

 <p>Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille Pôle Femme Mère Nouveau-né Hôpital Jeanne de Flandre</p>	<h1>REHABILITATION POST-OPERATOIRE PRECOCE APRES CESARIENNE</h1>	PR/OBS/ DATE 05/05/2014 Version 1
		Page 1 sur 5

<u>REDACTION</u>	<u>VERIFICATION</u>	<u>APPROBATION</u>
Dr J. Corouge, Dr F. Sanz, Dr P. Richart, Dr A-S. Ducloy Fonction : PH	Pr D. Subtil, Pr P. Deruelle, Dr A-F. Dalmas, Dr M. Pougeoise, Dr C. Barré, Dr K. Bourzoufi, Dr B. Constans, Dr A. Turbelin, Dr P. Dufour, Dr M. Roumilhac, Dr S. Vanderstichele, Dr Y. Hammou Fonction : PU-PH, PH	Bureau restreint d'obstétrique du 5 mai 2014 : Pr V. Debarge, Dr P. Vaast, Dr C. Coulon, Dr E. Clouqueur, Dr A-S. Ducloy, Dr P. Richart, C. Jonghmans, A. Lemmens Fonction : PU-PH, PH, cadre sage-femme

Ce document est un guide pour une conduite à tenir générale. Certaines situations peuvent amener à ne pas respecter la surveillance ou les traitements décrits ci-dessous. Merci de nous transmettre vos remarques sur des imprécisions ou des oublis dans le texte, afin d'adapter au mieux ce protocole à notre pratique. Mail : elodie.clouqueur@chru-lille.fr

1. Patientes éligibles

Toutes les césariennes, programmées ou non programmées sauf :

- Pathologie maternelle sous jacente (cardiopathie, néphropathie, maladie de système, diabète déséquilibré ... à discuter au cas par cas selon la sévérité de la maladie)
- Pathologie obstétricale sévère, notamment prééclampsie sévère (ou nécessitant un traitement antihypertenseur par voie intraveineuse), HRP, chorioamniotite sévère,...
- Obésité morbide (BMI>40)
- Hémorragie sévère (>1000 ml) et/ou nécessitant l'administration de Sulprostone (NALADOR) et/ou de produits sanguins
- Grossesse multiple
- Césarienne sous anesthésie générale
- Anomalie d'insertion placentaire type accreta ou percreta
- Complications chirurgicales ou anesthésiques
- Allergie/intolérance à l'un des médicaments utilisés (cf annexe)

NB : la présence d'un diabète gestationnel n'est pas une contre-indication

2. Analgésie

Anticipation de l'analgésie au bloc opératoire :

- Si rachianesthésie ou péri-rachianesthésie = morphine intrathécale 100µg
- Si césarienne sous péridurale = morphine péridurale 2mg
- Si rachianesthésie, infiltration 20ml ropivacaïne 0,75%
- Paracétamol 1g + Kétoprofène 100mg IVL systématiques
- Si EVA reste > 4 ⇒ Néfopam 20mg IVL/30 min et/ou Tramadol 1mg/kg IVL
- Si EVA reste > 4 malgré Néfopam et Tramadol ⇒ Titration morphine IV

Analgésie en Suites de Naissance :

- H2 à H24 :
 - o Paracétamol PO 1g x 4/24h systématique
 - o Kétoprofène PO 100mg x 2/24h systématique
 - o Si EVA reste > 4 ⇒ Tramadol PO 50 à 100mg x 4/24h
 - o Si EVA reste > 4 malgré Tramadol ⇒ Morphine SC 5mg x 4/24h maxi

 <p>Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille Pôle Femme Mère Nouveau-né Hôpital Jeanne de Flandre</p>	<h1>REHABILITATION POST-OPERATOIRE PRECOCE APRES CESARIENNE</h1>	PR/OBS/
		DATE 05/05/2014 Version 1
		Page 2 sur 5

