

**Faculté de Médecine
Ecole de Sages-Femmes**

**Diplôme d'Etat de Sage-femme
2014-2015**

**Prise en charge de la douleur en post-opératoire chez les
patientes césarisées à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant à
Limoges : évaluation d'un protocole de réhabilitation précoce**

Présenté et soutenu publiquement le 5 mai 2015
par

Angèle CLUZEAU

Directeur : Patrick SENDES

Guidant : Vincent FOURGEAUD



Remerciements

Au Docteur Patrick SENGES

Merci d'avoir accepté de me guider dans la réalisation de ce travail, ainsi que pour votre disponibilité et vos conseils tout au long de ces deux années.

A Monsieur Vincent FOURGEAUD

Pour votre accompagnement et votre disponibilité dans l'accomplissement de ce travail, mais également pour avoir été présent tout au long de ma formation.

A tous ceux qui ont fait que ce travail ait pu voir le jour

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION | 5 |
| PREMIERE PARTIE | 7 |
| 1 LA DOULEUR POST-OPERATOIRE | 7 |
| 1.1 PHYSIOLOGIE DE LA DOULEUR..... | 7 |
| 1.1.1 Les différentes composantes de la douleur | 7 |
| 1.1.2 Le schéma de la nociception | 8 |
| 1.2 MECANISMES D’ACTION DES ANTALGIQUES ET ANALGESIQUES | 10 |
| 1.2.1 Antalgiques non opioïdes | 10 |
| 1.2.2 Antalgiques opioïdes | 11 |
| 1.3 CARACTERISTIQUES ET PARTICULARITES DE LA DOULEUR POST-OPERATOIRE APRES CESARIENNE | 11 |
| 1.3.1 Modifications métaboliques engendrées par la douleur | 11 |
| 1.3.2 La douleur aigue et chronique chez la patiente césarisée | 12 |
| 1.3.3 Lien mère-enfant et allaitement maternel | 13 |
| 2 PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POST-OPERATOIRE APRES CESARIENNE | 14 |
| 2.1 GENERALITES..... | 14 |
| 2.2 EVALUATION DE LA DOULEUR POST-OPERATOIRE | 15 |
| 2.2.1 Les échelles..... | 15 |
| 2.2.2 La fréquence d’évaluation | 15 |
| 2.3 LES TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES DE LA DOULEUR POST-CESARIENNE | 16 |
| 2.3.1 Les paliers de l’OMS..... | 16 |
| 2.3.2 Allaitement et antalgiques | 16 |
| 2.3.3 Techniques thérapeutiques pour l’anesthésie lors d’une césarienne | 18 |
| 3 PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POST-OPERATOIRE APRES CESARIENNE : VERS UNE REHABILITATION PRECOCE | 19 |
| 3.1 POURQUOI UNE REHABILITATION PRECOCE APRES CESARIENNE | 19 |
| 3.2 STRATEGIE MULTIMODALE..... | 19 |
| 3.2.1 En péri-opératoire | 19 |
| 3.2.2 En per-opératoire | 20 |
| 3.2.3 En post-opératoire..... | 20 |
| 3.3 PROTOCOLE MIS EN PLACE A LIMOGES | 21 |
| 3.3.1 L’analgésie multimodale | 21 |
| 3.3.2 Evaluation de la douleur et antalgiques | 22 |
| 3.3.3 Contre-indications à l’utilisation du protocole de réhabilitation précoce..... | 22 |
| DEUXIEME PARTIE | 23 |
| 1 OBJECTIF | 23 |
| 2 METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE | 23 |
| 2.1 POPULATION ETUDIEE | 23 |
| 2.2 VARIABLES ETUDIEES..... | 24 |
| 2.3 RECUEIL DE DONNEES | 24 |
| 2.4 INTERPRETATION DES DONNEES..... | 25 |
| TROISIEME PARTIE | 26 |
| 1 RESULTATS | 26 |
| 1.1 DESCRIPTIF DE MA POPULATION..... | 26 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1.1.1 | L'effectif | 26 |
| 1.1.2 | Description de ma population en fonction de la satisfaction des patientes concernant la prise en charge de la douleur | 27 |
| 1.2 | POUR REpondre A MES HYPOTHESES | 28 |
| 1.2.1 | Concernant la première hypothèse portant sur la satisfaction générale des patientes à la prise en charge de la douleur..... | 28 |
| 1.2.2 | Concernant la seconde hypothèse portant sur le maintien de la VVP..... | 29 |
| 1.3 | AUTRES RESULTATS NECESSAIRES A LA DISCUSSION..... | 30 |
| 1.3.1 | Influence de la douleur post-opératoire et de ses traitements sur le ressenti de la patiente | 30 |
| 1.3.2 | Impact du respect du protocole antalgique | 33 |
| 1.3.3 | Ecart entre la déclaration de prise d'antalgiques, ceux retranscrits sur Filemaker® et la période des suites de couches | 35 |
| 2 | DISCUSSION | 37 |
| 2.1 | ANALYSE DE L'ETUDE..... | 37 |
| 2.1.1 | Limites de l'étude | 37 |
| 2.1.2 | Points forts de l'étude..... | 37 |
| 2.2 | DISCUSSION DES RESULTATS..... | 38 |
| 2.2.1 | A propos de la population | 38 |
| 2.2.2 | Concernant le ressenti des patientes | 38 |
| 2.2.3 | Concernant le respect du protocole analgésique..... | 39 |
| 2.3 | PROPOSITION D'ACTION..... | 42 |
| | CONCLUSION..... | 44 |
| | REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... | 45 |
| | ANNEXE 1 : SCHEMA DE LA NOCICEPTION | 48 |
| | ANNEXE 2 : COUCHE DE REXED | 49 |
| | ANNEXE 3 : THEORIE DU « GATE CONTROL » | 50 |
| | ANNEXE 4 : THEORIE « ENKEPHALINERGIQUE » | 51 |
| | ANNEXE 5 : PALIER DES ANTALGIQUES DE L'OMS EN COLLABORATION AVEC L'IASP, 1999 | 52 |
| | ANNEXE 6 : ECHELLE UNIDIMENSIONNELLE DE LA DOULEUR..... | 53 |
| | ANNEXE 7 : EFFETS ANALGESIQUES DES DIFFERENTS MORPHINIQUES AU COURS DU TEMPS | 54 |
| | ANNEXE 8 : CONCEPT DE REHABILITATION PRECOCE SELON KEHLET | 55 |
| | ANNEXE 9 : PROTOCOLE DE L'HME SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POST-CESARIENNE : REHABILITATION PRECOCE | 56 |
| | ANNEXE 9 : SUITE | 57 |
| | ANNEXE 10 : QUESTIONNAIRE..... | 58 |
| | ANNEXE 11 : INFORMATION DONNEE AUX PATIENTES LORS DE LA CONSULTATION PRE-ANESTHESIE | 62 |
| | ANNEXE 12: INFORMATION SUR LA CESARIENNE ET SA PRISE EN CHARGE A L'HME EN CONSULTATION ANESTHESIQUE | 65 |

INTRODUCTION

La lutte contre la douleur est un véritable enjeu de santé publique [1], et le soulagement de la douleur est un droit fondamental à toute personne¹.

En France en 2010, 21% des accouchements se sont fait par césarienne. Ce mode d'accouchement de plus en plus pratiqué doit bénéficier d'une prise en charge post-opératoire de qualité. Le soulagement de la douleur doit en faire partie intégrante.

Historiquement, la compréhension des mécanismes de fonctionnement de la douleur a permis d'établir des thérapeutiques et des techniques de prise en charge de plus en plus perfectionnées et adaptées.

Un « nouveau » concept, celui du Professeur H. Kehlet sur la réhabilitation précoce est apparu dans les années 90 et est utilisé dans plusieurs chirurgies. Celui-ci est essentiellement basé sur une analgésie efficiente grâce au principe d'analgésie multimodale. Il permet aussi une réalimentation et une déambulation précoces, ceci dans le but de diminuer les complications post-chirurgicales.

C'est donc tout naturellement que ce concept commence à être adapté pour les césariennes dans plusieurs maternités en France. D'autant plus qu'il favorise l'établissement du lien mère-enfant et permet une diminution de la durée d'hospitalisation.

En Juillet 2013, ce concept a été instauré à Limoges à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant (HME). Les principes du protocole se basent sur une analgésie multimodale, une obturation de la voie veineuse avec une ablation de la sonde vésicale dès la sortie de la salle de naissance, permettant un relai per os rapide des antalgiques, et un lever précoce.

Une problématique s'est imposée dès lors : le nouveau protocole mis en place à l'HME chez les patientes césarisées est-il efficace sur la prise en charge de leurs douleurs?

¹ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité de système de santé

Pour répondre à celle-ci, nous avons émis deux hypothèses : l'hypothèse principale était que les patientes sont majoritairement satisfaites de la prise en charge de la douleur lors de leur séjour en suites de couches dans le cadre du nouveau protocole en place à l'HME sur la prise en charge de la douleur. Et l'hypothèse secondaire était que les patientes césarisées qui auraient préféré être perfusées pour bénéficier d'une analgésie plus rapide sont minoritaires.

Pour étudier ces questions, nous traiterons tout d'abord dans une première partie de notre mémoire des modalités d'analgésie en partant de la physiologie. Puis dans un second moment, nous expliciterons notre méthodologie d'étude. Enfin, nous présenterons alors nos principaux résultats pour étayer ensuite notre discussion et argumenter nos propositions.

PREMIERE PARTIE

Nous commencerons par décrire la douleur post-opératoire en approfondissant sa physiologie, le mécanisme d'action des antalgiques et les caractéristiques de la douleur dans le cadre d'une césarienne. Grâce aux dernières études effectuées et aux derniers écrits des sociétés savantes, nous montrerons comment le concept de H. Kehlet sur la réhabilitation précoce peut être appliqué dans le cadre de la césarienne. Et enfin nous verrons son application actuelle à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges.

1 La douleur post-opératoire

1.1 Physiologie de la douleur

L'association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) définit celle-ci comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion ».

Il est donc important de ne pas considérer uniquement la cause lésionnelle pour définir la douleur. La personnalité de la personne ainsi que son vécu jouent un rôle primordial dans la perception de cette douleur.

1.1.1 Les différentes composantes de la douleur [2] [3]

Ces différents aspects vont nous permettre de décrire de façon plus complète la douleur ressentie, on les appelle composantes et sont au nombre de quatre.

La composante affectivo-émotionnelle donne à la douleur son caractère désagréable et pénible. Cette composante peut se prolonger vers des états voisins de l'anxiété ou de la dépression. Elle est aussi fonction de la durée et des désagréments causés par la douleur.

La composante cognitive est définie par l'ensemble des processus mentaux susceptibles d'influencer la perception de la douleur : attention, interprétation et valeurs attribuées à la douleur, anticipation, références à des expériences douloureuses antérieures.

La troisième composante va plutôt concerner les manifestations que nous pouvons observer chez une personne qui souffre (ex : postures antalgiques, impossibilité de maintenir un

comportement normal,...), qu'elles soient verbales ou non verbales. C'est la composante comportementale.

La composante sensorielle (ou nociception) correspond aux différents mécanismes physiologiques de transmission de la douleur permettant d'apprécier la qualité (ex : brûlure, torsion, ...), la durée (brève, continue), l'intensité et la localisation de la douleur. Si nous prenons le cas de la douleur post-opératoire après césarienne, celle-ci est une douleur intense, brève car d'une durée inférieure à 48h et localisée principalement au niveau de la plaie chirurgicale [4].

1.1.2 Le schéma de la nociception

Les mécanismes physiologiques de transmission de la douleur peuvent s'inscrire dans un même schéma, celui de la nociception [Annexe 1].

La douleur par excès de nociception, comme la douleur post-opératoire, est une activation des fibres périphériques par des agressions d'origines lésionnelles, inflammatoires ou mécaniques. Ces fibres sont des récepteurs sensoriels spécialisés, les nocicepteurs. Ceux-ci peuvent être de simples cellules ou des nerfs qui grâce à leurs terminaisons libres capteront le message et le transmettront directement au neurone suivant (au niveau de la moelle).

La transmission du message de la périphérie à la corne postérieure de la moelle épinière se fait par des nerfs, ce sont les fibres afférentes primaires (= neurone numéro 1). A ce niveau, ce neurone va faire une synapse avec un deuxième neurone (neurone 2 ou post-synaptique). Celui-ci croise ensuite la ligne médiane de la moelle et traverse le bulbe rachidien en direction des thalami. Ainsi arrivé au cerveau, un troisième neurone que l'on appelle neurone numéro 3, va terminer d'acheminer le message nociceptif vers le cortex. Celui-ci traite l'information reçue (message douloureux) et renvoie une réponse inhibitrice pour atténuer le signal douleur.

1.1.2.1 Stimulus et nocicepteurs [5] [6]

Le stimulus ou message douloureux peut être de toute sorte : chimique (bradykinine, histamine, sérotonine, prostaglandines, K⁺, protons, ...), thermique ou bien physique. Toutefois, pour qu'un stimulus déclenche une réponse électrique, et que celui-ci soit considéré comme nocif, il doit dépasser un certain seuil d'excitation. Il sera ainsi qualifié de stimulus algogène.

1.1.2.2 Les fibres afférentes primaires [7] [5]

Il existe 2 types de neurone numéro 1 :

- Les fibres A δ sont peu myélinisées et conduisent l'influx nerveux à une vitesse moyenne. Il correspondra à une douleur ressentie comme brève et bien localisée, à type de piquûre.
- Les fibres C sont quant à elles amyéliniques et vont conduire lentement l'influx nerveux. La douleur déclenchée par celui-ci sera ressentie plus tardivement et se présentera sous la forme d'une brûlure prolongée et diffuse.

Parmi les fibres C, il existe des nocicepteurs dits polymodaux qui sont activés par des stimuli nociceptifs de faible intensité. Ils ont une grande capacité de sensibilisation. En effet, leur seuil d'activation s'abaisse suite à la répétition d'un stimulus nociceptif. Ainsi plus ces fibres sont stimulées, plus elles seront sensibles et leur réponse à la douleur sera amplifiée, même si le stimulus est d'intensité identique. C'est un des processus responsable de l'hyperalgésie (réponse exagérée à un stimulus douloureux) et de l'allodynie (sensation douloureuse ressentie à la suite d'un stimulus non douloureux). [8]

1.1.2.3 Voies médullaires [7]

La transmission du message douloureux entre le neurone 1 et le neurone 2 se fait grâce à une libération de neurotransmetteurs (la substance P et le glutamate) au niveau de la synapse. Le glutamate en activant les récepteurs NMDA (N-méthyl-D-aspartate) du neurone 2 est responsable de l'hypermobilisation des nocicepteurs polymodaux. [8]

Les neurones 2 vont être de deux types.

Certains sont spécifiques à la nociception en répondant aux fibres afférentes primaires nociceptives. Ils partent de la couche numéro 1 de Rexed [Annexe 2].

Les autres sont des neurones à convergence partant de la couche numéro 5 de Rexed. Ils reçoivent des fibres provenant de différents territoires (cutané, viscéral, articulaire, musculaire). Ils vont être à l'origine de la douleur projetée (douleur ressentie au niveau d'une surface corporelle au lieu de l'organe où est présente la lésion).

1.1.2.4 Modulation du signal douleur [7]

Certains mécanismes [annexe 3 et 4] d'ordre physiologique vont atténuer la perception de la douleur. Or si « le stimulus douleur » est trop intense, ce système de modulation est dépassé et ne suffit plus à atténuer le signal.

Les méthodes à visées antalgiques sont, à ce moment-là, nécessaires pour arrêter le signal douleur.

1.2 Mécanismes d'action des antalgiques et analgésiques [7] [9]

Grâce à la connaissance de la nociception et à la découverte de certaines molécules actives pouvant agir sur les acteurs de celle-ci, des antalgiques ont été développés.

1.2.1 Antalgiques non opioïdes

Ceux-ci vont avoir une action périphérique en inhibant le message chimique périphérique.

Les antalgiques non opioïdes comme les AINS ont pour caractéristique d'inhiber la cyclo-oxygénase (COX-1 et COX-2), enzyme permettant la production des prostaglandines (PG) algogènes libérées en cas de réaction inflammatoire.

La COX-2 participe à la production de PG inflammatoire alors que la COX-1 est spécialisée dans la production de PG participant au fonctionnement de l'organisme (endothélium, reins, muqueuse gastrique et formation des plaquettes).

En inhibant ces deux COX, les AINS vont avoir une action antalgique mais aussi des effets indésirables comme des troubles gastro-intestinaux (pouvant aller jusqu'à l'ulcération ou des saignements), un syndrome hémorragique, des accidents rénaux, et des complications obstétricales (légère augmentation des fausses couches [9]) et néo-natales (toxicité cardiaque et/ou rénale, fermeture prématuré du tube neural [9]).

