



Réhabilitation précoce après opération césarienne au CHU de Gynécologie Obstétrique Befelatanana.

Enhanced recovery after caesarian section at the CHU de Gynécologie et Obstétrique of Befelatanana.

T A RAFANOMEZANTSOA ^{(1)*}, A RAKOTONDRAINIBE ⁽²⁾, L E RASOAMAMPIANINA ⁽²⁾, M ANDRIANIRINA ⁽¹⁾,
A T RAJAONERA ⁽³⁾, R C N RAKOTOARISON ⁽³⁾, H E ANDRIANAMPANALINARIVO ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Service d'Anesthésie-Réanimation et Bloc Opératoire, Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie Obstétrique Befelatanana, 101 Antananarivo Madagascar
⁽²⁾ Service de Réanimation Chirurgicale, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona Ampefiloha, 101 Antananarivo Madagascar
⁽³⁾ Faculté de Médecine d'Antananarivo Madagascar

Accepté le 13 avril 2015
Disponible en ligne le 11 novembre 2016

RESUME

Introduction : La réhabilitation précoce post-césarienne permet aux patientes de retrouver précocement leur autonomie antérieure. L'objectif était d'évaluer l'impact de la mise en place d'un protocole pour la réhabilitation précoce post césarienne. **Matériels et méthodes :** Nous avons mené une étude observationnelle, prospective, comparative entre deux groupes consécutifs, non randomisée de type avant-après. Nous avons réparti en deux groupes les 387 patientes répertoriées : 183 dans le groupe référence et 204 dans le groupe réhabilité. Le premier groupe était autorisé à prendre de l'alimentation liquide au retour du transit tandis que le deuxième groupe dès la 3^{ème} heure sans attendre le transit. Les variables étudiées ont été la tolérance de l'alimentation précoce, les complications, le délai de reprise d'une activité normale et la satisfaction des patientes. **Résultats :** Le protocole a permis une meilleure réhabilitation. Au total, la reprise du transit a été plus précoce dans le groupe réhabilité mais la différence n'était pas significative. Le lever a été plus rapide dans le groupe réhabilité avec une différence significative ($p=0,002$). Des complications à type de nausées, de vomissements, de céphalées et de ballonnement ont été enregistrées chez 12,7% des patientes. Le taux de satisfaction maternelle était de 87,0% dans le groupe réhabilité ($p=0,03$). **Conclusion :** La réhabilitation précoce pourrait être adoptée dans notre centre, car vue cette étude, l'alimentation précoce est bien tolérée.

Mots clés : Césarienne - Douleur Postopératoire - Lever et Mobilisation de Patient - Rachianesthésie - Récupération Fonctionnelle.

ABSTRACT

Background: Early recovery post caesarian section allows the patients to find earlier their previous autonomy. The aim of this study was to assess enhanced recovery program after caesarian section. **Materials and methods:** We conducted a not randomized, observational, prospective, comparative, "before-after" study between two groups. A total of 387 patients were separated in 2 groups: 183 in the conventional care and 204 underwent the enhanced recovery program. Both groups were comparable with regards to age, antecedents, ASA class, obstetrical status, indications of caesarian section, anesthetic protocols, postoperative analgesia. The first group was allowed to drink upon the return to transit while the second group from the third hour without waiting for transit. Study variables were the tolerance of early feeding, complications, delay of resumption of a normal activity and the satisfaction of the patients. **Results:** There was no statistical difference between the two groups ($p=0.3$). Normal intestinal transit resumed earlier in the rehabilitated group but the difference was not significant. The mobilization was earlier in the group rehabilitated ($p=0.002$). Overall, 12.7% of complications happened such nausea, vomiting, headaches and bloating. The rate of maternal satisfaction was 87.0% in the rehabilitated group ($p=0.03$). **Conclusion:** Enhanced recovery will be adopted in our center, because early liquid and food intake after cesarean is well tolerated by this study.

Keywords: Caesarian Section - Postoperative Pain - Moving and Lifting Patients - Spinal Anesthesia - Recovery of Function.