- H24 à H48 :
 - o Paracétamol PO 1g x 4/24h systematique
 - o Si EVA reste > 4 ⇒ Kétoprofène PO 100mg x 2/24h
 - o Si EVA reste > 4 ⇒ Tramadol PO 50 à 100mg x 4/24h
 - o Si EVA reste > 4 malgré Tramadol ⇒ Morphine SC 5mg x 4/24h maxi
- Après H48 :
 - o Aucun antalgique systématique
 - o Paracétamol PO 1g x 4/24h si douleur
 - o Pas de Tramadol ni de Morphine après H48 si allaitement maternel

3. Nausées-Vomissements

Prévention des Nausées-Vomissements au bloc opératoire :

- Dropéridol 0,625mg IV + Dexaméthasone 8mg IV systematiques en cours de césarienne
- Mesures habituelles de prévention de l'hypotension
- Mesures habituelles de compensation du jeûne

Traitement des Nausées-Vomissements post-opératoires :

- Si besoin, Ondansétron 4mg x 3/24h maxi
- NB : La reprise précoce de l'alimentation prévient la survenue des nausées-vomissements post-opératoires en favorisant la reprise du transit

Si Vomissements résistants aux traitements et gênants la reprise de l'alimentation :

- Arrêter transitoirement l'alimentation
- Appeler le médecin ± reperfuser la patiente

4. Utérotoniques

Au bloc opératoire :

- Ocytocine 10 UI/10minutes puis 15 UI/10minutes
Soit 25UI/25ml (1UI/ml) vitesse 60ml/h pendant 10 minutes, puis 8 ml/h jusqu'à la fin de la SAP
- Si atonie utérine, 5UI supplémentaires en IVD
- Si nécessité de Sulprostone, pas de réhabilitation précoce

En SSPI:

- Poursuite de l'Ocytocine en SAP vitesse 8ml/h jusqu'à 25UI, puis arrêt
- Donc cathéter veineux obturé à la fin de la SAP d'ocytocine

5. Sonde vésicale

Ablation de la sonde vésicale en sortie de SSPI (H2)

Si pas de miction à H8, soit 6 heures après ablation de la sonde vésicale :

- Proposer à la patiente de se lever pour aller uriner
- Si échec ou lever impossible ⇒ sondage évacuateur et noter la diurèse

 <p>Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille Pôle Femme Mère Nouveau-né Hôpital Jeanne de Flandre</p>	<h1>REHABILITATION POST-OPERATOIRE PRECOCE APRES CESARIENNE</h1>	PR/OBS/
		DATE 05/05/2014 Version 1
		Page 3 sur 5

6. Cathéter veineux

Cathéter veineux périphérique obturé à H2 (à l'arrêt de la perfusion d'Ocytocine) si :

- Absence de vomissements
- Pas de saignement et Tonicité utérine satisfaisante

Ablation du cathéter veineux périphérique 24h après la césarienne

7. Boissons et Alimentation

Boissons :

- Un verre d'eau en sortie de SSPI
- Puis Boissons libres (liquides clairs = eau, jus de fruits sans pulpe, café, thé) en Suites de Naissance

Alimentation :

- Alimentation légère proposée dès H4
(Yaourt, compote, pain, biscottes, soupe)
- Alimentation libre possible dès H8

NB : il n'y a pas lieu d'attendre la reprise du transit pour reprendre l'alimentation

8. Cathéter péridural

Ablation du cathéter péridural en sortie de SSPI

9. Prévention complications thromboemboliques

Premier lever autorisé dès H4 (permet d'encourager la reprise de diurèse)

Si facteurs de risques thromboemboliques, début des HBPM à H6, soit 4 heures après l'ablation du cathéter péridural

En l'absence de facteurs de risques, début des HBPM le lendemain matin de la césarienne

10. Biologie

Bilan systématique à J2 : Numération globulaire

REHABILITATION POST-OPERATOIRE PRECOCE APRES CESARIENNE

- Césarienne sous rachianesthésie : Morphine intrathécale 100µg + infiltration ropivacaïne 0,75% 20mL
- Césarienne sous péridurale : Morphine péridurale 2mg en SSPI
- Césarienne sous anesthésie générale : pas de réhabilitation précoce