Le paracétamol va directement inhiber les prostaglandines impliquées dans l'inflammation. En dose thérapeutiques, pratiquement aucun effet indésirable n'a été relaté : d'où une utilisation fréquente et de premier recours.

Le Néfopam (Acupan®) n'a pas de propriétés opioïdes. Il va inhiber la recapture de la noradrénaline, de la sérotonine, et de la dopamine.

1.2.2 Antalgiques opioïdes

Les opioïdes (morphiniques et agonistes) se fixent sur des récepteurs spécifiques couplés à des protéines G. Nous distinguons trois types de récepteurs opioïdes (μ , δ et κ) classés selon leur localisation et leurs fonctions.

Les opioïdes sont des antalgiques d'action centrale. Ils empêchent la remontée de l'influx nerveux au niveau spinal et le font de deux manières. D'une part, ils ferment les canaux calciques du neurone pré-synaptique afin de diminuer la libération des neurotransmetteurs. D'autre part, en activant les récepteurs des neurones post-synaptiques, ils provoquent une hyperpolarisation qui inhibe ainsi la progression de l'influx nerveux.

Des récepteurs μ se trouvent au niveau de l'appareil digestif, ce qui va être la cause de nombreux effets indésirables dose-dépendants, comme le ralentissement du transit gastro-intestinal provoquant la constipation, les nausées et les vomissements. D'autres effets secondaires sont à déplorer, le prurit, la rétention urinaire, la dyspnée et la détresse respiratoire. Tout ceci nécessite une prévention et une surveillance rigoureuse.

Les opioïdes jouent aussi un rôle dans l'hyperalgésie. En effet, ils vont phosphoryler les récepteurs NMDA (niveau spinal). Ceci va aboutir à un changement durable de l'excitabilité neuronale, le neurone deviendra hypersensible à la douleur. [10] [8] Ce phénomène est en partie responsable de la douleur chronique.

Des antagonistes aux récepteurs NMDA existent : la kétamine et les gabapentines. Ils sont ainsi capables d'empêcher le phénomène d'hypersensibilisation des fibres médullaires.

1.3 Caractéristiques et particularités de la douleur post-opératoire après césarienne

1.3.1 Modifications métaboliques engendrées par la douleur

La douleur peut elle-même avoir des conséquences sur le métabolisme :

- Sur le plan respiratoire et circulatoire, elle va entraîner de mauvais échanges gazeux et une consommation plus importante d'oxygène.
- Sur le plan gastro-intestinal, un ralentissement du péristaltisme est observé ainsi qu'un mécanisme réflexe au niveau du tractus urinaire qui va se traduire par des rétentions urinaires.
- Sur le plan de la mobilité, une diminution de la mobilisation de la patiente à cause de la douleur va augmenter le risque de troubles thrombo-emboliques et de stases veineuses.
- La qualité du sommeil va être diminuée.

1.3.2 La douleur aiguë et chronique chez la patiente césarisée

Il existe deux types de douleur définies par leur durée dans le temps. La première est appelée douleur aiguë car celle-ci est brève et d'intensité variable (douleur post-opératoire). [4] La deuxième est appelée douleur chronique car persiste depuis au moins 3 mois. Contrairement à la douleur aiguë, elle est plutôt destructrice et considérée comme une pathologie. [2]

La chronicisation de la douleur est une conséquence de la douleur aiguë ressentie en post-opératoire quand celle-ci n'a pas été prise en charge correctement [10]. En effet, il existe une relation entre l'intensité de la douleur post-opératoire et la survenue de douleur chronique [11]. C'est dans ce concept que plusieurs études ont étudié la douleur maximale de la patiente césarisée en post-opératoire. Celle de Dhal et Al. (méta-analyse) [12] a montré que le pic de douleur chez les patientes ayant reçu de la morphine péri-médullaire était en moyenne vers la 27^{ème} heure (entre 11-29 heures). Cette période est le moment de transition entre la fin de l'efficacité de la morphine péri-médullaire et l'analgésie multimodale. Une autre étude [13] a recueilli la douleur maximale des patientes avant et après mesures d'amélioration d'un protocole de réhabilitation. Dans le groupe avant, le pic de douleur est plus tardif (vers la 42^{ème} heure) que dans le groupe après où le résultat était conforme aux données de la méta-analyse (vers la 29^{ème} heure).

Concernant l'heure tardive retrouvée dans le groupe avant, les auteurs expliquent ceci par une analgésie multimodale insuffisante augmentant progressivement le niveau de la douleur. Cette dernière serait également corrélée à une majoration au deuxième jour des sollicitations maternelles (exemples : soins de l'enfant, premier lever (tardif), ...).

En France, la douleur chronique serait proche de 12% dans le cas d'une césarienne. [14]

1.3.3 Lien mère-enfant et allaitement maternel

La césarienne est une chirurgie bien particulière puisqu'elle doit prendre en compte la mère et le bébé. Outre les caractéristiques de la douleur post-opératoire communes à toute opération, la césarienne comporte des particularités qui sont directement liées à la dyade mère-enfant.

Très tôt après la césarienne, la femme est sollicitée par les besoins de l'enfant. Une patiente algique et moins libre de ses mouvements (sonde vésicale et voie veineuse périphérique), aura beaucoup plus de mal à s'occuper de son enfant. Le taux d'allaitement maternel est généralement inférieur en cas de césarienne. [13]

Il est donc important de prendre en compte la nécessité de la femme à s'occuper de son enfant le plus tôt possible et de faciliter la pratique de l'allaitement qu'elle souhaite, dans les meilleures conditions possibles.

2 Prise en charge de la douleur post-opératoire après césarienne

Une prise en charge globale de la douleur est donc nécessaire en post-césarienne.

2.1 Généralités

Concernant la prise en charge de la douleur post-opératoire (DPO), un référentiel de Pratiques Professionnelles rédigé par la Haute Autorité de Santé (HAS) a vu le jour en juin 2005. [15]

En 2008, la société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar) a publié les dernières recommandations sur la prise en charge de la DPO sous forme de recommandations formalisées d'expert (RFE) [16]. En commun avec l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), elle rédige dès 1997 une conférence de consensus sur la prise en charge de la douleur post-opératoire chez l'adulte et l'enfant qui fut revue en 2013 par la HAS. [4]

Celui-ci identifie un certain nombre de critères d'évaluation nécessaires à une prise en charge efficiente de la douleur post-opératoire :

- Présence de protocole sur la prise en charge de la douleur post-opératoire
- Recherche de la satisfaction des patients vis-à-vis de la prise en charge de la DPO
- Présence d'une information pré-anesthésique
- Administration des antalgiques pendant l'anesthésie
- Evaluation standardisée de la douleur
- Présence sur le dossier patient de la prescription de l'analésie post-opératoire.

En 2014, la Sfar rédige les premières recommandations concernant la réhabilitation précoce pour les césariennes. [17]

2.2 Evaluation de la douleur post-opératoire [18] [19]

2.2.1 Les échelles

Pour nous permettre d'évaluer l'intensité de la douleur, nous utilisons des outils sous forme d'échelles d'auto-évaluation. L'auto-évaluation de la douleur post-opératoire par une échelle simple unidimensionnelle représente une bonne façon d'améliorer sa prise en charge. Elles nous permettent de quantifier la douleur à un instant t , de mettre en place un traitement adapté et d'évaluer son efficacité.

Les principales échelles [annexe 6] utilisées sont :

- l'échelle visuelle analogique (EVA) : elle est représentée par une ligne horizontale de 10 cm de longueur, orienté de gauche à droite. Allant respectivement de l'absence de douleur à la douleur maximale imaginable.
- l'échelle verbale simple (EVS), elle est constituée de 4 ou 5 descripteurs ordonnés (Exemple : pas de douleur, faible, modérée, intense, extrêmement intense). A chaque catégorie correspond un score.
- l'échelle numérique simple (ENS), elle permet de donner oralement une note entre 0 et 10. La note 0 signifiant l'absence de douleur et 10 la douleur maximum imaginable.

Cette dernière est une méthode d'évaluation fiable, rapide, permettant des mesures répétées et rapprochées et compréhensible par tous. Cependant, le score donné par le patient exprime très souvent une sensation désagréable.

Il reste toujours important d'associer à ce score la consommation d'antalgiques.

De plus, il est essentiel d'utiliser la même échelle pour une patiente donnée.

2.2.2 La fréquence d'évaluation

La Sfar recommande une évaluation de la douleur post-opératoire régulière toutes les 4 à 6 heures. Cette évaluation doit aussi distinguer la douleur au repos et celle en activité. [4]

« En l'absence d'évaluations systématiques, 15 à 50% des patients opérés font l'expérience de douleurs post-opératoires sévères en dépit des traitements qui leur sont proposés. » [20]

2.3 Les traitements pharmacologiques de la douleur post-césarienne [21]

Les traitements antalgiques doivent être utilisés à bon escient, pour cela nous nous aidons des échelles de la douleur, décrites un peu plus haut. A l'aide de celles-ci l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [Annexe 5] a mis en place différents paliers, pour permettre aux professionnels de santé d'administrer au mieux l'antalgique adapté au niveau d'intensité de la douleur du patient.

2.3.1 Les paliers de l'OMS

L'échelle à trois paliers de l'OMS est utilisée pour la prise en charge antalgique de la douleur par excès de nociception. Suivant l'intensité de la douleur nous monterons dans les paliers pour adapter au mieux le traitement antalgique.

- Pour les douleurs faibles à modérées (ENS [0 à 3]) nous utiliserons les antalgiques du palier I : Paracétamol, AINS et Néfopam. [22]
- Pour les douleurs modérées à fortes (ENS [3 à 6]) nous utiliserons les antalgiques du palier II : Codéine, Tramadol. [23]

Ils sont souvent associés aux antalgiques de palier I. Leur mécanisme d'action est identique à celui des opioïdes mais ils auront un effet moindre. Par contre leurs effets indésirables sont identiques aux opioïdes.

- Pour les douleurs d'intensité forte (ENS > 6), nous utiliserons les antalgiques du palier III : opioïdes : morphiniques et dérivés [24]

Pour la prévention de la douleur post-opératoire, la morphine est utilisée par les voies péridurales ou intrathécales (Morphine®). La forme orale (Actiskenan® ou Oxynorm®) sera préférée après la césarienne dans le post-opératoire.

2.3.2 Allaitement et antalgiques [25]

La douleur est souvent un frein à l'allaitement. Or les antalgiques classiquement utilisés en post-opératoire font partie des médicaments jugés compatibles avec celui-ci [26]. Aucun

analgésique ne contre-indique réellement l'allaitement maternel. Toutes les données qui vont suivre sont prises sur le site du CRAT (Centre de Référence sur les Agents Tératogènes).

Antalgiques de palier I :

Pour le paracétamol les effets indésirables sont rares aux doses thérapeutiques, ce qui justifie sa large utilisation. Seul 4% de la dose pédiatrique serait ingérée par l'enfant via le lait maternel.

Pour les AINS, les données sont pratiquement identiques à celle du paracétamol. Il est donc possible d'utiliser des AINS au cours de l'allaitement. Seule la prise répétée d'aspirine pendant l'allaitement est interdit, la prise unique quant à elle reste autorisée.

Pour le Néfopam, il est possible d'en donner dans les 24 à 48h suivant l'accouchement car le passage dans le lait maternel est d'à peine 1% de la dose administrée et qu'aucun effet n'a été rapporté à ce jour. Par contre pour une utilisation prolongée de Néfopam, il est préférable de suspendre l'allaitement le temps du traitement.

Antalgiques de palier II :

L'utilisation de codéine pendant la grossesse et lors de l'allaitement est contre-indiquée.

Pour le Tramadol, opioïde faible d'action centrale, aucune étude n'a été faite chez la femme enceinte ou qui allaite. Il est donc préférable d'utiliser d'autres antalgiques.

Antalgiques de palier III :

En ce qui concerne la morphine, son injection par voie péri-médullaire pendant la césarienne limite le passage dans le lait. De plus, il a été montré par certaines études [25] que l'administration d'opioïdes à une mère allaitante sur une période courte (3-4 jour), n'engendré pas plus de changements neurocomportementaux chez leurs nouveau-nés, que chez les enfants nourris aux biberons. [25] Pour autant, aucune étude n'a été réalisée sur l'administration de morphine au long court lors d'un allaitement maternel. Donc suivant le principe de précaution, l'administration de morphine ne dépassera pas 48h. Dans le cas d'une administration prolongée, celle-ci devra être associée à une surveillance des effets indésirables chez la mère et l'enfant, voir à un arrêt de l'allaitement maternel.

2.3.3 Techniques thérapeutiques pour l'anesthésie lors d'une césarienne [27]

Depuis plusieurs années, le recours à l'anesthésie générale pour une césarienne a beaucoup diminué (< 5% dans les pays développés). Ceci a pu être possible grâce à l'utilisation de l'anesthésie loco-régionale (rachianesthésie et péridurale) que ce soit pour les césariennes en urgences ou programmées.

Deux types de morphiniques sont utilisés par voie péri-médullaire [annexe 7]:

- Ceux comme le Sufentanil® et le Fentanyl® (opioïdes de synthèse) dont le délai d'action est court et la durée d'action est brève (6h maximum),
- Ceux comme la morphine dont le délai et la durée d'action sont plus long (durée : 24h). La dose usuelle de 100µg de Morphine® intrathécale est définie comme celle qui procure une analgésie aussi efficace que des doses plus fortes, tout en minimisant au maximum les effets indésirables.

Depuis 2005, l'analgésie multimodale s'est ancrée dans les pratiques pour la césarienne. Cette analgésie associe la morphine péri-médullaire au Paracétamol, AINS et Néfopam. Mais l'administration intraveineuse des antalgiques est encore la voie la plus utilisée, avec un maintien de la perfusion pendant les 24 premières heures suivant la césarienne.

Depuis 2010 de nombreux centres s'orientent vers une réhabilitation précoce de la patiente césarisée comme cela se fait déjà dans de nombreuses autres chirurgies.

3 Prise en charge de la douleur post-opératoire après césarienne : vers une réhabilitation précoce [28] [15] [29]

Kehlet propose une définition de la réhabilitation précoce en 1997 : « c'est une approche multidisciplinaire de la période postopératoire visant au rétablissement rapide des capacités physiques et psychiques antérieures d'un patient opéré ». [30] [annexe 8]

Autrement dit, la prise en charge doit s'inscrire dans une large stratégie multimodale débutant avant la chirurgie par l'éducation du patient, se poursuivant pendant l'acte en choisissant les techniques les moins invasives possibles, puis dans le choix de méthodes de réhabilitation adaptées. [31]

3.1 Pourquoi une réhabilitation précoce après césarienne

Dans le cadre de la césarienne, cette approche est tout à fait envisageable pour plusieurs raisons.

En effet, cette chirurgie concerne un grand nombre de femmes enceintes (près d'un accouchement sur 5). [32] De plus, elle permettrait de réduire la consommation de morphiniques, de diminuer l'incidence des complications post-chirurgicales et effets indésirables, de diminuer la survenue de douleur chronique, d'améliorer le lien mère-enfant et la satisfaction maternelle, et de réduire la durée d'hospitalisation. [33]

3.2 Stratégie multimodale

3.2.1 En péri-opératoire

Le stress chirurgical est un déterminant de la douleur après une chirurgie, il est donc nécessaire de le prévenir. [31]

Cette prévention passe par une information détaillée avant la césarienne notamment lors de la consultation pré-anesthésique (de la prise en charge de la DPO et de son évaluation, des produits utilisés et de leurs effets indésirables). Le stress pré-chirurgical peut aussi être prévenu par des thérapeutiques à visé anxiolytique (Exemple : Atarax®).

3.2.2 En per-opératoire

En per-opératoire, la stratégie multimodale va avoir deux objectifs principaux. Premièrement, une efficacité de l'anesthésie loco-régionale se traduisant par l'absence de stimuli douloureux ressentis par la patiente, tout en utilisant une dose minimale efficace d'agents pharmacologiques. Ceci afin de réduire au maximum les effets indésirables liés à leur utilisation.

Deuxièmement, une anticipation de l'analgésie post-opératoire et la prévention de l'hyperalgésie par l'administration précoce d'antalgique avant la levée du bloc sensitivo-moteur.

3.2.3 En post-opératoire

3.2.3.1 Le principe de la prescription d'antalgiques

C'est en post-opératoire que l'analgésie multimodale a un rôle important. Elle consiste à associer des médicaments analgésiques et des techniques agissant dans des endroits différents mais dont les actions sont complémentaires. Ceci permet d'amplifier l'action antalgique. [34]

Dans ce cadre, le relais per os d'antalgiques (Paracétamol, AINS, Néfopam ou Morphine) doit se faire maximum 6 h après la mise en place du dernier antalgique intra-veineux.