INTRODUCTION

La réhabilitation précoce est un concept multidisciplinaire visant à favoriser la récupération rapide des capacités physiques et psychiques antérieures du patient opéré [1]. Elle repose sur l'analgésie postopératoire multimodale efficace et limitant le recours aux opioïdes, l'alimentation orale précoce, le retrait rapide des cathéters, drains et sondes, y compris la sonde urinaire, la mobilisation précoce des patients, la prévention des nausées et vomissements... [2-3]. En 2014, 14,37% des naissances ont été réalisées par césarienne, totalisant 614 opérations césariennes à la maternité de Befelatanana. La durée d'hospitalisation postopératoire fluctuait selon les praticiens de cinq à sept jours avec une durée moyenne proche de six jours, contre trois à quatre jours pour un accouchement par voie basse. Aucun protocole de réhabilitation précoce n'était disponible dans le service. De plus, très peu

d'études sur ce concept ont été réalisées à Madagascar. Pourtant, ce type de protocole était déjà instauré dans plusieurs pays depuis des années [4]. Les praticiens sont habitués aux méthodes traditionnelles, en attendant la reprise du transit pour la prise alimentaire.

L'objectif de cette étude était d'adopter un protocole hospitalier et multidisciplinaire pour la réhabilitation précoce post césarienne afin de modifier les habitudes « archaïques ».

Du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo, et de l'Université d'Antananarivo, Madagascar.

*Auteur correspondant :

Dr. RAFANOMEZANTSOA Toky

Adresse : Service de Réanimation Adultes

Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et
Obstétrique de Befelatanana, Antananarivo Madagascar

Téléphone : +261 34 55 740 22

E-mail : tokyrea@yahoo.fr

MATERIEL ET METHODES

Une étude rétrospective, comparative entre deux groupes consécutifs, non randomisée de type avant-après, a été faite pendant 4 mois dans le Service de Réanimation Adulte du Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana (CHUGOB), qui est un centre de référence de niveau 3. Nous avons recensé toutes les patientes ayant bénéficié d'une césarienne, programmée ou en urgence, sous rachianesthésie, et respectant les critères d'inclusion. La technique de la rachianesthésie associe bupivacaïne avec ou sans morphinique selon le choix de l'opérateur et une aiguille 25G. Elles ont été réparties en deux groupes distincts réalisés de façon successive. Le premier groupe bénéficiait de la prise en charge habituelle (Groupe REFERENCE), le deuxième bénéficiait du protocole de réhabilitation précoce (Groupe REHABILITE). Nous avons inclus les femmes bénéficiant d'une césarienne sous rachianesthésie, ASA 1, coopérantes et ayant déjà été opérées pour césarienne (ventre cicatriciel) ou non.

Le premier groupe était autorisé à prendre de l'alimentation liquide au retour du transit tandis que le deuxième groupe dès la 3^{ème} heure sans attendre le transit. Les variables étudiées ont été la tolérance de l'alimentation précoce, les complications, le délai de reprise d'une activité normale et la satisfaction des patientes. Une *p-value* < 0,05 a été considérée comme significative. L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel XLSTAT®.

Durant la réalisation de cette étude, nous avons vu des limites comme : l'absence de l'étude de l'impact sur l'économie de santé car l'un des objectifs premiers du concept de réhabilitation était, dans un but d'économie, la réduction de la durée d'hospitalisation.

RESULTATS

Durant la période d'étude, le nombre total de césariennes réalisées était de 485 au CHUGOB. Nous avons inclus dans l'étude 387 patientes (*cf.* Tableau I). Parmi elles, 183 (37,7%) dans le groupe REFERENCE, contre 204 femmes (42,1%) du groupe REHABILITE. Les deux groupes étaient comparables du point de vue âge moyen des femmes et âge de la grossesse. Au sein de la population totale, 65,37% (n=253) des césariennes étaient des urgences et 45,2% (n=175) ont été incluses dans le protocole de réhabilitation précoce (*p*=0,003). Les indications étaient assez disparates pour les deux groupes.

Les boissons et l'alimentation étaient reprises plus précocement dans le groupe réhabilité, en moyenne 2,6 heures contre 5,8 heures pour les boissons et 5,9 heures contre 11,8 heures pour l'alimentation, (*p*=0,001).

Dans le groupe REHABILITE, le premier lever s'était fait après retrait de la sonde urinaire et s'ensuivait la déambulation. La reprise de l'activité définie par le lever a été plus rapide dans le groupe REHABI-

LITE (8,7±3,7h) que dans le groupe REFERENCE (22,1±2,1h), avec une différence significative (*p*=0,002). Contrairement au groupe REFERENCE, le retrait de la sonde urinaire se faisait avant le transfert en salle précédé par le lever qui est assez tardif (*cf.* Tableau II). L'ablation de la perfusion s'effectuait en salle pour mesure de sécurité.

