisher pour les variables qualitatives.

Nous avons considéré les résultats comme statistiquement significatifs lorsque la *p*-value était inférieure ou égale à 0,05.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8926376>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8926376>

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