Concernant l'administration des antalgiques par voie orale, il s'est avéré d'après certaines études que pour les morphiniques ce mode d'administration est aussi efficace que la voie IV avec moins d'effets secondaires. [14] De plus, d'après la Sfar, les voies orale et intra-rectale doivent être privilégiées chaque fois que possible en post-opératoire et secteur hospitalier.

3.2.3.2 Amélioration de la mobilité et du confort maternel

En améliorant les pratiques actuelles concernant la durée des soins invasifs, (ablation précoce de la sonde vésicale et arrêt de la perfusion intraveineuse), nous attendons un impact direct sur le confort et la mobilité maternel.

Une mobilisation et déambulation précoce permettra d'accélérer la reprise du transit [14], de favoriser une miction urinaire spontanée [35] et de prévenir les maladies thromboemboliques.

Ceci peut participer à l'amélioration de la satisfaction de la patiente et indirectement à augmenter sa tolérance à la douleur.

Par ailleurs, il a été démontré par certaines études qu'une réalimentation légère précoce est bien tolérée. De plus, elle accélère la reprise du transit. La reprise alimentaire peut être permise 4 heures environ après la césarienne. [14] Ceci permet un relai per os des antalgiques très rapide.

En ce qui concerne la réhydratation post-opératoire par voie orale, elle peut être autorisée immédiatement après la césarienne. Aucun effet délétère sur le péristaltisme intestinal n'a été observé. [36] [37]

3.3 Protocole mis en place à Limoges

Depuis juillet 2013, un protocole sur la prise en charge post-opératoire et l'analgésie après césarienne a été mis en place [Annexe 9].

Ce protocole concernera uniquement les césariennes programmées, ainsi que celles faites en urgence relative pour anomalie du rythme cardiaque fœtal et stagnation.

Celui-ci reprend les fondements de la réhabilitation précoce comme vu précédemment.

3.3.1 L'analgésie multimodale

L'analgésie est une analgésie per os et multimodale comprenant des antalgiques non opioïdes administrés systématiquement (AINS : Biprofenid® LP 100mg ou Ibuprofène® 200mg et Paracétamol 1g) pendant 48H. Les jours suivants, ils sont prescrits à la demande de la patiente.

Si cela ne suffit pas, de l'Acupan® 20mg sera proposé. Et si l'ENS est > 4/10, 6 heures après l'anesthésie, de la morphine (Oxynorme® 5mg ou Actiskénan® 10mg) sera prescrite.

3.3.2 Evaluation de la douleur et antalgiques

Il est important de définir dans quel cas doivent être utilisés « théoriquement » les antalgiques.

- Pour une ENS ≤ 3 ce qui correspond à une douleur légère, les antalgiques non opioïdes sont à utiliser (Paracétamol et/ou AINS).
- Pour une ENS entre 3 et 6 ce qui correspond à une douleur légère à intense, nous utiliserons les antalgiques de paliers II (plus le Néfopam).
- Pour une ENS ≥ 6 ce qui correspond à une douleur intense, nous utiliserons directement les antalgiques de palier III (Morphinique).

En cas de contre-indication aux AINS, l'Acupan peut être utilisé. Dans le cas où l'intensité de la douleur reste supérieure à 4 même en présence d'antalgique de palier I et/ou II, les morphiniques pourront être administrés per os.

L'utilisation de morphinique ne peut se faire que 6h après la césarienne et pour une durée limitée à 48h. Dans ces conditions rien n'empêchera la poursuite de l'allaitement.

3.3.3 Contre-indications à l'utilisation du protocole de réhabilitation précoce

Toute prise en charge nécessitant un maintien de la voie veineuse périphérique au-delà de 3 heures après la césarienne ou des soins de réanimation prolongés doit être exclu du protocole de réhabilitation précoce.

Ceci concerne : les césariennes sous anesthésie générale, les complications survenant lors de la césarienne ou en post-opératoire immédiat (hémorragie par exemple), la pré-éclampsie et ses complications, une pathologie maternelle antérieure à la césarienne nécessitant une prise en charge spécifique.

DEUXIEME PARTIE

1 Objectif

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer selon les patientes, l'efficacité du nouveau protocole de réhabilitation précoce mis en place à l'HME sur la prise en charge de la douleur de la femme césarisée. Et dans un deuxième temps de définir les avantages et inconvénients du protocole de réhabilitation précoce, selon les patientes.

2 Méthodologie de la recherche

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive et unicentrique à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges, réalisée du 1^{er} Février au 10 Aout 2014.

2.1 Population étudiée

La population cible correspond aux patientes césarisées à l'HME de Limoges éligibles au protocole de réhabilitation précoce entre mi-février et mi-août 2014.

Les critères d'exclusions correspondent aux contre-indications médicales à l'utilisation du nouveau protocole. Sont donc exclus de notre étude, les césariennes hémorragiques et reprises au bloc opératoire pour hémorragie de la délivrance, certaines pathologies maternelles comme la pré-éclampsie et ses complications (éclampsie, Hellp Syndrome), certaines complications chirurgicales et les césariennes sous anesthésie générale.

Le calcul du nombre de sujets nécessaires à la fiabilité de l'étude, a été réalisé grâce aux formules de statistique de calcul d'un échantillon. Nous avons pris une précision (α) de 0,1 ; et un pourcentage de 51%. Ainsi un nombre minimum de 68 dossiers est nécessaire à l'exploitation des données.

2.2 Variables étudiées

Pour vérifier l'application du protocole de réhabilitation précoce, nous avons donc considéré que si la voie veineuse périphérique était obturée dès la sortie de salle de naissance, ces patientes bénéficiaient du protocole.

Nous avons recueillis un certain nombre de variables nous permettant de décrire notre population, comme l'âge maternel, la gestité et parité, le terme de la grossesse (<37 SA ou ≥ 37 SA), le type de césarienne (en urgence ou programmée), le type d'anesthésie (rachianesthésie ou péridurale), le nombre de césarienne antérieure à celle-ci et si l'enfant a été transféré ou non en néonatalogie les premières 48 heures.

Pour nous permettre de répondre à nos hypothèses nous avons recueilli la satisfaction des patientes concernant la prise en charge de la douleur et nous lui avons demandé son souhait concernant le maintien de la voie veineuse périphérique les 24 premières heures suivant la césarienne.

Le retentissement de la douleur et de son traitement sur le quotidien des patientes ont été étudiés. Pour cela nous avons recueilli les effets indésirables, la nécessité d'un sondage, le délai d'apparition de la douleur maximale et sa localisation, la présence d'activités (gestes du quotidiens, allaitement, soins du bébé) limitées et/ou évitées par la douleur, et enfin le soulagement des patientes et ses réactions face à celui-ci.

Un dernier point a été étudié concernant l'influence du respect du protocole d'analgésie post-opératoire sur la prise en charge de la douleur. Nous avons donc recueilli, la présence d'une information sur la prise en charge de la douleur selon la patiente, la fréquence de l'évaluation de la douleur durant les 48 premières heures, le délai du relais des antalgiques per os, la retranscription du protocole sur le dossier Filemaker®, le respect de la prescription des antalgiques systématiques en suites de couches selon les patientes, le respect de la prescription des antalgiques selon l'EVA des patientes, l'observance des patientes et enfin la cause de la non-observance de leur traitement antalgique.

2.3 Recueil de données

Le recueil de données a été réalisé grâce au dossier patient (dont Filemaker®) ainsi qu'à un questionnaire [annexe 10] à l'intention des patientes césarisées qui leur a été donné à J3 des suites de couches par les étudiants sages-femmes et moi-même.

Afin de faciliter le recueil de données sur Filemaker®, les noms, prénoms et date de naissance de la patiente seront demandés. Un numéro a été attribué par la suite à chaque patiente pour garantir son anonymat.

2.4 Interprétation des données

Les données ont été saisies sur un tableur Excel® et ont été analysées grâce au logiciel StatView®.

Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne, médiane, intervalle de confiance et écart-type.

Les variables qualitatives sont exprimées en pourcentages.

Les comparaisons des variables qualitatives ont été réalisées par des tests du Chi-2 ou des tests exacts de Fisher.

TROISIEME PARTIE

1 Résultats

1.1 Descriptif de ma population

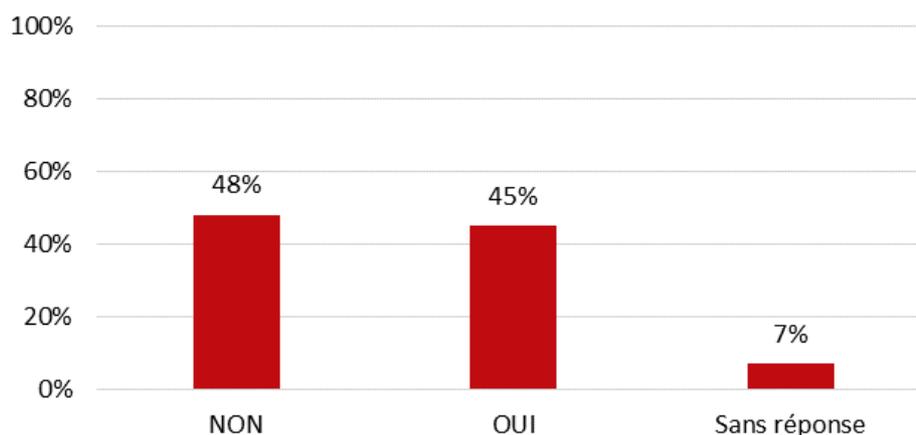
1.1.1 L'effectif

Sur un total de 104 questionnaires distribués aux patientes éligibles au protocole de réhabilitation précoce:

- 6 questionnaires ont été exclus de l'étude car distribués à tort chez des patientes à qui le protocole ne s'appliquait pas ou plus (hémorragie, autre).
- 1 questionnaire ne peut être exploité car une fausse identité a été donnée par la patiente, de plus les réponses n'étaient pas exploitables.
- 20 questionnaires ont été distribués mais jamais récupérés (non ramassés ou non retrouvés).

Au final, 77 dossiers rentrent dans mon étude.

Fig. 1 : Application du protocole réhabilitation précoce



Comme nous pouvons le voir (Fig. 1), le protocole a été appliqué dans 35 cas sur 77 (45%). Le protocole n'a pas du tout été appliqué dans 37 cas sur 77 (48%).

1.1.2 Description de ma population en fonction de la satisfaction des patientes concernant la prise en charge de la douleur

Tableau 1

Description âge des patientes en fonction de leur satisfaction ou non de la PEC de la douleur

| | NON SATISFAIT | SATISFAIT | TOTAL | VALEUR p |
|-------------------------------|---------------|---------------|---------------|----------|
| Âge patiente (moyenne) | 30,2 +/- 5,19 | 31,0 +/- 5,64 | 30,7 +/- 5,47 | NS |

La moyenne d'âge de la population totale est de 30,7 ans. La patiente la plus jeune avait 19 ans et la plus âgée avait 44 ans. L'écart-type est de 5,47. L'intervalle de confiance de 95% est compris entre [29,5 – 31,9].

Tableau 2

Principales caractéristiques des patientes selon leur satisfaction ou non de la PEC de la douleur

| | | NON SATISFAIT | SATISFAIT | TOTAL % (moyenne satisfaction PEC douleur) | VALEUR p |
|---------------------------------|------------------------|---------------|-----------|--|---------------|
| Parité : | Primipare | 22% | 33% | 55% (7,88) | NS |
| | Multipare | 10% | 35% | 45% (8,46) | |
| Gestité : | Primigeste | 17% | 17% | 34% (7,61) | 0,0190 |
| | Multigeste | 15% | 51% | 66% (8,41) | |
| Césarienne antérieure : | = 0 | 28% | 47% | 75% (7,91) | 0,0736 |
| | ≥ 1 | 4% | 21% | 25% (8,84) | |
| Terme : | < 37 SA | 9% | 12% | 21% (8,00) | NS |
| | ≥ 37 SA | 23% | 56% | 79% (8,18) | |
| Anesthésie : | PCEA | 14% | 26% | 40% (8,31) | NS |
| | Rachianesthésie | 18% | 42% | 60% (7,86) | |
| Césarienne : | Urgence | 19% | 43% | 61% (8,16) | NS |
| | Programmé | 13% | 25% | 38% (8,13) | |
| Enfant en Néonatalogie : | NON | 25% | 57% | 82% (8,21) | NS |
| | OUI | 8% | 10% | 18% (7,86) | |

Dans notre population source, 66% des femmes sont des multigestes et 45% sont multipares. Parmi celles-ci, 25% ont déjà eu l'expérience d'une césarienne.

21% des patientes n'ont pas accouché à terme, et 18% des patientes avaient leur bébé hospitalisé en service de néonatalogie.

Avec un taux de 62% les césariennes en urgence sont majoritaires, celles-ci ont été faites pendant le travail ou avant que le travail ne commence. Concernant le type d'anesthésie, l'anesthésie loco-régionale la plus réalisée dans cette étude est la rachi-anesthésie avec un taux à 60%, l'autre est la péridurale avec 40%.

1.2 Pour répondre à mes hypothèses

Compte tenu du faible effectif, les tests du Chi 2 seront présentés avec un risque alpha à 13%.

1.2.1 Concernant la première hypothèse portant sur la satisfaction générale des patientes à la prise en charge de la douleur.

Nous avons choisi une limite de satisfaction à 8 sur 10.

La moyenne générale (n = 77 patientes) de la satisfaction de la prise en charge de la douleur selon les patientes est de 8,14 sur 10 arrondie aux centièmes. La valeur minimale de satisfaction est de 4 sur 10 et la valeur maximale est de 10 sur 10.

L'écart-type est de 1,64. L'intervalle de confiance à 95% est compris entre [7,77 – 8,51].

Tableau 3

Suivi du protocole et satisfaction de la prise en charge de la douleur

| | NON SATISFAIT | SATISFAIT | TOTAL% | VALEUR p |
|--|---------------|-----------|--------|----------|
| Population ayant eu le protocole | 18% | 33% | 54% | NS |
| Population n'ayant pas eu le protocole | 14% | 35% | 49% | |
| TOTAL | 32% | 68% | 100% | |

Dans la population ayant eu le protocole (population cible), la moyenne de satisfaction de la prise en charge de la douleur entre 0 et 10 est de 8,34. La valeur maximale est 10, et la valeur minimale est 5. L'écart-type est de 1,37. La médiane est à 8. L'intervalle de confiance à 95% est compris entre [7,89 – 8,79].

Cependant, dans la population n'ayant pas eu le protocole (population non cible), la moyenne de satisfaction de la prise en charge de la douleur entre 0 et 10 est de 8,04. La valeur maximale est 10, et la valeur minimale est 4. L'écart-type est de 1,71. La médiane est à 8. L'intervalle de confiance à 95% est compris entre [7,59 – 8,59].

Aucune différence significative entre ces deux populations concernant la satisfaction de la prise en charge de la douleur des patientes n'a pu être visualisée.

Avec un pourcentage inférieur à 80%, nous ne pouvons pas valider notre hypothèse principale : les patientes ne sont pas majoritairement satisfaites de la prise en charge de la douleur lors de leur séjour en suites de couches dans le cadre du nouveau protocole en place à l'HME sur la prise en charge de la douleur.

1.2.2 Concernant la seconde hypothèse portant sur le maintien de la VVP

Tableau 4

Hypothèse secondaire : Suivi du protocole et maintien de la voie veineuse périphérique

| | Oui maintien VVP | Non pas maintien VVP | VALEUR p |
|--|------------------|----------------------|----------|
| Population ayant eu le protocole | 16% | 34% | NS |
| Population n'ayant pas eu le protocole | 14% | 36% | |
| TOTAL | 30% | 70% | |

70% des patientes ne souhaitent pas le maintien de la VVP pendant les 24 heures qui suivent la césarienne. Aucune différence significative n'a été retrouvée entre la population ayant eu le protocole et celle ne l'ayant pas eu, en ce qui concerne la préférence des patientes quant au maintien de la voie veineuse périphérique.

Il en demeure néanmoins que notre hypothèse secondaire est validée au-delà de la majorité que nous avons fixée (51%) : les patientes césarisées qui auraient préféré être perfusées pour bénéficier d'une analgésie plus rapide sont minoritaires.