Tableau I : Population d'étude.

Variables	Groupe REFERENCE (n=187)	Groupe REHABILITE (n=204)	<i>p</i>
Age moyen (ans)	26,83	29,59	0,1
Terme de grossesse (SA)	32,3	33,0	0,1
Classe ASA			
ASA I	96	87	0,1
ASA II	95	109	
Césariennes			
Programmées	105	29	0,003
En urgence	78	175	
Indications de la césarienne			
Maternelles	64	141	0,35
Foetales	119	63	

Tableau II : Comparaison des temps de mobilisation, retrait sonde urinaire et reprise du transit entre les deux groupes.

Variables	Groupe REFERENCE	Groupe REHABILITE	<i>p</i>
Reprise du transit (h)	22 (5-34)	7 (5-24)	0,21
Retrait de la sonde urinaire			
H8 à H12	26 (14,0%)	104 (51,0%)	0,1
> H12	157 (86,0%)	100 (49,0%)	
Premier lever			
< H12	97 (52,5%)	179 (87,5%)	0,002
> H12	86 (47,2%)	25 (12,5%)	

Les complications post-opératoires étaient faibles, 7,5% (n=29), sans différence significative entre les groupes (*p*=0,3). Les complications d'ordre digestif étaient les plus rencontrées en post opératoire à type de nausées, vomissements, ballonnement abdominal. Les gênes rencontrées en postopératoire étaient la douleur post-opératoire dont l'évaluation par l'échelle numérique, ne retrouvait pas de différence significative entre les deux groupes. D'autres gênes ont été retrouvées tels la faim, la préoccupation à propos du bébé, la présence de la sonde urinaire, avec une différence significative pour la faim entre les deux groupes (*p*=0,04). La majorité des femmes opérées a répondu être bien entourées, informées et conseillées par les personnels soignants (62,0%). Quarante-vingt-sept pour cent avaient fait part d'être mieux rétablies par rapport à ce qu'elles avaient imaginé d'après les opinions générales (*p*=0,03).

DISCUSSION

Ce travail représente un des premiers travaux concernant la prise en charge de la réhabilitation précoce des

césariennes programmées ou en urgence dans le CHUGOB. Deux études françaises réalisées en 2013 montrent que des protocoles de réhabilitation précoce sont présents dans 14% à 60% des structures [5]. Au Royaume-Uni, en 2014, seulement 6% des services ont répondu avoir réalisé, ou sur le point de mettre en place, un protocole de réhabilitation précoce post césarienne [7]. Vers la fin 2015, ce concept a été adopté dans notre service, et nous avons choisi ce sujet afin d'évaluer la pertinence (associant efficacité, sécurité) de ce changement de pratique. Les résultats apparaissent positifs et nous ont permis d'identifier des axes de réflexion nécessitant une amélioration des pratiques et de proposer un protocole de réhabilitation précoce pour la césarienne.

Les urgences maternelles tiennent une place importante dans cette étude. Dans la littérature, les indications fœtales sont fréquentes 52,53% contre 47,48% des indications liées à la mère [8]. Ces indications fœtales sont surtout dominées par la souffrance fœtale [9]. La reprise de l'alimentation était progressive et la moindre prise alimentaire par voie orale était conditionnée par la reprise du transit dans l'ancienne pratique. Depuis, de nombreuses études récentes ont montré l'innocuité de la reprise précoce d'une alimentation liquide et même solide après césarienne [5, 10-11]. Très peu d'études sur les effets d'une alimentation précoce ont été réalisées en Afrique subsaharienne [12-13] où les habitudes alimentaires sont différentes et la majorité des césariennes en urgence. La reprise précoce d'une alimentation accélère la reprise des fonctions intestinales [14-16].

