

Research

Réhabilitation précoce post césarienne: enquête de pratique auprès des maternités de la région de Sfax en Tunisie

Early recovery after a cesarean section: survey of practice at some maternity hospitals in the region of Sfax in Tunisia

Anouar Jarraya^{1,&}, Massarra Boujelbene¹, Jamil Zghal¹, Sofiene Laabidi¹, Mohamed Smaoui¹, Kamel Kolsi¹

¹Service d'Anesthésie Réanimation du CHU Hédi Chaker de Sfax, Tunisie

[&]Corresponding author: Anouar Jarraya, Service d'Anesthésie Réanimation du CHU Hédi Chaker de Sfax, Tunisie

Key words: Réhabilitation précoce, césarienne, analyse de pratique

Received: 15/06/2015 - Accepted: 10/09/2015 - Published: 22/04/2016

Abstract

Introduction: Bien que la plupart des principes de réhabilitation précoce post césarienne paraissent applicable dans nos structures de soins, il semble que la mise en œuvre reste limitée. **Méthodes:** Il s'agit d'une enquête structurée par courrier électronique auprès des médecins anesthésistes de la région de Sfax décrivant leurs pratiques habituelles dans les maternités étatiques et privées de la région de Sfax. Nous avons utilisé un questionnaire dans le cadre de prise en charge de la césarienne programmée. **Résultats:** Le taux de réponse des médecins était de 68% (30/44). L'analgésie orale a été débutée au cours des 24 premières heures par 13% des anesthésistes. La perfusion post opératoire a été arrêtée avant 24h dans 27% des cas. Le retrait de la sonde < H6, la reprise des boissons < H6, la reprise de l'alimentation < H12 ont été observé respectivement dans 57%, 63% et 30% des cas. L'emploi d'ocytocine limité à H6 est la conduite de 60% des médecins interrogés. La carbécocine est encore non utilisée. **Conclusion:** Les différents composants de la réhabilitation précoce post césarienne sont encore insuffisamment mis en œuvre.

Pan African Medical Journal. 2016; 23:215 doi:10.11604/pamj.2016.23.215.7277

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/23/215/full/>

© Anouar Jarraya et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Introduction: Although most of the principles of early recovery after a cesarean section are applicable to our care units, their implementation remains limited. **Methods:** Our structured e-mail survey was directed at the anesthetists from the region of Sfax, describing their usual practices in state and private maternity hospitals in the region of Sfax. We used a questionnaire in the management of planned cesarean section. **Results:** Physician response rate was 68% (30/44). Oral analgesia was used during the first 24 hours by 13% of anaesthetists. Postoperative infusion was stopped before the 24h in 27% of cases. Probe removal < H6, resumption of drinking < H6, resumption of diet < H 12 were observed in 57%, 63% and 30% of cases respectively. Oxytocin administration within H6 was the therapeutic choice made by 60% of questioned doctors. Carbetocin is still unused. **Conclusion:** The various components of early recovery after a cesarean section are still insufficiently implemented.

Key words: Early recovery, cesarean, analyze of practice

Introduction

La réhabilitation précoce post césarienne est un nouveau concept qui vise à favoriser la récupération rapide des capacités physiques et psychiques antérieures de la patiente césarisée par une approche multidisciplinaire [1]. Plusieurs maternités ont commencé à établir des protocoles de réhabilitation précoce et ont réussi à réduire la durée d'hospitalisation et à améliorer le confort des patientes [2]. Cependant, le changement des habitudes et des stratégies n'est pas toujours facile et peut trouver pas mal d'obstacles [3]. L'objectif de notre étude est d'évaluer les pratiques actuelles dans les maternités étatiques et privées de la région de Sfax afin de savoir si des actions sont requises pour favoriser la mise en œuvre de ce nouveau concept.

Méthodes

Dans cette enquête de pratique nous avons inclus la maternité du CHU Hédi Chaker de Sfax et 4 maternités privées de la région de Sfax. L'objectif de l'enquête était de connaître le degré d'adhésion aux différents composants de la réhabilitation postopératoire dans le cadre de la césarienne à froid. Un questionnaire (Tableau 1) a été adressé par courrier électronique vers les maternités concernées. Le questionnaire a porté sur les pratiques des médecins anesthésistes concernant le type d'anesthésie, la durée d'hospitalisation moyenne, la stratégie analgésique, l'heure d'arrêt de la perfusion et d'ablation de la sonde urinaire, la reprise précoce de l'alimentation liquide et solide et le type d'utéro-tonique utilisé. Un score d'adhésion aux principes de réhabilitation précoce post césarienne (0-6) a été construit, accordant un point à chaque composant du programme de réhabilitation considéré comme essentiel: arrêt de la perfusion

postopératoire à H6 post opératoire; une stratégie d'analgésie avec début de l'analgésie orale avant la 24^{ème} heure; retrait de la sonde urinaire avant la 6^{ème} heure; reprise des boissons avant la sixième heure; reprise de l'alimentation avant la 6^{ème} heure; emploi de carbétocine en une injection unique ou injection d'ocytocine peropératoire et relais postopératoire pendant une durée inférieure à six heures. L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel SPSS 20.0 pour Windows.