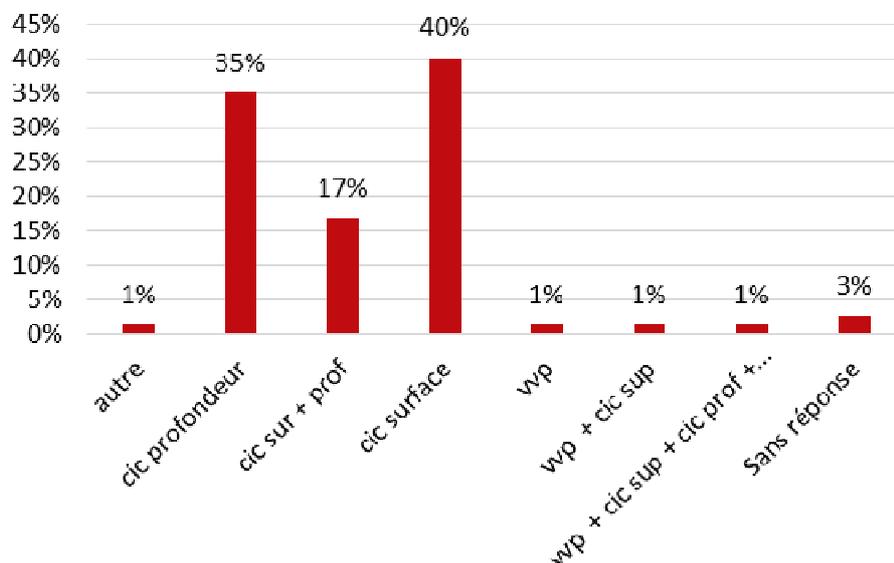
1.3 Autres résultats nécessaires à la discussion

Pour la suite et compte tenu du faible effectif de notre population cible et de l'absence de différence entre nos deux échantillons sur nos principales hypothèses, nous choisissons ici de présenter des résultats sur l'ensemble de la population étudiée.

1.3.1 Influence de la douleur post-opératoire et de ses traitements sur le ressenti de la patiente

Sur les 77 patientes, 7 n'ont pas répondu à la question sur la douleur maximale, 13 ont donné une réponse non exploitable car soit la date ne correspondait pas, soit l'heure n'y était pas inscrite. En moyenne, la douleur maximale de la patiente se situe aux alentours de 24 heures après la césarienne (min : 00h – max : 78h).

Fig. 2 : Localisation de la douleur maximal ressentie par la patiente



Légende : Cic = Cicatrice ; prof = profondeur ; sur = surface ; VVP = Voie Veineuse Périphérique

La majorité des patientes (94% = 35% + 17% + 40% + 2* 1%) se sont plaintes de douleur à la cicatrice que se soit en profondeur ou en superficiel. Seules 3 patientes (1%) se sont plaintes de douleurs au niveau du point de ponction de la VVP. (Figure 2)

Tableau 5

Influence de la DPO et de ses traitements selon la satisfaction ou non de la PEC de la douleur de la patiente

| | | NON SATISFAIT | SATISFAIT | MOYENNE SATISFACTION | VALEUR p |
|-------------------------------------|------------|------------------|-----------|-------------------------|----------------|
| <u>Soulagement :</u> | NON | 16% | 9% | 25% (7,05) | 0,0010 |
| | OUI | 17% | 58% | 75% (8,50) | |
| <u>Activités limitées :</u> | NON | 9% | 28% | 37% (8,64) | 0,0324* |
| | OUI | 24% | 39% | 63% (7,81) | |
| <u>Activités évitées :</u> | NON | 18% | 46% | 64% (8,24) | NS |
| | OUI | 15% | 21% | 35% (7,92) | |
| <u>Effets Indésirables :</u> | NON | 25% | 57% | 82% (8,20) | NS |
| | OUI | 8% | 10% | 18% (7,86) | |
| <u>Ablation SAD :</u> | NON | 20% | 21% | 41% (7,79) | 0,0322 |
| | OUI | 14% | 45% | 59% (8,36) | |

* Tests de Student

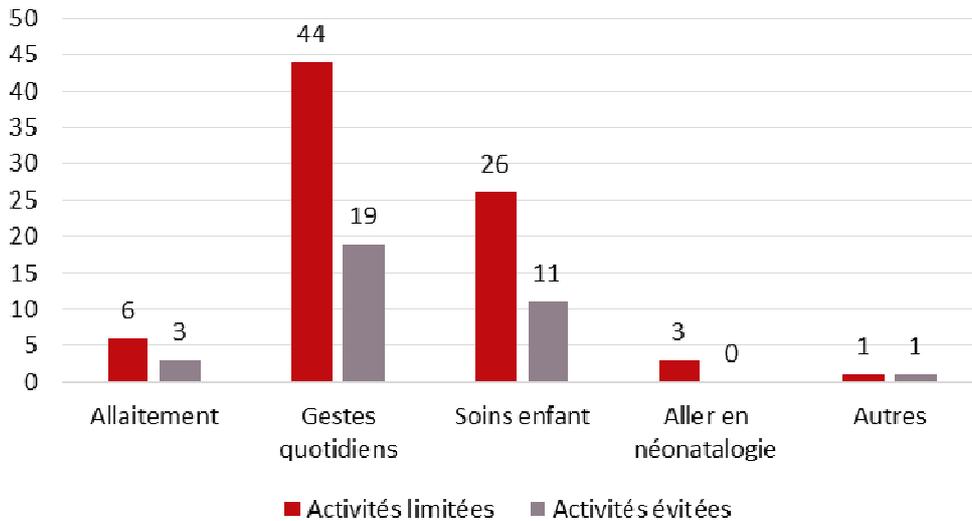
75% des patientes (58 sur 77) ont été soulagées de la douleur grâce aux antalgiques données en maternité.

Pour les 25% restants, leur attitude face à cette situation a été différente :

- 13 patientes ont attendu que la douleur passe d'elle-même parmi elles,
- 4 ont demandé un antalgique plus efficace,
- 3 ont fait autre chose
- 1 patientes n'a pas répondu à la question.

62% des patientes ont dû **limiter** certaines activités à cause de la douleur et 34% des patientes ont dû **éviter** certaines activités à cause de la douleur. (Fig. 3) En ce qui concerne l'allaitement maternel, 12% des patientes ont dû limiter ou éviter ceci.

Fig. 3 : Activités limitées et évitées

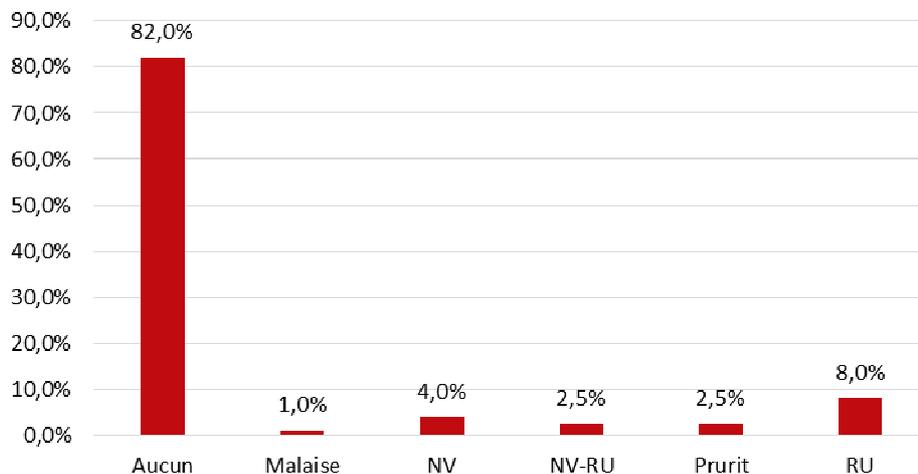


Sur 77 patientes, 14 (18%) ont eu des effets indésirables en suites de couches liés à l'analgésie (Fig. 4):

- 8 d'entre elles ont eu besoin d'un sondage évacuateur unique suite à une rétention urinaire, elles ont toutes repris une diurèse normale par la suite. 2 de ces patientes ont eu des nausées et/ou vomissements en plus.
- 2 patientes se sont plaintes de prurit,
- 3 autres de nausées et/ou vomissement
- 1 a eu des malaises.

Nous n'avons pas établi ici de différence en comparant la présence d'effets indésirables avec le type de césarienne et le type d'anesthésie effectuées.

Fig. 4 : Les différents effets indésirables



Légende : NV = Nausées/Vomissements
RU = Rétention urinaire

La sonde vésicale a été enlevée avant la sortie de salle de naissance chez 59% des patientes.

Au total, nous remarquons que le fait d'éviter certaines activités, d'avoir des effets indésirables ou de ne pas avoir été soulagé de la douleur influence significativement la satisfaction générale des patientes.

1.3.2 Impact du respect du protocole antalgique

Pour nous permettre de dire si le protocole antalgique du protocole de réhabilitation précoce a bien été respecté, nous avons recueilli 6 variables présentées dans le tableau 6. Si plus de 3 de ces variables sont respectés, nous avons considéré que le protocole antalgique était respecté.

Tableau 6
Respect du protocole antalgique du protocole de réhabilitation précoce en fonction de la satisfaction des patientes

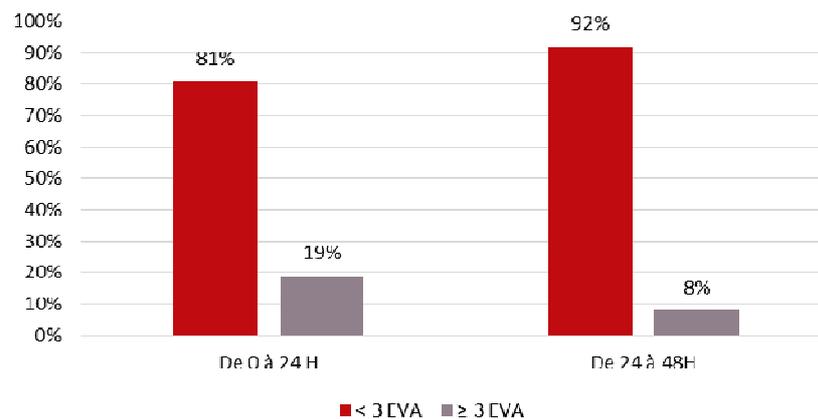
| | | NON SATISFAIT | SATISFAIT | MOYENNE SATISFACTION | VALEUR p |
|---|-----|---------------|-----------|----------------------|---------------|
| <u>Information donnée à la patiente:</u> | | | | | |
| | NON | 20% | 31% | 51% (7,77) | NS |
| | OUI | 13% | 36% | 49% (8,52) | |
| <u>Retranscription prescription sur Filemaker® :</u> | | | | | |
| | NON | 33% | 49% | 82% (7,97) | 0,0033 |
| | OUI | 0% | 18% | 18% (8,93) | |
| <u>Respect Prescription antalgique en Sdc :</u> | | | | | |
| | NON | 26% | 47% | 73% (8,07) | NS |
| | OUI | 7% | 20% | 27% (8,44) | |
| <u>Délai relai PO :</u> | | | | | |
| | NON | 19% | 26% | 45% (7,87) | NS |
| | OUI | 15% | 40% | 55% (8,24) | |
| <u>Respect fréquence évaluation douleur en Sdc :</u> | | | | | |
| | NON | 33% | 66% | 99% (8,12) | NS |
| | OUI | 0% | 1% | 1% (10) | |
| <u>Observance :</u> | | | | | |
| | NON | 3% | 6% | 9% (8,43) | NS |
| | OUI | 30% | 61% | 91% (8,11) | |
| <u>Respect protocole analgésique :</u> | | | | | |
| | NON | 25% | 31% | 56% (7,79) | 0,0135 |
| | OUI | 8% | 36% | 44% (8,59) | |

49% des patientes déclarent avoir reçu une information avant l'accouchement sur la prise en charge de la douleur après césarienne.

La prescription des antalgiques a été inscrite dans le dossier Filemaker® de 14 patientes sur 77 (18%)

De 0 à 24 heures après la césarienne, l'évaluation de la douleur a été notée au moins 3 fois dans 19% des cas et dans 8% des cas de 24 à 48h après la césarienne. (Fig. 5)

Fig. 5 : Respect fréquence EVA de 0 à 24h et de 24 à 48h



Le protocole de service concernant la fréquence d'évaluation de la douleur sur les 48 premières heures après la césarienne n'a été respecté que dans moins d'1% des cas (soit 1 patiente sur 77).

Cette variable n'a pu être recueillie que dans 68 dossiers. En moyenne, le premier antalgique per os a été donné 8h après le dernier antalgique administré par voie veineuse. L'heure minimum est de 00h00 et l'heure maximum est de 25h00.

Dans 54% des cas, le relai des antalgiques per os s'est effectué dans les 6 heures suivant la dernière administration intra-veineuse d'antalgiques.

Pour vérifier le respect de la prescription d'antalgiques entre 0 et 48 heures après la césarienne. Nous avons recueilli deux variables :

- Le respect des antalgiques devant être donné en systématique
- Le respect, selon la prescription du protocole, de la correspondance entre EVA données par la patiente et antalgiques donnés (retrouvé sur Filemaker®)

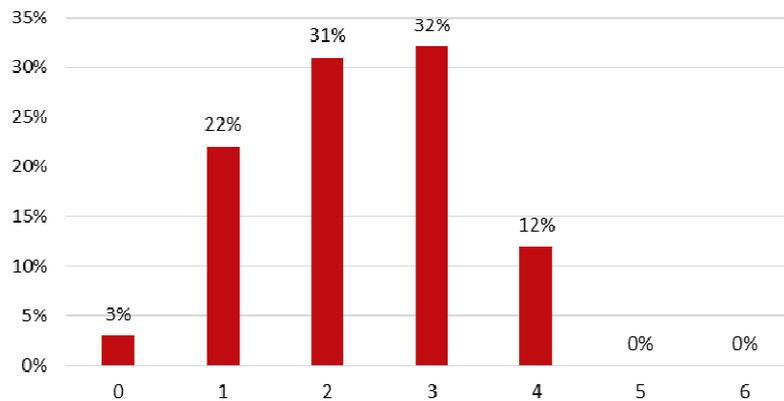
La prescription des antalgiques en suites de couches a été respectée chez 21% des patientes. Celle-ci est non évaluable chez 21% des patientes, et non-respectée chez 58% des patientes. (fig. 5)

91% des patientes ont déclaré être observantes à leur traitement antalgique.

Les 7 patientes qui n'ont pas pris tous les antalgiques donnés ne ressentait pas le besoin de les prendre. Concernant les antalgiques non pris, 4 patientes n'ont pas pris les AINS, 2 le Phloroglucinol et 1 le Paracétamol.

En conclusion, nous pouvons observer que dans 44% des cas (Fig.6) le protocole est respecté ($\geq 3 / 6$ items).

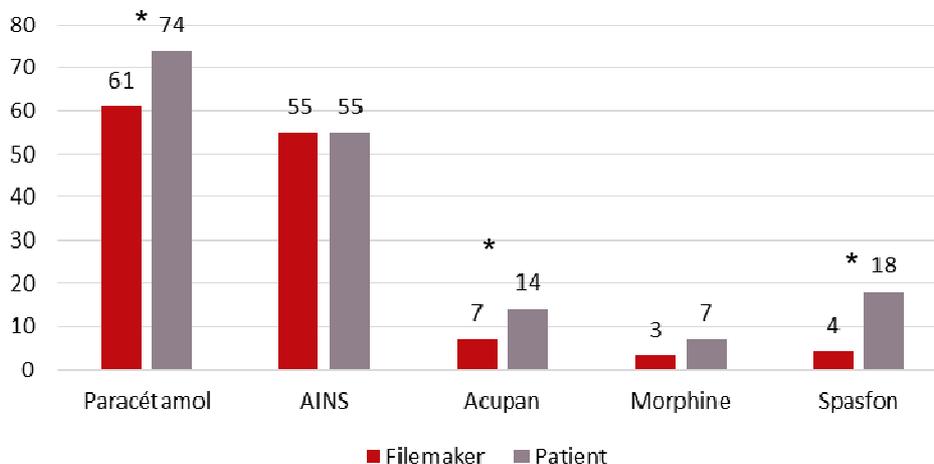
Fig. 6: Respect protocole antalgique



1.3.3 Ecart entre la déclaration de prise d'antalgiques, ceux retranscrits sur Filemaker® et la période des suites de couches

De 0 à 24 heures après la césarienne :

Fig. 7 : Répartition des antalgiques de 0 à 24h



* : $p < 0,05$

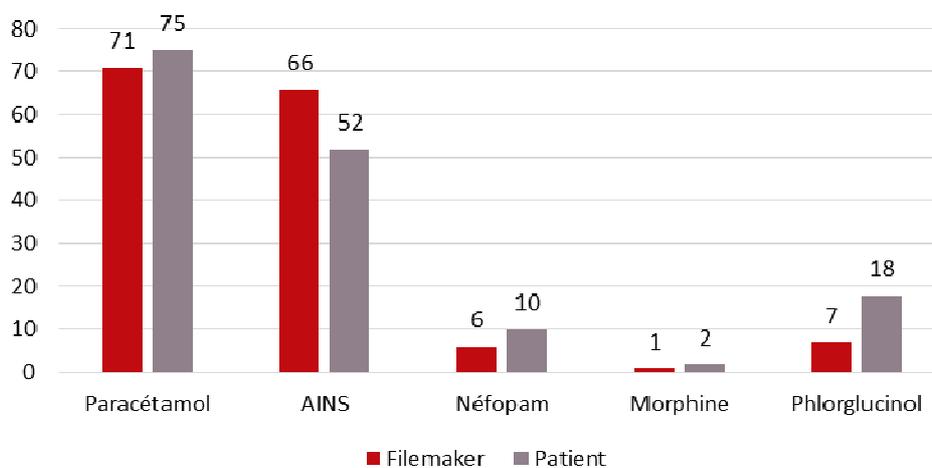
Valeurs exprimées en nombre (n) de patientes avec $n = 77$

Les patientes déclarent avoir pris plus de Paracétamol, Phloroglucinol et de Néfopam au cours des 24 premières heures.