Le sondage vésical postopératoire a aussi un impact sur la réhabilitation des patientes. Il représente une gêne à la mobilité, une source d'inconfort et d'infections urinaires. Le retrait de la sonde urinaire a été effectué par la sage-femme avant le transfert en salle d'hospitalisation. Un retrait précoce de la sonde urinaire est une option possible en postopératoire immédiat du fait d'un faible risque de recathétérisation devant une rétention aiguë d'urine et d'une diminution du risque d'infection urinaire [17]. Une équipe tunisienne, dans son enquête pratique sur la réhabilitation précoce auprès des maternités a affirmé que le retrait de la sonde urinaire se fait avant la 6^{ème} heure [18]. L'administration d'ocytociques et d'antalgiques intraveineux sont les deux principaux facteurs retardant le retrait de la voie veineuse périphérique en postopératoire immédiat, raison pour laquelle 51% des praticiens déclarent la conserver pendant 24 heures même si celle-ci représente un frein à la reprise d'une autonomie [5].

Après l'évaluation de la pertinence d'un protocole standardisé sur la réhabilitation précoce post césarienne dans les centres hospitaliers réunionnais : le taux global des complications post-opératoires précoces était faible, 4,9%, sans différence significative entre les groupes ($p=0,42$), ni entre les centres, $p=1$

(resonance, hématome de paroi, infection urinaire, embolie pulmonaire tardive) [19]. Les données de la littérature (cf. Tableau III) ont affirmé que les complications les plus rencontrées au décours de cette réhabilitation précoce sont : les nausées, vomissements et ballonnements mais qui disparaissent par la suite [9, 20-21]. Ces résultats concordent avec ceux de Kra mer et al [22], qui ont retrouvé des fréquences plus élevées de complications gastro-intestinales.

Dans une étude sur les femmes africaines, le taux de satisfaction des patientes concernant leur alimentation postopératoire était plus élevé chez les patientes ayant eu une alimentation solide précoce (91 % versus 46 %) [9]. Benhamou D et al [10], Teoh et al [15], ainsi que Izbizky G et al [23], ont utilisé une échelle verbale de satisfaction pour évaluer la satisfaction des patientes tandis que cette étude a utilisé la simple réponse oui/non. Les résultats retrouvés étaient similaires à ceux de ces quatre auteurs. Une autre étude menée à Rouen a affirmé que la majorité des femmes césarisées ont été bien entourées, informées et bien conseillées par le personnel médical et elles étaient bien rétablies qui a conduit à une autonomie précoce [20]. Ces résultats concordent avec les données de notre étude.

Tableau III : Alimentation précoce après césarienne et gênes rencontrées.

Auteur	Anesthésie	OC	Alimentation	Délai	Gêne ressentie (%) si alimentation		p
					Solide	Liquide	
Patolia [14]	ALR	P	Solide	8h	31,7***	26,7***	NS
Teoh [15]	ALR	P	Liquide/Solide	<1h	7,1* 2**	6,1* 1**	NS
Mulayim [16]	ALR	ND	Liquide/Solide	2h	24***	15***	NS
Notre étude	ALR	P/U	Liquide/Solide	3h	2*	11**	NS

ALR : anesthésie loco-régionale, P : programme, U : urgence,

* nausées, ** vomissements, *** iléus, ND : non défini

CONCLUSION

La réhabilitation précoce post-césarienne vise à un retour rapide de l'autonomie maternelle en permettant une analgésie efficace, une reprise précoce de l'alimentation et de la mobilisation sans perfusion ni sonde urinaire. Elle vise également à établir la relation mère-père-enfant dans les meilleures conditions. L'attente de la reprise du transit représente donc une option inutile. Les résultats de notre étude apparaissent statistiquement positifs et nous ont permis d'adopter ce protocole qui pourrait être appliqué de façon standardisée à l'ensemble des césariennes, quel que soit leur indication.

REFERENCES

1. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. Br J Anaesth 1997;78(5):606-17.
2. Hoffmann H, Kettelhack C. Fast-track surgery--conditions and challenges in postsurgical treatment: a review of elements of translational research in enhanced recovery after surgery. Eur