Vérifier l'absence d'allergie ou de contre-indications (cf annexe)

NAUSEES VOMISSEMENTS

Prévention : Drogéridol 0,625mg +
 Dexaméthasone 8mg systématiques au bloc
Traitement : Ondansétron 4mg x 3/24h maxi

ANALGESIE au bloc+ SSPI

Paracétamol IV 1g systématique
 Kétoprofène IV 100mg systématique
 Si EVA>4, Néfopam IVL 20mg /30 min
 et/ou Tramadol 1mg/kg IVL
 Si EVA>4, titration morphine

ANALGESIE de H2 à H24

SYSTEMATIQUEMENT,
 Paracétamol PO 1g x 4/24h
 + Kétoprofène PO 100mg x 2/24h

 Si EVA>4,
 Tramadol PO 50 à 100mg x 4/24h maxi
 ± Morphine SC 5mg x 4/24h maxi

ANALGESIE de H24 à H48

SYSTEMATIQUEMENT,
 Paracétamol PO 1g x 4/24h

 Si EVA>4,
 Kétoprofène PO 100mg x 2/24h
 ± Tramadol PO 50 à 100mg x 4/24h
 ± Morphine SC 5mg x 4/24h maxi

ANALGESIE après H48

Pas d'antalgiques systématiques
 Paracétamol PO 1g x 4/24h
 (à la demande)

H0

H2

H4

H6

H8

H24

H48

Naissance : Ocytocine 10 UI/10 min,
 puis 15 UI/110 min (SAP 25UI dans
 25ml, vitesse 60ml/h pendant 10 min,
 puis 8ml/h jusqu'à la fin de la SAP)

Sortie de SSPI :
 Arrêt Ocytocine
 Cathéter veineux périphérique obturé
 Ablation Sonde vésicale
 Ablation Cathéter péridural
 Un verre d'eau puis boissons libres

Premier lever autorisé
 Alimentation légère

Début des HBPM si facteurs de risques
 thromboemboliques

Sondage évacuateur si pas de reprise de
 diurèse (malgré le lever)
 Alimentation libre

Ablation du cathéter veineux
 périphérique
 Début des HBPM si absence de facteurs
 de risques thromboemboliques

Biologie : Numération Globulaire

 Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille Pôle Femme Mère Nouveau-né Hôpital Jeanne de Flandre	REHABILITATION POST-OPERATOIRE PRECOCE APRES CESARIENNE	PR/OBS/
		DATE 05/05/2014 Version 1
		Page 5 sur 5

CONTRE-INDICATIONS

PARACETAMOL

Allergie au Paracétamol
Insuffisance hépatocellulaire sévère

KETOPROFENE

Antécédent d'allergie ou d'asthme à l'aspirine ou autres AINS
Ulcère gastroduodénal en évolution
Antécédent d'ulcère gastroduodénal compliqué
Insuffisance rénale
Insuffisance hépatocellulaire sévère

TRAMADOL

Allergie au Tramadol et/ou opiacés
Intolérance sévère au Tramadol (Nausées/vomissements, vertiges, sueurs, confusion)
Insuffisance hépatocellulaire
Insuffisance respiratoire sévère
Epilepsie non contrôlée
Association avec IMAO

NEFOPAM

Allergie au Néfopam
Convulsions ou antécédents de troubles convulsifs
Risque de Glaucome par fermeture de l'angle

MORPHINE

Hypersensibilité aux morphiniques
Insuffisance respiratoire sévère
Insuffisance hépatocellulaire sévère
Epilepsie non contrôlée
Associations : Buprénorphine, Nalbuphine

DROPERIDOL

Hypersensibilité au Dropéridol
Antécédent de syndrome malin ou de dyskinésies sous neuroleptiques
Hypokaliémie, bradycardie, syndrome du QT long congénital

ONDANSETRON

Hypersensibilité à l'Ondansétron