Concernant les AINS aucune différence significative n'est observée, et concernant la morphine, 4 patientes ont dit en avoir pris sans traces retrouvées sur Filemaker®. (fig. 7)

De 24 à 48 heures après la césarienne :

Fig. 8 : Répartition des antalgiques de 24 à 48h



Valeurs exprimées en nombre (n) de patientes avec n = 77

De 24 à 48h, les patientes déclarent avoir pris plus de Paracétamol, Phloroglucinol, Néfopam et Morphine, et moins d'AINS sans significativité. (Fig. 8)

2 Discussion

2.1 Analyse de l'étude

2.1.1 Limites de l'étude

L'étude a été réalisée avec une puissance à 13% car le nombre de patientes recrutées a été moins important que prévu.

Comme nous avons pu le voir, le protocole n'a pas été appliqué dans l'ensemble de la population. Des difficultés ont été rencontrées comme :

- La non application systématique du protocole de réhabilitation précoce par les sages-femmes alors que celui-ci est prescrit,
- L'application du protocole alors que celui-ci n'était pas prescrit par les anesthésistes.

Celles-ci peuvent être en lien avec le manque de précision dans les contre-indications au protocole de réhabilitation précoce mais aussi avec sa récente mise en application à l'HME (et plus généralement sur la césarienne). Cette procédure n'est pas encore inscrite dans « un changement durable ».

Il peut également exister des freins à son application que nous n'avons pas recherchés.

Par ailleurs, comme le questionnaire était distribué à J3, les patientes ont peut-être eu un biais de mémoire. Cet argument peut être appuyé par le fait qu'il existe un écart significatif dans mon étude entre les médicaments que déclarent avoir pris les patientes et ceux prescrits sur Filemaker. ($p < 0,05$ pour le Paracétamol, Néfopam et Phloroglucinol entre 0 et 24h)

2.1.2 Points forts de l'étude

2.1.2.1 Convergence de mes résultats avec la littérature

Dans cette étude nous retrouvons un certain nombre de résultats concordants :

- La **satisfaction de la prise en charge de la douleur** : une amélioration de la satisfaction est retrouvée après mise en place du protocole malgré l'absence de significativité.
- Le **délai moyen d'apparition de la douleur maximale** de 24h: ce résultat est en accord avec celui de la méta-analyse de Dahl et al. puisque le pic douloureux était en

moyenne à la 27^{ème} heure. Nous pouvons supposer que cette période critique correspond au moment de transition entre la fin de l'analgésie péri-médullaire et le début de l'analgésie multimodale.

- La **localisation de la douleur maximale** : plus de 94 % des patientes de notre étude ont ressenti cette douleur au niveau de la cicatrice de césarienne, ce pourcentage étant pratiquement identique à l'étude de la Sfar.

2.1.2.2 Autres points forts

Le questionnaire a semble-t-il été bien compris par les patientes, en effet en considérant les questions 13 et 15 du questionnaire qui pouvaient être ambiguës, les patientes ont bien distingué les activités limitées et évitées à cause de la douleur, puisque 83% ont donné des réponses différentes pour les deux questions.

2.2 Discussion des résultats

2.2.1 A propos de la population

2.2.1.1 Gestité/parité

Il semble, au vu des résultats et peut-être en raison du faible effectif de l'étude, qu'il n'y ait pas de différence de satisfaction en termes de douleur entre les primipares et les multipares.

2.2.1.2 Nombre de césarienne antérieure

Les patientes qui ont déjà l'expérience d'une césarienne sont en général plus satisfaites de la prise en charge de la douleur. Nous expliquons ce résultat de par leur vécu puisqu'elles connaissent le déroulement de la période post-opératoire, ceci permettant peut-être une diminution du stress chirurgical et de la douleur associée.

2.2.2 Concernant le ressenti des patientes

2.2.2.1 Activités limitées et évitées

Les patientes ayant limité certaines activités à cause de la douleur sont moins satisfaites de la prise en charge de la douleur que celles qui n'ont pas limité leurs activités.

Les patientes dont la VVP a été enlevée tardivement après la sortie de salle de naissance ont plus limité leurs activités. ($p=0,03$) Ainsi, le maintien de la voie veineuse périphérique semble être une entrave à une mobilisation précoce et à une autonomisation rapide de la patiente.

Dans le but d'expliquer ce résultat, nous avançons l'hypothèse que : libérées de la VVP, les patientes peuvent à priori s'occuper plus facilement de leur enfant et d'elles-même, ce qui doit être valorisant et moteur pour elles.

L'ablation précoce de la VVP semble être donc un point clef dans la procédure de réhabilitation post-opératoire précoce.

2.2.2.2 Effets indésirables et ablation de la sonde vésicale

Nous n'avons pas pu décrire significativement que les effets indésirables ont une influence sur la satisfaction des patientes. Malgré tout, une différence peut être observée puisque la moyenne de satisfaction chez la population ayant eu un effet indésirable est de 7,86 et donc en-dessous de la moyenne générale qui est de 8,34.

L'effet indésirable le plus fréquemment rencontré est la rétention urinaire nécessitant un sondage évacuateur unique. Les causes sont multiples comme nous avons pu le voir dans la première partie. Par ailleurs, une ablation de la sonde vésicale dès la sortie de salle de naissance aurait un rôle sur la satisfaction des patientes ($p=0,03$). Ainsi celles à qui on a enlevé la sonde rapidement sont plus satisfaites de la prise en charge de la douleur.

2.2.3 Concernant le respect du protocole analgésique

2.2.3.1 Information

Une information aux patientes sur la prise en charge de la césarienne en suites de couches a été donnée chez 49% des patientes.

Nous pouvons émettre deux hypothèses explicatives, soit celle-ci n'a pas été donnée, soit les patientes n'en ont pas souvenir ce qui représenterait un biais de mémorisation.

A Limoges, que la césarienne soit programmée ou en urgence, les patientes reçoivent toutes la même information écrite au moment de la consultation anesthésie obligatoire du troisième trimestre (celle-ci ne parlant pas spécifiquement de la prise en charge de la douleur post-opératoire) [Annexe 11]. Une information orale un peu plus précise sur le déroulement de la période péri-opératoire est cependant donnée dans le cas d'une césarienne programmée.

2.2.3.2 Retranscription du protocole antalgiques sur Filemaker®

Nous retrouvons une corrélation positive entre la retranscription du protocole antalgique de réhabilitation précoce sur Filemaker® et la prise en charge de la douleur selon les patientes ($p = 0,0033$).

Nous pouvons émettre l'hypothèse que lorsque les prescriptions sont correctement retranscrites sur Filemaker, les sages-femmes planifient plus facilement et sans oublier les médicaments à donner aux patientes.

2.2.3.3 Prescription et administration des antalgiques

Plusieurs hypothèses peuvent être faites quant à la non-conformité entre les antalgiques que les patientes déclarent avoir eu et les antalgiques notés sur Filemaker® :

- Toutes les patientes non pas eu le protocole de réhabilitation et ainsi certaines ont eu une administration des antalgiques dans la voie veineuse dans les premières 24h. Ainsi, nous pouvons supposer une mauvaise compréhension de la question par les patientes : avec une confusion de par la voie d'administration entre les antalgiques PO et les antalgiques IV reçus.
- Il y a une confusion des médicaments par leur ressemblance. Exemple : Phloroglucinol et Tardyferon® 80mg, les deux sont des comprimés roses.
- Il existe à mon sens une méconnaissance par les patientes des traitements qui leurs sont donnés en suites de couches. Cette raison a été mise en évidence par 7 patientes sur les 77 qui ont répondu Tardyferon dans la case « autre antalgique » à la question 5 et/ou 6 du questionnaire.

D'autres constatations peuvent être faites, comme la faible prescription de morphine (moins de 3 patientes en ont bénéficié).

La raison principale est peut-être une méconnaissance par les sages-femmes des réelles indications de la prescription d'opioïde.

La prescription d'antalgiques à prendre en systématique pendant les 48 premières heures a été majoritairement comprise selon les patientes, elle atteint 65% de patientes (50 sur 77). L'éducation des patientes à cette notion reste néanmoins perfectible.

Ces résultats vont dans le sens d'une nécessité d'information de la patiente concernant le traitement antalgique délivré au cours de la période post-opératoire. Cette information pourrait participer à une amélioration de la satisfaction des patientes.

2.2.3.4 Evaluation de la douleur

La fréquence d'évaluation de la douleur durant les 48 premières heures a été respectée chez 1 patiente seulement.

Bien que l'EVA ne soit pas fréquemment renseignée sur le dossier des patientes, ce n'est pas pour autant que l'évaluation de la douleur n'est pas faite. En effet beaucoup de sages-femmes recherchent par des échelles verbales la douleur de la femme. Mais en définitif, les patientes n'ont pas un dépistage optimal de leurs douleurs.

La douleur post-opératoire après une césarienne ne doit pas être comparée à celle après un accouchement eutocique.

2.2.3.5 Observance

La majorité des patientes déclare avoir été observante à leur traitement antalgique. Par ailleurs, 29% des patientes non observantes déclarent ne pas avoir été soulagées.

Même si l'observance de la médication à l'hôpital est à la charge des soignants. Il est nécessaire au cas par cas de leur rappeler les « règles de bonne pratique » de prise des antalgiques qui se résument à:

- Les antalgiques doivent être pris en systématique durant les 48 premières heures minimum pour ne pas laisser la douleur s'installer.
- Il est nécessaire d'interpeller un soignant dès qu'une douleur apparaît.

2.3 Proposition d'action

Au vu des résultats significatifs de cette étude et des quelques difficultés rencontrées lors de la diffusion des questionnaires, nous souhaitons proposer certaines actions simples à mettre en place pouvant améliorer la prise en charge de la douleur de la patiente.

En premier lieu, nous pensons que les contre-indications au protocole de réhabilitation précoce peuvent être un peu plus étoffées pour permettre une uniformisation des pratiques.

Nous proposons:

- Patiente ayant une pathologie préexistante à la grossesse et nécessitant une modification du protocole (au cas par cas : Maladie de Crohn, SAPL, vessie neurologique, maladie de Willebrand, insuffisance respiratoire)
- DID (préexistant ou gestationnel)
- Obésité (BMI > 30)
- Césarienne pour suspicion ou diagnostic d'infection généralisée (chorioamniotite, ...)
- Traitement par Nalador
- Césarienne pour pathologies vasculaires : HRP, Pré-éclampsie, éclampsie, HELLP Sd
- Césarienne en urgence pour rupture utérine
- Complications chirurgicales (plaies vésicales, ...)

En deuxième lieu, des dispositions peuvent être mises en place pour aider les soignants de salle de naissance et ceux de suites de couches :

- En introduisant une case « Protocole Réhabilitation Précoce » au niveau des prescriptions de sortie de salle de naissance du dossier Filemaker® de la patiente ceci déclenchant une inscription automatique des antalgiques du protocole (avec possibilité d'actualiser la liste si besoin et au cas par cas).
- En mettant à disposition des soignants (et en quantité) des réglettes EVA pour faciliter l'évaluation de la douleur par les patientes et essayer de faire de l'évaluation de la douleur un geste automatique en suites de couches.

- En faisant une feuille d'information aux professionnels de santé sur les règles d'administration des antalgiques, leurs contre-indications et les interactions avec l'allaitement maternel.
- En faisant une information aux sages-femmes sur les avantages en terme de limitation pour la patiente de l'ablation de la sonde vésicale dès la sortie de la salle de naissance.

Pour finir, une information sur la prise en charge de la douleur doit être faite aux patientes : à l'aide d'un livret qui serait distribué au cours de la consultation anesthésie en cas de césarienne programmée et/ou par les sages-femmes de suites de couches à toute femme enceinte ayant eu une césarienne. Nous la présentons en annexe 12.

CONCLUSION

Ainsi nous avons étudié la prise en charge de la douleur post-opératoire chez les patientes césarisées à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant à Limoges dans le cadre de l'évaluation d'un protocole de réhabilitation précoce.

Notre étude double qui portait sur la satisfaction des usagers et sur l'analyse des dossiers d'anesthésie et d'obstétrique, a défini des actes d'amélioration généraux dont le premier est le respect du protocole médical mis en place. C'est dans une dynamique de changement que nous proposons à la fois des actions d'informations auprès des professionnels de santé concernant le lien fondé de celui-ci et des effets bénéfiques sur les patientes.

Au-delà, nous ciblons notre action sur les patientes elle-même par l'élaboration d'un livret explicatif qui devrait permettre de renforcer le comportement actif des usagères sur leur état de santé.

Le livret bénéficie de l'approbation des cadres de service. Une future étude pourrait juger de sa pertinence auprès de notre population cible mais avec des sages-femmes concernées directement par sa distribution.