- Surg Res 2012;49(1):24-34. DOI:10.1159/000339859
3. Kehlet H, Dahl JB. Anaesthesia, surgery, and challenges in post-operative recovery. *Lancet* 2003;362(9399):1921-8. DOI: 10.1016/S0140-6736(03)14966-5.
 4. Basse L, Thorbol JE, Lossel K, Kehlet H. Colonic surgery with accelerated rehabilitation or conventional care. *Dis Colon Rectum* 2004(3); 47:271-7. DOI: 10.1007/s10350-003-0055-0.
 5. Jacques V, Vial F, Lerintu M, Thilly N, Mc Nelis U, Raft J, et al. Réhabilitation péri opératoire des césariennes programmées non compliquées en France : enquête de pratique nationale. *Ann Fr Anesth Réanim* 2013;32(3):142-8. DOI: 10.1016/j.annfar.2013.01.016.
 6. 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 Ile de France. *Ann Fr Anesth Réanim* 2013;32(3):149-56. DOI: 10.1016/j.annfar.2013.01.002.
 7. Aluri S, Wrench JJ. Enhanced recovery from obstetric surgery: a U.K. survey of practice. *Int J Obstet Anesth* 2014;23(2):157-60. DOI: 10.1016/j.ijoa.2013.11.006.
 8. Kande Y. Contribution à l'étude de fréquence des indications de césariennes à la maternité du CHU Ignace Deen Conakry [Thèse de Médecine]. Conakry : Faculté de Médecine, 2000.
 9. Zoumenou E, Denakpo JL, Assouto P, Tchaou B, Lokossou T, Chobli M. Reprise précoce de l'alimentation après césarienne chez la femme noire africaine : alimentation liquide versus alimentation solide. *Med Trop* 2011;71(2): 165-68.
 10. Benhamou D, Tecszy M, Parry N, Mercier FJ, Burg C. Audit of an early feeding program after Cesarean delivery: patient wellbeing is increased. *Can J Anaesth* 2002;49(8):814-9. DOI: 10.1007/BF03017414.
 11. Bar G, Sheiner E, Lezerovitz A, Lazer T, Hallak M. Early maternal feeding following caesarean delivery: a prospective randomised study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87(1):68-71. DOI: 10.1080/00016340701778849.
 12. Adupa D, Wandabwa J, Kiondo P. A randomised controlled trial of early initiation of oral feeding after caesarean delivery in Mulago Hospital. *East Afr Med J* 2003; 80(7):345-50.
 13. 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. DOI: 10.1080/14767050802430826.
 14. Patolia DS, Hilliard RL, Toy E C, Baker B. Early feeding after cesarean: randomized trial. *Obstet Gynecol* 2001; 98(1):113-6.
 15. Teoh WH, Shah MK, Mah CL. A randomised controlled trial on beneficial effects of early feeding post-Caesarean delivery under regional anaesthesia. *Singapore Med J* 2007; 48(2):152-7.
 16. Mulayim B, Celik NY, Kaya S, Yanik FF. Early oral hydration after cesarean delivery performed under regional anesthesia. *Int J Gynaecol Obstet* 2008;101(3):273-6. DOI: 10.1016/j.ijgo.2007.11.023.
 17. Senanayake H. Elective cesarean section without urethral catheterization. *J Obstet Gynaecol Res* 2005;31(1):32-7. DOI: 10.1111/j.1447-0756.2005.00237.x
 18. Jarraya A, Boujelbene M, Zghal J, Laabidi S, Smaoui M, Kolsi K. Early recovery after a cesarean section: survey of practice at some maternity hospitals in the region of Sfax in Tunisia. *Pan Afr Med J* 2016; 23:215.
 19. Dospeux J. Pertinence de l'application standardisée d'un protocole de réhabilitation précoce post césarienne. Analyse et amélioration des pratiques professionnelles [Thèse de Médecine]. Bordeaux : Faculté de Médecine, 2015.
 20. Tollet L. Réhabilitation précoce en post césarienne : évaluation de la mise en place d'un protocole à la maternité du CHU de Rouen [Mémoire de fin d'Etudes]. Rouen : Faculté de Médecine, 2013.
 21. Obame R, NzogheNguema P, Mandji Lawson JM, Sima Olé B., Assoumé D, Sima Zué A. Réhabilitation post opératoire précoce : essai d'un protocole chez la patiente gabonaise césarisée à l'Hôpital Universitaire d'Angondjé (HUA). *RAMUR* 2015;20(2).
 22. 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(1):29-32. DOI: 10.1016/0029-7844(96)00131-7.
 23. Izbizky G, Minig L, Sebastiani M, Otaño L. The effect of early versus delayed post caesarean feeding on women's satisfaction: a randomized controlled trial. *BJOG* 2008;115(3):332-8. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2007.01591.x.