Résultats

Le taux de réponse des médecins était de 68% (30/44 médecins anesthésistes). Les 30 médecins ayant répondu au questionnaire étaient réparti en 21 médecins travaillant dans le secteur étatique versus 9 dans le secteur public (p=0.34). La rachianesthésie était la technique anesthésique de choix pour la césarienne programmée chez tous les médecins interrogés. 43% des médecins interrogés mettent leurs patientes sortantes dans les 48 premières heures post césariennes alors que 70% pensaient appliquer une stratégie de réhabilitation précoce. L'adhésion aux principes de réhabilitation précoce était comme suit: 13 % seulement ont une stratégie d'analgésie post opératoire avec reprise des antalgiques par voie orale avant la 24^{ème} heure post opératoire; la perfusion post opératoire a été arrêtée dès H6 dans 26% des cas; le retrait de la sonde urinaire avant la 6^{ème} heure post opératoire a été la pratique de 57% des médecins; la reprise des boissons avant la 6^{ème} heure post opératoire a été pratiqué par 63% des médecins; la reprise de l'alimentation < 6H a été observé 30% des cas seulement; l'emploi d'ocytocine limité à H6 est la conduite de 60% des médecins interrogés alors que la carbétocine est encore non utilisée. La répartition des médecins adhérant aux principes de réhabilitation

précoce post césarienne a été récapitulée dans le tableau 2 montrant l'absence de différences significatives entre les conduits des médecins exerçant dans le CHU et les médecins exerçant dans les établissements privés. Le score moyen d'adhésion aux principes de réhabilitation précoce post césarienne était 3.5 pour le secteur public versus 2.8 pour le secteur privé; $p=0.26$.

Discussion

Les principaux résultats de cette enquête ont montré une adhésion partielle et insuffisante aux principes de réhabilitation post césarienne dans la région de Sfax. Une enquête de pratiques plus ancienne faite en 2012 auprès des maternités des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et ile de France [4] a montré un retard dans l'adhésion aux principes de réhabilitation précoce post césarienne avec une grande hétérogénéité entre les différentes maternités. Un score attribuant un point pour chaque principe de réhabilitation a montré que la médiane était à 3 avec des extrêmes allant de 2 à 4 ce qui est comparable à nos résultats. Cependant le relais per os du traitement antalgique le jour de l'intervention était la conduite de 50% des médecins et la carbétocine était utilisé dans 1/3 des cas ce qui n'était pas le cas dans nos conduites pratiques. L'enquête de pratique nationale française [5] a montré que quelques lacunes, en particulier l'absence de protocole rédigé dans 60 % des maternités françaises et l'hospitalisation des patientes la veille de l'intervention dans 80% des cas ce qui est contre les principes de réhabilitation précoce. Cependant la notion d'analgésie orale contrôlée par le patient (PCOA) a été observée dans 16% cas alors que cette notion n'existe pas encore en Tunisie. H Keita et AS Ducloy Bouthors ont mis le point sur ces deux enquêtes de pratiques [6] en détaillant leurs limites méthodologiques mais en précisant que des actions urgentes sont requises telles que l'élaboration de programmes de réhabilitation précoce prenant en compte les spécificités du post-partum. Une autre enquête de pratique faite une année plus tard en Angleterre [7] a montré une adhésion plus importante aux principes de réhabilitation où la notion de PCOA a été observée dans 68% des cas et une reprise précoce de l'alimentation dans plus de 70% des cas. Cet écart par rapport aux études françaises pourrait être expliqué par le délai entre les enquêtes (une année) mais, de toute façon, les résultats anglais dépassent de loin nos pratiques actuelles. Ce retard observé par rapport aux autres enquêtes de pratiques réalisées en France [4, 5] ou en Angleterre [7] pourrait être une conséquence du manque de confiance de nos praticiens

aux structures de soins extrahospitalières amenant les anesthésistes à garder leurs patientes plus que 48 heures dans l'hôpital. Il faut aussi signaler l'écart entre l'adhésion aux principes de réhabilitation et le pourcentage de médecins qui pensent qu'ils sont entrain d'appliquer un programme de réhabilitation précoce post césarienne (70%) ce qui fait penser au besoin de formations continues non seulement pour les médecins mais aussi pour les équipes paramédicales intervenant dans la prise en charge de ces patientes. D'autre part ce retard pourrait être expliqué par le manque de certains médicaments sur le marché tunisien tel que la carbétocine ou les morphiniques par voie orale nécessaires pour le concept de PCOA.