Références bibliographiques

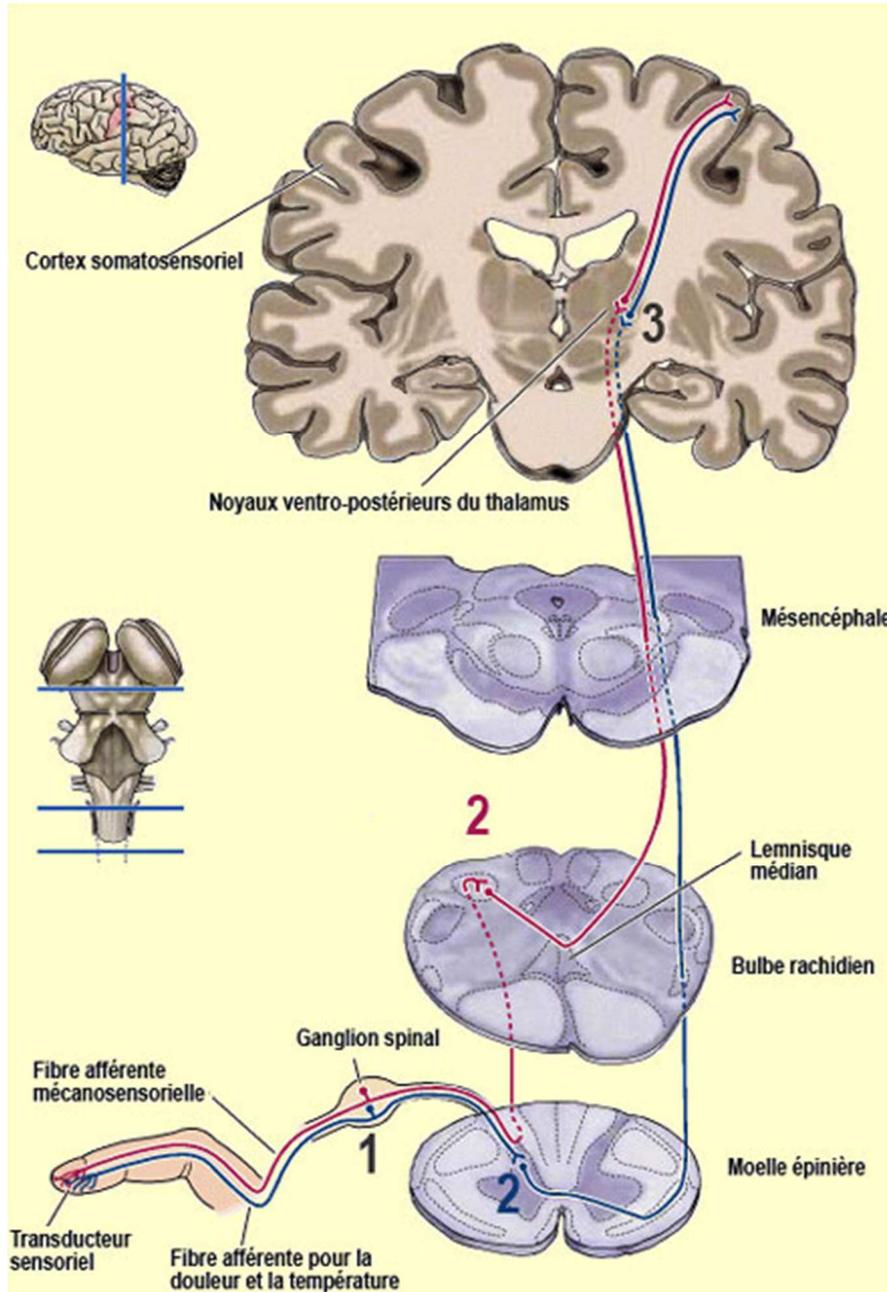
- [1] BERTRAND X. *Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010* Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006. Disponible sur : < http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf > (consulté le 23 septembre 2013)
- [2] TERRIER G. *La douleur: signes cliniques, évaluation: une pratique quotidienne*. 2012.
- [3] UPSA INSTITUT DE LA DOULEUR. *Mini kit de formation douleur*, 2013. Disponible sur : <http://www.institut-upsa-douleur.org/fr-FR/id-3767/Mini_Kit_de_Formation_Douleur.igwsc > (consulté le 23 septembre 2013)
- [4] *Conférence de consensus - Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant* Société Française d'Anesthésie et Réanimation, 2013. Disponible sur : < <http://www.sfar.org/article/21/prise-en-charge-de-la-douleur-post-operatoire-chez-l-adulte-et-l-enfant-cc-1997> >
- [5] LE BARS D., WILLER J.-C. « Physiologie de la douleur ». *EMC - Anesth.-Réanimation* octobre 2004. Vol. 1, n°4, p. 227-266. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1016/j.emcar.2004.08.001> > (consulté le 29 août 2013)
- [6] VUILLET-A-CILES H., BILLET F. « L'essentiel pour comprendre la douleur ». *Actual. Pharm.* juin 2013. Vol. 52, n°527, p. 18-20. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1016/j.actpha.2013.03.014> > (consulté le 23 septembre 2013)
- [7] ANTONINI M.-T. *Neurophysiologie de la douleur*. 2012.
- [8] MAMIE C. « Prévention de l'hyperalgésie en postopératoire ». *Ann. Fr. Anesth. Réanimation* janvier 2012. Vol. 31, n°1, p. e39-e42. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1016/j.annfar.2011.11.002> > (consulté le 3 octobre 2013)
- [9] « Etat des connaissances sur les AINS ». In : *Cent. Réf. Sur Agents Tératogènes* 2013. Disponible sur : < http://www.lecrat.org/article.php3?id_article=650 > (consulté le 2 février 2014)
- [10] BONNET F., BERGER J. « Chronicisation des douleurs après chirurgie ». *Coul. Eval. - Dign. - Trait.* janvier 2009. n°10, p. 58-62.
- [11] F. B., E. M. « La douleur aiguë post-opératoire fait-elle le lit de la douleur chronique? ». *Eval. Trait. Douleur*. 2002. p. 127-133.
- [12] DAHL J. B., JEPPESEN I. S., JØRGENSEN H., WETTERSLEV J., MØINICHE S. « Intraoperative and postoperative analgesic efficacy and adverse effects of intrathecal opioids in patients undergoing cesarean section with spinal anesthesia: a qualitative and quantitative systematic review of randomized controlled trials ». *Anesthesiology*. décembre 1999. Vol. 91, n°6, p. 1919-1927.
- [13] DERAS P., BONNAL A., BARBIER M., MORAU E., COLSON P. « Évaluation des pratiques de prise en charge analgésique en postopératoire de césarienne avant et après mesures d'amélioration ». *Ann. Fr. Anesth. Réanimation* juin 2013. Vol. 32, n°6, p. 402-408. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1016/j.annfar.2013.04.006> > (consulté le 25 juillet 2013)

- [14] WYNIĘCKI A., TECSY M., BENHAMOU D. « La césarienne : une intervention qui doit maintenant bénéficier du concept de réhabilitation précoce postopératoire ». *Prat. En Anesth. Réanimation* décembre 2010. Vol. 14, n°6, p. 375-382. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1016/j.pratan.2010.10.007> > (consulté le 25 juillet 2013)
- [15] « Référentiel de Pratiques Professionnelles - Prise en charge de la douleur postopératoire ». *HAS Serv. Éval. Prat.* juin 2005. p. 15.
- [16] COMITÉ DOULEUR-ANESTHÉSIE LOCORÉGIONALE, COMITÉ DES RÉFÉRENTIELS DE LA SFAR. « Recommandations formalisées d'experts 2008. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant. » *Ann. Fr. Anesth. Réanimation*. 2008. Vol. 27, p. 1035-1041.
- [17] B.DENIAU, V.FAITOT *Réhabilitation post-césarienne*, Le congrès Sfar 2014. Médecins. Conférence d'Actualisation
- [18] *Livret douleur de l'interne* Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD), 2011. 72 p. Disponible sur : < <http://www.sfar.org/accueil/article/904/livret-douleur-de-l-interne> >
- [19] FUZIER R., ROUSSET J. « Evaluation des performances de prise en charge initiale de la douleur postopératoire: quels outils, quels résultats? ». *53ème Congrès Natl. Anesth. Réanimation*. 2011. Vol. Evaluation et traitement de la douleur, p. 8.
- [20] GALL O. « Comment évaluer la douleur postopératoire? ». *Conférence Actual.* Paris 1999. p. 381-393.
- [21] BOCCARD E., DEYMIER V. *Pratique du traitement de la douleur* Edition 2006. Paris : Institut UPSA de la Douleur, 2006. 197 p. Disponible sur : < www.institut-upsa-douleur.org >
- [22] VUILLET-A-CILES H., BUXERAUD J., NOUAILLE Y. « Les médicaments de la douleur : les antalgiques de palier I ». *Actual. Pharm.* juin 2013. Vol. 52, n°527, p. 21-26. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1016/j.actpha.2013.03.015> > (consulté le 20 septembre 2013)
- [23] VUILLET-A-CILES H., BUXERAUD J., NOUAILLE Y. « Les médicaments de la douleur : les antalgiques de palier II ». *Actual. Pharm.* juin 2013. Vol. 52, n°527, p. 27-30. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1016/j.actpha.2013.03.016> > (consulté le 20 septembre 2013)
- [24] VUILLET-A-CILES H., BUXERAUD J., NOUAILLE Y. « Les médicaments de la douleur : les antalgiques de palier III ». *Actual. Pharm.* juin 2013. Vol. 52, n°527, p. 31-34. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1016/j.actpha.2013.03.017> > (consulté le 20 septembre 2013)
- [25] MORAU E., BONNAL A., DERAS P., DEHON A. « Césarienne, allaitement et douleur ». *Prat. En Anesth. Réanimation* septembre 2012. Vol. 16, n°4, p. 206-212. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1016/j.pratan.2012.06.004> > (consulté le 18 décembre 2013)
- [26] DRUGS C. ON. « The Transfer of Drugs and Other Chemicals Into Human Milk ». *Pediatrics*. 9 janvier 2001. Vol. 108, n°3, p. 776-789.
- [27] « Quelle anesthésie-analgésie pour la césarienne en per et post-opératoire? ». *J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod.* octobre 2008. Vol. 37, n°4, Supplement 1, p. 5-7. Disponible sur : < [http://dx.doi.org/10.1016/S0368-2315\(08\)74454-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0368-2315(08)74454-5) > (consulté le 20 septembre 2013)

- [28] WYNIĘCKI A., BENHAMOU D. « Réhabilitation précoce postopératoire après césarienne ». *Rev. Médecine Périnatale* 1 septembre 2012. Vol. 4, n°3, p. 119-125. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1007/s12611-012-0197-1> > (consulté le 25 juillet 2013)
- [29] KEÏTA H., DUCLOY-BOUTHORS A.-S. « Réhabilitation après césarienne. Pas seulement une réhabilitation postopératoire ». *Ann. Fr. Anesth. Réanimation* mars 2013. Vol. 32, n°3, p. 130-133. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1016/j.annfar.2013.01.008> > (consulté le 15 septembre 2013)
- [30] KEHLET H. « Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. » 1997. n°78:606-17.
- [31] AUBRUN F. « Prise en charge de la douleur postopératoire. Analyse de l'article Anaesthesia, surgery and challenges in post-145 operative recovery ». *Douleurs Eval. - Diagn. - Trait.* février 2009. Vol. 10, Supplement 1, p. S5-S8. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1016/j.douler.2008.10.008> > (consulté le 14 septembre 2013)
- [32] « Indications de la césarienne programmée ». In : *Webzine HAS*, 2012. Disponible sur : < http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1165579/fr/indications-de-la-cesarienne-programmee?xtmc=&xtr=4 > (consulté le 25 septembre 2013)
- [33] ALLYN J., MERCIER F. « Comment améliorer la réhabilitation post-césarienne? ». *MAPAR*. 2006. Vol. Communications 2006, p. 341-348.
- [34] CHAUVIN M. L'analgésie multimodale. In « Les essentiels ». 47e congrès d'anesthésie et de réanimation. 2005. Elsevier SAS, Paris. pp 295-308
- [35] PERTEK J. P., HABERER J. P. « Effets de l'anesthésie sur la miction et rétention aiguë d'urine postopératoire ». *Ann. Fr. Anesth. Réanimation* 1995. Vol. 14, n°4, p. 340-351. Disponible sur : < [http://dx.doi.org/10.1016/S0750-7658\(05\)80601-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0750-7658(05)80601-X) > (consulté le 26 juillet 2014)
- [36] KOVAVISARACH E., ATTHAKORN M. « Early versus delayed oral feeding after cesarean delivery ». *Int. J. Gynaecol. Obstet. Off. Organ Int. Fed. Gynaecol. Obstet.* juillet 2005. Vol. 90, n°1, p. 31-34. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2005.03.017> >
- [37] MALHOTRA N., KHANNA S., PASRIJA S., JAIN M., AGARWALA R. B. « Early oral hydration and its impact on bowel activity after elective caesarean section--our experience ». *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 1 mai 2005. Vol. 120, n°1, p. 53-56. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2004.08.009> >
- [38] POCOCK G., RICHARDS C. D. *Physiologie humaine: les fondements de la médecine*. Paris : Masson, 2004. ISBN : 2-294-01002-7.
- [39] « Echelles Adultes ». In : *Inst. UPSA Douleur* Disponible sur : < http://www.institut-upsa-douleur.org/fr-FR/id-2396/Echelle_numerique.igwsc-qwords=%c3%a9chelle.igwp > (consulté le 3 janvier 2014)
- [40] « Echelles Adultes ». In : *Inst. UPSA Douleur* Disponible sur : < http://www.institut-upsa-douleur.org/fr-FR/id-946/Echelle_visuelle_analogique.igwsc > (consulté le 3 janvier 2014)
- [41] « Echelles Adultes ». In : *Inst. UPSA Douleur*. Disponible sur : < http://www.institut-upsa-douleur.org/fr-FR/id-2397/Echelle_verbale_simple.igwsc > (consulté le 3 janvier 2014)

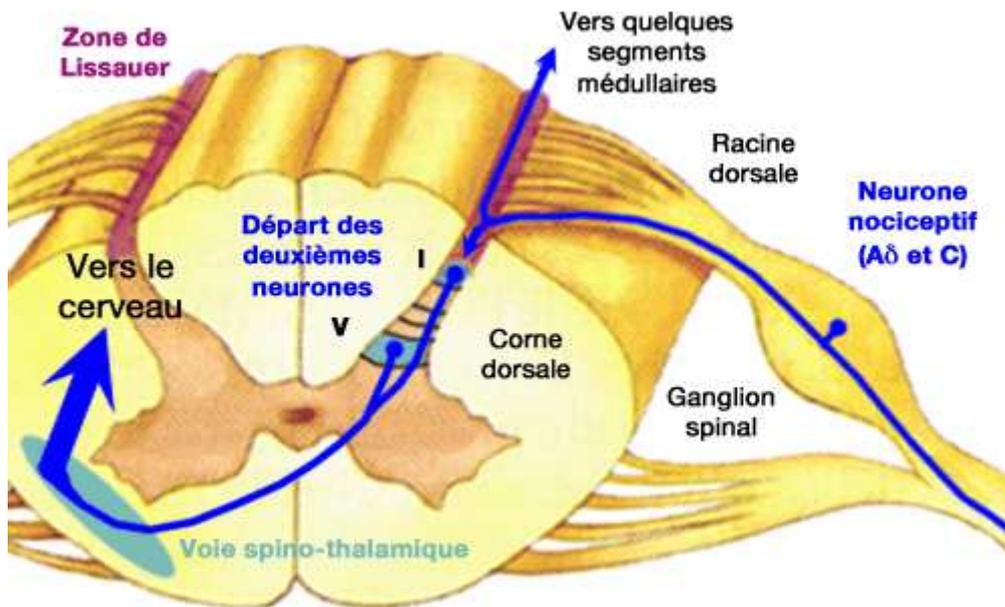
Annexe 1 : schéma de la nociception

D'après : Neurosciences, Purves, Augustine, Fitzpatrick, Katz, LaMantia, McNamara, Williams, De Boeck Éd., 2003.



Annexe 2 : Couche de Rexed

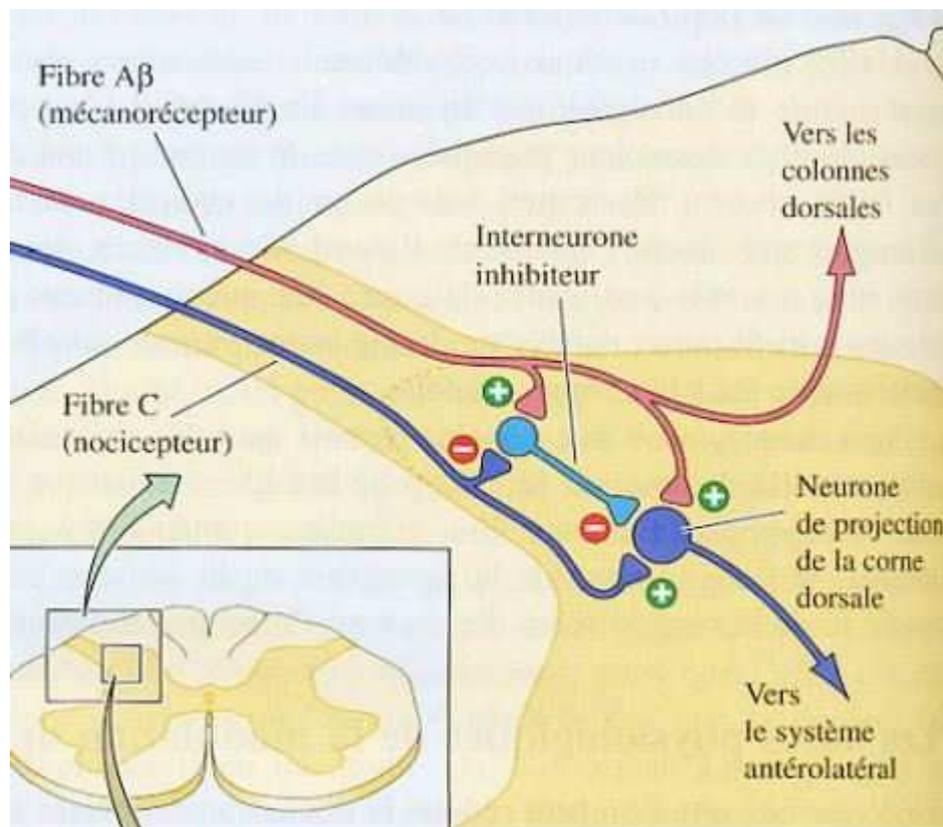
La corne postérieure de la moëlle est divisée en plusieurs couches, décrites par le neuroscientifique Bror Rexed en 1952.



Annexe 3 : théorie du « gate control » [38]

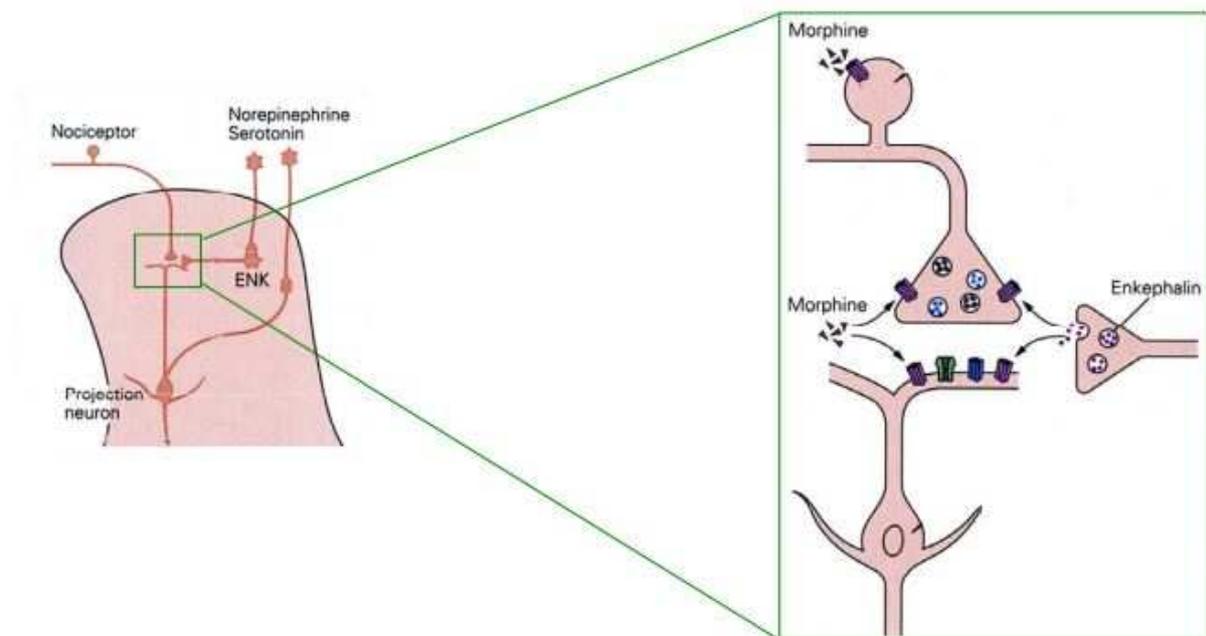
Les décharges douloureuses vont activer les fibres $A\delta$ et C nociceptives ainsi que les fibres $A\alpha/\beta$ du tact. Elles font toutes synapses avec un neurone à convergence. Un interneurone connecté à la fois aux fibres nociceptives et aussi à celles du tact va servir d'interface entre ces deux types de fibres. Lors de la stimulation douloureuse, les fibres $A\alpha/\beta$ qui ont une vitesse de conduction plus rapide, inhibent la transmission de la douleur grâce à l'interneurone qui va désactiver les fibres nociceptives.

Cependant, si le stimulus douloureux est trop fort c'est l'action des fibres $A\delta$ et C qui l'emporte et la douleur est ressentie.

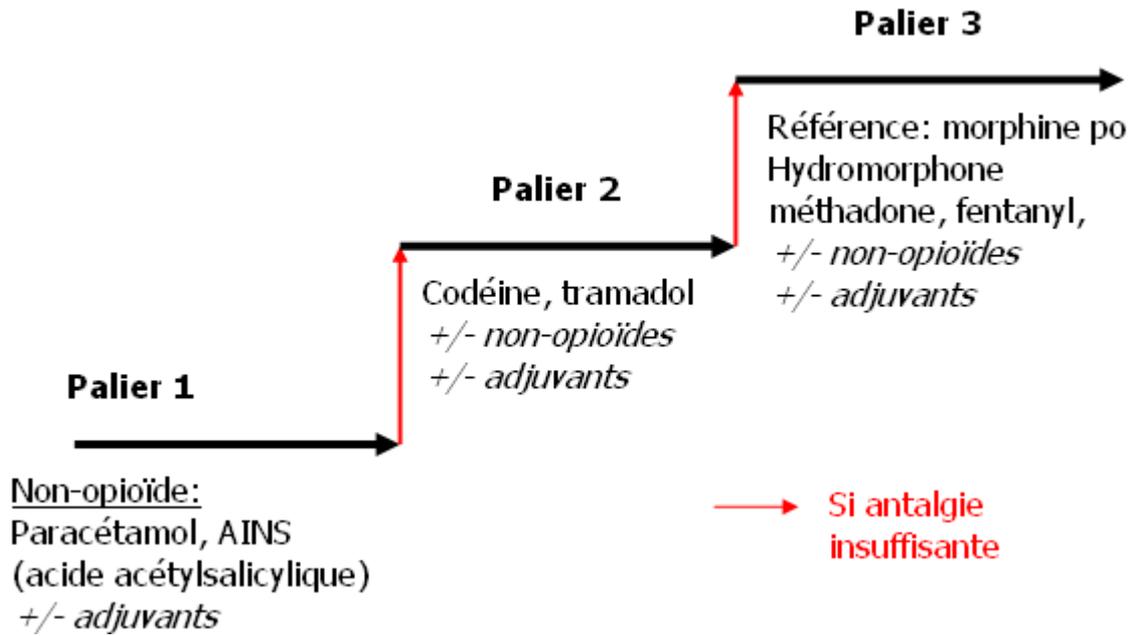


Annexe 4 : théorie « enképhalinergique » [38]

Au niveau de la moelle sous l'effet de stimuli nociceptifs intenses, un interneurone libère des morphines endogènes (enképhalines) au niveau de la jonction entre le neurone numéro 1 (fibre C) et 2 (Neurone de projection de la corne dorsale). Celles-ci se fixent sur les récepteurs morphiniques du neurone numéro 1. Elles inhibent la libération de la substance P et donc la poursuite du message nociceptif. A ce jour, aucune étude n'a réellement démontré cette théorie.



Annexe 5 : Palier des antalgiques de l’OMS en collaboration avec l’IASP, 1999



Annexe 6 : Echelle unidimensionnelle de la douleur

PRÉSENTATION ÉCRITE DE L'ÉCHELLE NUMÉRIQUE (EN)

Pouvez-vous donner une note de 0 à 10 pour situer le niveau de votre douleur ?

- La note 0 correspond à "pas de douleur".
- La note 10 correspond à la "douleur maximale imaginable".

Donner une seule note de 0 à 10 pour la douleur au moment présent.



Echelle numérique [39]

PRÉSENTATION ÉCRITE DE L'ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA)

La ligne ci-dessous représente un «thermomètre» de la douleur. L'extrémité gauche correspond à "pas de douleur". L'extrémité droite à "douleur maximale imaginable".

Tracer sur la ligne un trait correspondant au niveau de votre douleur au moment présent :

Pas de douleur  **Douleur maximale imaginable**

Echelle visuelle de la douleur [40]

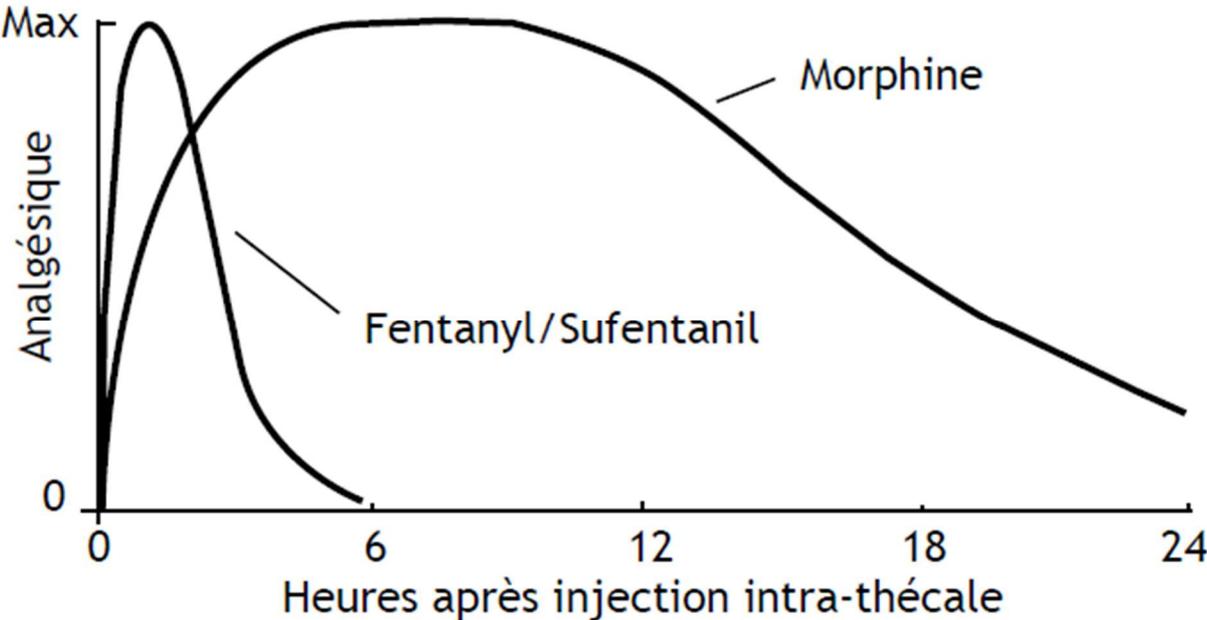
ÉCHELLE VERBALE SIMPLE (EVS) EN 5 POINTS APPRÉCIANT L'INTENSITÉ DE LA DOULEUR

Quel est le niveau de votre douleur au moment présent ?

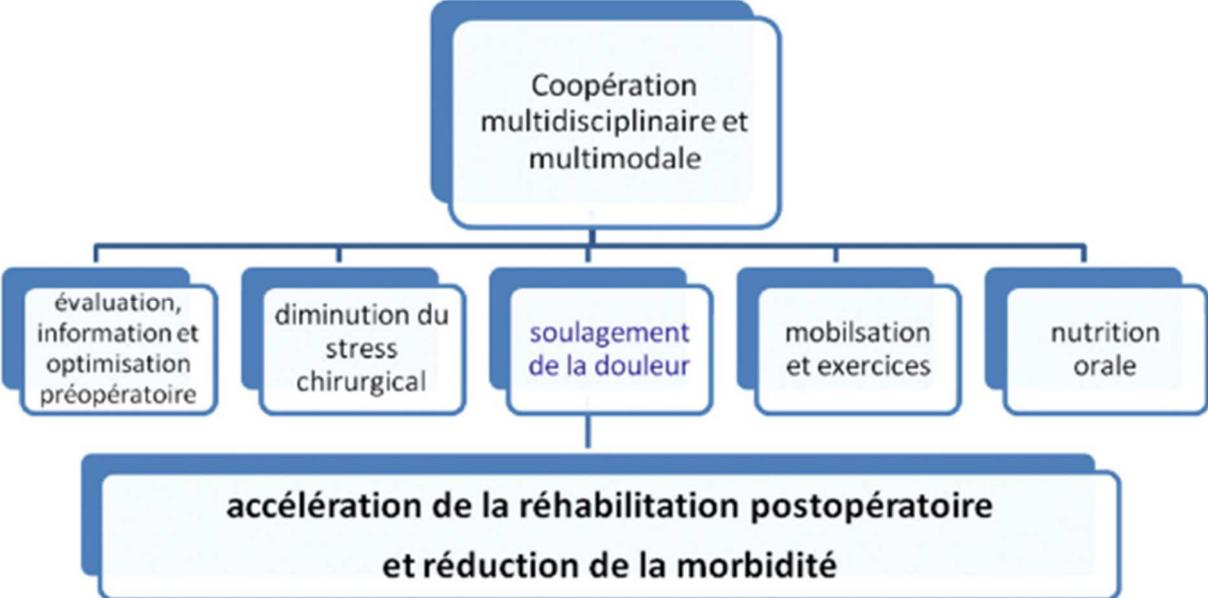
- 0 Pas de douleur
- 1 Faible
- 2 Modérée
- 3 Intense
- 4 Extrêmement intense

Echelle visuelle simple [41]

Annexe 7 : Effets analgésiques des différents morphiniques au cours du temps
[27]



Annexe 8 : Concept de réhabilitation précoce selon Kehlet [30]



Annexe 9 : protocole de l'HME sur la prise en charge de la douleur post-césarienne : réhabilitation précoce

| | | |
|---|--|--------------------------------------|
|  | Prise en charge post-opératoire et analgésie après césarienne | Codification |
| | | Date d'application : Juillet 2013 |
| | | Page 1 sur 2 |

| | RÉDACTION | | VÉRIFICATION | | APPROBATION | |
|------------------|------------------------------|------------|-------------------------------|-----------------|------------------------|--|
| Nom | Dr. H. Caly Dr. P. Sengès | C. Menard | AM. Pourchet A. Le Pichoux | Dr. A. Vincelot | Pr. Y. Aubard | D. Dumont |
| Fonction | Médecin Anesthésiste | Sage-femme | Sages-femmes cadres | Anesthésiste | Responsable de service | Directeur des projets, de la qualité-GDR et de la contractualisation |
| Signature | | | | | | |

I. OBJET

Cette procédure permet d'améliorer la prise en charge post-opératoire des patientes ayant bénéficiées d'une césarienne.

II. DOMAINE D'APPLICATION – PERSONNEL CONCERNE

Les sages-femmes, obstétriciens et anesthésistes du service de Gynécologie-Obstétrique sont concernés par cette procédure.

III. DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE ET ASSOCIÉS

Documents de référence :

- Réhabilitation précoce post-opératoire après césarienne, A. Wyniecki ; revue de médecine périnatale, sept. 2012, vol. 4, issue 3, pp 119-125.
- Réhabilitation après césarienne : pas seulement une réhabilitation post-opératoire : Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, volume 32, issue 3, March 2013, pages 130-133 ; H. Keïta, A-S Ducloy-Bouthors

Documents associés :

IV. ÉVOLUTION

| Date | Version | Nature de la révision |
|--------------|---------|-----------------------|
| Juillet 2013 | A | Création |

V. DÉFINITIONS / ABRÉVIATIONS

ARCF : Anomalie rythme cardiaque fœtal
 VVP : Voie veineuse périphérique
 ENS : Echelle numérique simple
 AINS : Anti-inflammatoires non stéroïdiens

Annexe 9 : suite

| | | |
|---|---|--------------------------------------|
|  | Prise en charge post-opératoire et analgésie après césarienne | Codification |
| | | Date d'application : Juillet 2013 |
| | | Page 2 sur 2 |

VI. DESCRIPTION

- Césariennes programmées
- Césariennes en urgence relative pour ARCF, stagnation
 - **sont exclues de ce protocole** : les césariennes compliquées avec consignes chirurgicales spécifiques, les césariennes pour pré-éclampsie, pour pathologies maternelles, hémorragies, les césariennes sous anesthésie générale.

1. Principes généraux :

- Avant la césarienne : informer la patiente du parcours et de la prise en charge post-opératoire
- Ocytotiques : -Syntocinon 5 UI IVL + 10 UI sur 20 min + 10 UI sur 2 heures
 - Le PABAL est une alternative intéressante pour les césariennes programmées
- Limiter le remplissage vasculaire si possible
- Surveillance en salle de naissance pendant 2 heures après retour de la salle de réveil puis passage en maternité (durée totale surveillance post césarienne : 3 h)
- Obturer VVP, retrait sonde vésicale même si diurèse faible (sauf anurie totale) et KT APD éventuel avant passage en maternité
- Reprise des boissons et alimentation légère (eau, thé, tisane, compote, yaourt, potage) en fonction des envies de la patiente, sans restriction, 4 heures après la césarienne, commencer **thérapeutique antalgique per os systématique** au moment de la réalimentation
- Mobilisation précoce : lever 6 heures après procédure chirurgicale
- Retrait de la voie veineuse obturée 24 heures après césarienne

2. Analgésie post-césarienne

- **Paracétamol 1g** x 4/j per os en systématique pendant 48 heures
- **Biprénéid LP 100 mg** x 2/j ou **Ibuprofen 200 mg** x 3/j per os systématique en l'absence de contre-indication pendant 48 heures quel que soit le type d'allaitement
- **Acupan 20 mg** x 4/j per os sur un sucre, si analgésie insuffisante et/ou contre indication aux AINS
- **Oxynorm 5 mg** x 4/j ou **actiskénan 10 mg** x 4/j per os à partir de 6 heures après anesthésie locorégionale si ENS > 4/10 (évaluation douleur à faire toutes les 6 heures) pour une durée maximale de 48 heures.

FIN DU DOCUMENT

Annexe 10 : Questionnaire

Cluzeau Angèle
Ecole de sages-femmes de Limoges
23 Avenue Dominique Larrey
87042 Limoges

Année universitaire 2013-2014

Questionnaire

Prise en charge de la douleur des patientes césarisées à l'HME

Je suis étudiante sage-femme en 4^{ème} année. Dans le cadre de mon diplôme de fin d'étude, je vous distribue ce questionnaire. Il a pour but d'évaluer la prise en charge de la douleur chez la femme césarisée à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant. En vous remerciant par avance de votre participation.

- 1) NOM :
Prénoms :
Date de naissance : __ / __ / ____

Ces informations me permettront de faire le lien avec votre dossier obstétrique et les données médicales qu'il contient. Aucun élément permettant de vous identifier ne sera dévoilé ni ne transparaîtra dans les résultats de cette étude. Votre anonymat est garanti.