Conclusion

Les différents composants de la réhabilitation précoce post césarienne sont encore insuffisamment mis en œuvre ce qui fait penser aux difficultés logistiques et humaines rencontrés dans les maternités de la région de Sfax. La formation des intervenants dans la prise en charge des patientes césarisées et l'élaboration de programmes de réhabilitation précoce post césarienne par la société tunisienne d'anesthésie, analgésie et réanimation (STAAR) paraît indispensable.

Etat des connaissances actuelle sur le sujet

- La réhabilitation précoce post césarienne reconnaît plusieurs difficultés pour être appliquée;
- Le concept de réhabilitation précoce reste méconnu par les différents intervenants en péri-opératoire.

Contribution de notre étude à la connaissance

- Le concept de réhabilitation précoce est loin d'être appliqué dans la région de sfax en Tunisie;
- Une stratégie de formation du personnel en terme de réhabilitation est nécessaire.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Tous les auteurs déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Remerciements

Nous remercions les médecins anesthésistes de la région de Sfax d'avoir participé à cette enquête de pratique.

Tableau

Tableau 1: Questionnaire visant à évaluer les pratiques actuelles devant une femme jeune sans antécédents qui va accoucher par césarienne à froid

Tableau 2: Répartition des médecins adhérant aux différents composants la réhabilitation précoce post césarienne

Références

1. Deniau B, Faitot V, Bouhadjari N, Filippova J, Keïta H. Réhabilitation post-césarienne. Conférence d'actualisation de la SFAR. 2014. **Google Scholar**
2. Anne Wyniecki, Monika Tecsy, Dan Benhamou. Postoperative rehabilitation programme after caesarean delivery. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*. 2010; 14(6): 375-382. **PubMed | Google Scholar**
3. Lucas DN, Gough KL. Enhanced recovery in obstetrics--a new frontier? *Int J Obstet Anesth*. 2013; 22(2): 92-95. **PubMed | Google Scholar**
4. Wyniecki A, Raucoules-Aimé M, De Montblanc J, Benhamou D. Enhanced recovery after Caesarean delivery: a practice survey in two French regions. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2013; 32(3):149-156. **PubMed | Google Scholar**
5. Jacques V, Vial F, Lerintiu M, Thilly N, Mc Nelis U, Raft J, Bouaziz H. Enhanced recovery following uncomplicated elective caesarean section in France: a survey of national practice. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2013; 32(3): 142-148. **PubMed | Google Scholar**
6. Keïta H, Ducloy-Bouthors AS. Enhanced recovery after caesarean delivery Not just a postoperative rehabilitation. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2013; 32(3): 130-133. **PubMed | Google Scholar**
7. Aluri S, Wrench IJ. Enhanced recovery from obstetric surgery: a UK survey of practice. *Int J Obstet Anesth*. 2014; 23(2): 157-160. **PubMed | Google Scholar**

Tableau 1: Questionnaire visant à évaluer les pratiques actuelles devant une femme jeune sans antécédents qui va accoucher par césarienne à froid

	Oui	Non
Pour la césarienne programmée, vous préférez la rachianesthésie plus que l'anesthésie générale ?		
Durée d'hospitalisation des patientes est-elle inférieure à 48h ?		
Appliquez-vous une stratégie de réhabilitation post césarienne ?		
Pour l'analgésie vous préférez la rachianesthésie à la morphine plus que le TAP block (le TAP block étant associé à une analgésie par voie orale dès la reprise de l'alimentation)?		
Arrêtez-vous la perfusion dès la 6 ^{ème} heure post césarienne ? (En gardant le cathéter obturé jusqu'à 24 heures post césarienne)		
Enlevez-vous la sonde urinaire avant la sortie de la SSPI ?		
Autorisez-vous les patientes à boire avant la 6 ^{ème} heure post césarienne ?		
Autorisez-vous les patientes à manger avant la 6 ^{ème} heure post césarienne ?		
Utilisez-vous la carbétocine pour le protocole des utéro toniques ?		
En cas d'utilisation de l'ocytocine, arrêtez-vous la perfusion avant la 6 ^{ème} heure post césarienne ?		

Tableau 2: Répartition des médecins adhérant aux différents composants la réhabilitation précoce post césarienne			
	Maternité Etatique	Maternité Privé	Valeur de « p »
Nombre de médecin anesthésiste interrogés	21	9	0.34
Arrêter la perfusion dès H6	5	3	0.41
Stratégie d'analgésie post opératoire avec reprise des Antalgiques par voie orale avant la 24 ^{ème} heure Post opératoire	3	1	0.51
Enlever la sonde urinaire avant la sortie de la SSPI	13	4	0.37
Autorisez-vous vos patientes à boire avant H6	14	5	0.56
Autorisez-vous vos patientes à manger avant H6	6	3	0.63
Arrêt de l'Ocytocine avant H6	14	4	0.25
Score total (/6)	3.5	2.8	0.26