- 2) Pendant la grossesse jusqu'au moment de la césarienne, un professionnel de santé (sage-femme, obstétricien, anesthésiste) vous a-t-il donné une information sur la prise en charge de la douleur après l'opération ? (Cochez la case correspondant à votre réponse)

OUI NON

- 3) Entre la césarienne et le moment où vous remplissez ce questionnaire, quand avez-vous approximativement ressenti la douleur la plus intense ? Inscrivez la date à laquelle vous avez ressentie la douleur ainsi que l'heure.

Réponse :

Date (jour/mois) : /

Heure (environ) : H

4) A quel endroit avez-vous ressenti cette douleur ? (citée en réponse à la question 3)

- Point de ponction de la voie veineuse périphérique
- Plaie opératoire (césarienne) : à la surface (= cicatrice)
- Plaie opératoire (césarienne) : en profondeur
- Autre, précisez :

5) Entre l'arrivée en maternité (suites de couches) et 24h après la césarienne, cochez le(s) antalgique(s) que l'on vous a donné(s) :

- Paracétamol (Ex : Doliprane[®] ou Dafalgan[®] : gélule ou gros comprimé blanc)
- Phloroglucynol (Ex : Spasfon[®] comprimé)
- AINS¹ (Ex : Biprofenid[®] : suppositoire ou Ibuprofen[®] : gélule)
- Néfopam (Ex : Acupan[®] pris avec un sucre)
- Morphine (Ex : Actiskénan[®] ou Oxynorm[®])
- Autre :

6) Entre 24 heures et 48 heures après la césarienne, cochez le(s) antalgique(s) que l'on vous a donné :

- Paracétamol (Ex : Doliprane[®] ou Dafalgan[®] : gélule ou gros comprimé blanc)
- Phloroglucynol (Ex : Spasfon[®] comprimé)
- AINS¹ (Ex : Biprofenid[®] : suppositoire ou Ibuprofen[®] : gélule)
- Néfopam (Ex : Acupan[®] pris avec un sucre)
- Morphine (Ex : Actiskénan[®] ou Oxynorm[®])
- Autre :

7) Durant ces 48 premières heures, avez-vous utilisé (pris) tous les antidouleurs qui vous ont été donnés?

- OUI NON

¹ AINS = Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

8) Si vous avez répondu NON à la question 7 :

- le(s)quel(s) n'avez-vous pas utilisé ?

Réponse:.....

- Pour quelle(s) raison(s) ?

Un oubli

Je n'aime pas le goût / la forme d'utilisation

Je n'en ressentais pas le besoin

Autre :

9) Les antidouleurs que vous avez pris ont-ils été suffisants pour calmer les douleurs que vous avez pu ressentir durant les 48 premières heures ?

OUI NON

10) Si vous avez répondu NON à la question 9, qu'avez-vous fait pour y remédier ?

J'ai demandé au professionnel de santé des antidouleurs plus efficaces

J'ai attendu que la douleur passe d'elle-même

J'ai pris un autre médicament de la plaquette sans avis des professionnels de santé

Le(s)quel(s) :

Je n'ai rien fait

Autre :

11) Sachant que les antidouleurs administrés par voie veineuse agissent plus rapidement que ceux administrés par voie orale, auriez-vous préféré continuer une administration des antidouleurs par le cathéter veineux pendant les premières 24 heures suivant la césarienne ?

OUI NON

12) Avez-vous dû limiter certaines activités à cause de la douleur ?

OUI NON

13) Si vous avez répondu OUI à la question 12, quelles activités avez-vous dû limiter ?

- Allaitement maternel
- Gestes du quotidien (levé, douche, ...)
- Soins de votre enfant
- Autre, précisez :

14) Avez-vous dû éviter certaines activités à cause de la douleur ?

OUI NON

15) Si vous avez répondu OUI à la question 14, quelles activités avez-vous dû éviter ?

- Allaitement maternel
- Gestes du quotidien (levé, douche, ...)
- Soins de votre enfant
- Autre, précisez :

16) Sur une échelle de 0 à 10, donnez votre degré de satisfaction concernant la prise en charge globale de votre douleur ? Sachant que le chiffre 0 désigne « pas du tout satisfait », et 10 désigne « très satisfait ».

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Merci de votre participation

Annexe 11 : Information donnée aux patientes lors de la consultation pré-anesthésie

♦ Qu'est-ce qu'une césarienne ?

C'est une intervention chirurgicale pratiquée sous anesthésie qui permet l'accouchement par une incision de l'abdomen et de l'utérus. Elle peut être réalisée avant ou en cours de travail, en présence de complications ou de risques maternels et/ou fœtaux.

♦ Quels sont les principaux motifs nécessitant la réalisation d'une césarienne en urgence ?

- Certaines anomalies du rythme cardiaque fœtal.
- Une pathologie maternelle sévère.
- Une stagnation du travail : lorsque le col de l'utérus ne se dilate plus ou lorsque la tête de l'enfant ne s'engage pas dans votre bassin.
- Une présentation anormale de l'enfant à votre arrivée.
- Après un échec de déclenchement.

♦ Quel est le déroulement d'une césarienne en urgence ?

À l'hôpital de la mère et de l'enfant, toute l'équipe obstétricale vous préparera à cette intervention. Elle se compose :

- d'un gynécologue-obstétricien, qui décidera et qui effectuera la césarienne
- d'un médecin anesthésiste-réanimateur
- d'un pédiatre
- d'une sage-femme, qui réalise les actes préalables à la césarienne :
 - rasage sus-pubien
 - pose d'une sonde urinaire
 - vérification de la perfusion
 - vérification de l'absence de lentilles de contact, de bijoux, vernis à ongles...

Vous serez ensuite dirigée vers la salle de césarienne qui se situe dans le prolongement des salles de naissances et de la salle d'accueil du nouveau-né.

Le choix de l'anesthésie (rachi-anesthésie ou anesthésie générale) se fera en fonction de l'urgence et des éventuelles contre-indications, par le médecin anesthésiste réanimateur.

La durée de l'intervention est d'environ 1 heure. Après la fermeture de la paroi, vous serez surveillée quelques heures en salle de surveillance post-interventionnelle, puis en salle de naissance. À l'issue de cette surveillance, vous serez admise dans la chambre qui vous sera attribuée à la maternité.

Un traitement antalgique (contre la douleur) est systématiquement proposé. Il sera adapté à votre douleur et prescrit aussi longtemps que nécessaire. De plus, un traitement anti-coagulant pourra être instauré pour prévenir le risque de phlébite ou d'embolie pulmonaire.



♦ Prise en charge de votre enfant

Dès la naissance, votre enfant sera pris en charge par la sage-femme. Il pourra vous être présenté selon son état de santé et le mode d'anesthésie. Ces premiers soins seront réalisés dans la salle d'accueil du nouveau-né, attenante à la salle de césarienne, en présence d'un pédiatre. Si son état nécessite une surveillance particulière, votre enfant pourra rester en couveuse quelques heures. Si besoin, il sera transféré dans le secteur de réanimation-néonatale ou des prématurés, attendant aux salles de naissances.

♦ Place de votre accompagnant

Votre conjoint, ou la personne de votre choix, ne pourra pas assister à la césarienne, sauf en cas d'autorisation des médecins. Par contre, il ou elle sera présent auprès de votre enfant, après la réalisation de ces premiers soins.

♦ Les risques de la césarienne

Comme toute intervention chirurgicale, la réalisation d'une césarienne engendre des risques. Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, a établi la liste suivante :

- la lésion d'un organe de voisinage de l'utérus (blessure des voies urinaires par exemple)
 - hémorragie provenant de l'utérus pouvant nécessiter de manière exceptionnelle une hystérectomie (ablation de l'utérus)
 - hématome ou infection de la cicatrice
 - phlébite ou embolie pulmonaire
 - risque vital ou séquelles graves
- Toutes ces complications restent très rares (<1%)

♦ Pour une prochaine grossesse ?

Les conditions d'une éventuelle future grossesse vous seront expliquées par le gynécologue-obstétricien, lors de votre visite post-natale qui aura lieu 6 à 8 semaines après votre césarienne.

Cette feuille d'information ne peut pas répondre à toutes vos questions. N'hésitez pas à les poser aux différents professionnels de santé que vous allez rencontrer durant le suivi de votre grossesse.

Comment serez-vous surveillée pendant l'analgésie péridurale ?

Comme tout acte d'anesthésie, l'analgésie péridurale se déroule dans une salle équipée d'un matériel adéquat, adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation. Durant l'analgésie péridurale, vous serez prise en charge par une équipe comportant le médecin anesthésiste-réanimateur, la sage-femme et éventuellement une infirmière diplômée d'état.

Quels sont les inconvénients et les risques de l'analgésie péridurale ?

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque. Les conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie permettent de dépister rapidement les anomalies et de les traiter.

Pendant l'analgésie péridurale, une sensation de jambes lourdes et une difficulté à les bouger peuvent s'observer. C'est un effet sans gravité de l'anesthésie local. Au moment de la sortie du bébé, l'envie de pousser pour uriner est fréquente lors d'un accouchement et peut être perçue. Une difficulté transitoire pour uriner est fréquente lors d'un accouchement et peut nécessiter un sondage évacuateur de la vessie. Une baisse transitoire de la pression artérielle peut survenir. Si les dérivés de la morphine ont été utilisés, une sensation de vertige, des démangeaisons passagères et des nausées sont possibles. Des douleurs au niveau du point de ponction dans le dos peuvent persister quelques jours, mais sont sans gravité.

L'analgésie peut être insuffisante ou incomplète pendant les contractions. Une nouvelle ponction peut alors être nécessaire, de même qu'en cas de difficulté de mise en place ou de déplacement du cathéter.

Exceptionnellement, des maux de tête, majorés par la position debout, peuvent apparaître après l'accouchement. Le cas échéant, leur traitement vous sera expliqué. Dans de très rares cas, une diminution transitoire de la vision ou de l'audition peut être observée.

Des complications plus graves : convulsions, arrêt cardiaque, paralysie permanente ou perte plus ou moins étendue des sensations, sont extrêmement rares. Quelques cas sont décrits, alors que des centaines de milliers d'anesthésies de ce type sont réalisées chaque année.

Enfin, pour votre bébé, l'accouchement sous analgésie péridurale ne comporte pas plus de risque qu'un accouchement sans péridurale.

SOCIETE FRANCAISE D'ANESTHESIE-REANIMATION

Information médicale sur l'analgésie péridurale en obstétrique

Ce document est destiné à vous informer sur la technique d'analgésie péridurale, ses avantages et ses risques. Nous vous recommandons de lire attentivement, afin de pouvoir donner votre consentement à la procédure qui vous sera proposée par l'équipe médicale, ou que vous demanderez vous-même pour votre futur accouchement.

Qu'est-ce que l'analgésie péridurale ?

C'est une technique locorégionale réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur. Elle est destinée à supprimer ou à atténuer les douleurs de l'accouchement et/ou si besoin, à en faciliter le déroulement. C'est à ce jour la méthode la plus efficace. Son principe est de bloquer la transmission des sensations douloureuses au niveau des nerfs provenant de l'utérus, en injectant à leur proximité un produit anesthésique local, associé ou non à un dérivé de la morphine.

Cette technique assure une bonne stabilité des fonctions vitales, bénéfiques pour la mère et l'enfant. Ce blocage se fait à proximité de la moelle épinière dans l'espace péridural, par l'intermédiaire d'un tuyau très fin (cathéter) introduit dans le dos, à l'aide d'une aiguille spéciale. Le cathéter reste en place pendant la durée de l'accouchement, afin de permettre l'administration répétée de l'anesthésique. S'il est nécessaire de pratiquer une césarienne ou toute autre intervention, l'anesthésie pourra être complétée par ce dispositif ; ce qui n'exclut pas le recours à l'anesthésie générale au décours de l'accouchement.

Une consultation est réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur dans les quelques semaines précédant votre accouchement. N'hésitez pas à cette occasion à poser toutes les questions que vous jugerez utiles. Au moment de bénéficier de l'analgésie péridurale, vous aurez la visite du médecin-réanimateur qui vous prendra en charge et les données de la consultation seront actualisées. Il peut arriver, en fonction de votre état de santé ou du résultat ou des examens complémentaires, qui vous auront éventuellement été prescrits, que l'analgésie péridurale ne puisse être effectuée, contrairement à ce qui avait été prévu. C'est le cas, par exemple, s'il existe de la fièvre, des troubles de la coagulation du sang, une infection de la peau au niveau du dos ou toute autre circonstance pouvant être considérée à risque. Le choix définitif et la réalisation de l'acte relèvent de la décision du médecin anesthésiste-réanimateur et de sa disponibilité.

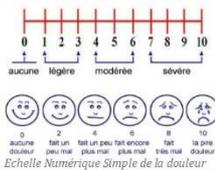
Annexe 12: Information sur la césarienne et sa prise en charge à l'HME en consultation anesthésique

Evaluation de la douleur

Le ressenti de la douleur étant différent d'une personne à l'autre, les professionnels de santé utilisent des échelles pour coter au mieux l'intensité de votre douleur.

La plus fréquemment utilisée à l'HME est l'ENS (Echelle Numérique Simple): où l'on vous demande d'indiquer l'intensité de votre douleur sur une échelle de 0 à 10. 0 signifiant « aucune douleur » et 10 signifiant « la douleur maximale ».

Connaitre ce chiffre et son évolution nous permet d'adapter votre traitement antidouleur.



Exemple Antidouleurs:

Paracétamol (gel ou cp):
Doliprane, Efferalgan

AINS : Biprofénid 100mg (suppositoire) , Ibufrofène 200mg (gel ou cp)

Néfopam : Acupan 20 mg

Morphine : Actiskénan 10 mg ou Oxynorm

Particularité:

Spafon: 2 cp 3 fois par jour, ce médicament sera donné pour soulager les douleurs à type de tranchées.

La douleur après césarienne



Cette brochure d'information vise à expliquer la prise en charge de la douleur après une césarienne à l'hôpital de la mère et de l'enfant au CHU de Limoges



Prise en charge générale

L'administration des antidouleurs commence dès la salle de réveil pour se poursuivre en salle de naissance. Cette administration se fera par une perfusion.

Au moment du retour en chambre, si vous pouvez bénéficier d'une *réhabilitation précoce* (ceci étant décidé par l'équipe médicale après l'acte chirurgical), le cathéter de la perfusion sera obturé par un bouchon et la sonde urinaire enlevée.

À partir de là, l'administration des antidouleurs (et autres médicaments) se fera par la bouche.

Les antidouleurs en maternité

- **Paracétamol** : 1g fois 4 par jour pendant 48h puis prise si besoin
- **AINS**: 2 fois par jour pendant 48h puis prise si besoin
- **Néfopam**: jusqu'à 4 par jour si besoin (pris avec un sucre)
- **Morphine**: Pour les douleurs intenses jusqu'à 4 par jour pendant 48h (début: 6h après la césarienne)

Antidouleurs et allaitement maternel

Tous les antidouleurs (et leur posologie) indiqués au-dessus sont compatibles avec l'allaitement maternel au départ.

Par contre, une utilisation prolongée d'AINS, Néfopam ou Morphine, devra conduire à l'arrêt de l'allaitement ou la mise en place d'un TLE le temps du traitement.



1: Anti-Inflammatoire Non Stéroïdiens

Règles d'or

- Prendre les antidouleurs à prise systématique les 48 premières heures : il est nécessaire de soulager la douleur avant que celle-ci ne s'installe. En effet il est plus difficile de traiter une douleur déjà présente que de la prévenir.
- Signaler (et évaluer) sa douleur et sa localisation aux professionnels de santé est important, ils vous proposeront des traitements adaptés à celle-ci.
- Toute allergie connue à l'un des médicaments doit être signalé à l'équipe soignante.



Prise en charge de la douleur en post-opératoire chez les patientes
césariées à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant à Limoges : évaluation
d'un protocole de réhabilitation précoce

66 pages

Mémoire de fin d'études

Ecole de sages-femmes de LIMOGES, année universitaire 2014/2015

RESUME

La lutte contre la douleur est un véritable enjeu de santé publique, et le soulagement de la douleur est un droit fondamental à toute personne. En Juillet 2013, le concept de réhabilitation précoce a été instauré pour les césariennes sans complication maternelle, à Limoges à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant. Les principes du protocole se basent sur une analgésie multimodale, une obturation de la voie veineuse avec une ablation de la sonde vésicale dès la sortie de la salle de naissance, permettant un relai per os rapide des antalgiques, et un lever précoce. Ce protocole s'inscrit dans une démarche d'adapter au mieux la prise en charge de la douleur, de favoriser le lien mère-enfant et de diminuer le temps de séjour.

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et unicentrique réalisée à l'HME de Limoges dans le service de suites de couches.

L'objectif est d'améliorer la prise en charge de la douleur des patientes césariées dans le cadre d'un protocole de réhabilitation précoce.

MOTS-CLES

Césariennes, réhabilitation précoce, douleur post-opératoire

