

PROTOCOLE CESARIENNE (intra- et post- opératoire)

La Césarienne ne représente qu'un des actes des soins obstétricaux et doit s'intégrer dans des soins obstétricaux essentiels complets.

En dehors des indications maternelles absolues, la balance bénéfices / risques doit être évaluée dans son contexte et pour la patiente donnée avant de réaliser une Césarienne. Dans les contextes précaires à faible niveau de ressources avec un accès difficile aux services et un taux de fertilité élevé, les risques maternels immédiats mais aussi à moyen et long terme (incluant entre autre décès, infection, future rupture utérine, futur placenta accreta, etc.) surpassent souvent les bénéfices potentiels pour l'enfant.

Les indications maternelles absolues de Césariennes (1-2% de tous les accouchements environ) sont :

- Une hémorragie ante-partum importante*, par hématome rétro placentaire ou placenta praevia.
- Présentations vicieuses (ex. transverse, front, face avec menton postérieur).
- Une disproportion foëto-pelvienne absolue affirmée par un partogramme montrant un défaut de progression (en phase active du travail malgré une bonne dynamique utérine) et une impossibilité d'extraction instrumentale ou une rupture utérine.
- Plus de 2 antécédents de Césariennes.

**Importante: retentissement maternel (ex. tachycardie, hypotension).*

Recommandations :

Les standards usuels des soins chirurgicaux doivent être respectés à savoir :

- Personnel ayant les compétences chirurgicales appropriées: (gynéco-) obstétricien, chirurgien général ou médecin avec une formation spécifique pour la Césarienne.
- Personnel ayant les compétences anesthésiques appropriées : médecin ou infirmier anesthésiste.
- Structures appropriées : bloc opératoire, stérilisation, salle de soin post-Op.
- Equipement approprié : voir recommandations chirurgicales.
- Soins appropriés : surveillance post opératoire, prise en charge de la douleur, etc.

Lorsque des Césariennes sont réalisées régulièrement dans un programme chirurgical (5 à 10 / mois) une sage-femme, un obstétricien ou un médecin compétent en obstétrique **est essentiel dans l'équipe** pour aider à déterminer les indications de Césarienne (évaluation bénéfices / risques) et assurer la mise en œuvre des **soins obstétricaux complets** de qualité. Lorsque des Césariennes sont réalisées fréquemment dans un programme chirurgical (>10 / mois) le soutien d'un obstétricien doit être envisagé.

NB: la capacité technique à réaliser une Césarienne n'est qu'une faible part de l'ensemble des compétences obstétricales requises pour fournir des soins obstétricaux essentiels complets.

Evaluation préopératoire :

- Indication appropriée : idéalement l'indication est posée par un obstétricien ou un médecin aux compétences obstétricales sur proposition d'une sage-femme.
- Lorsqu'il n'y a pas de médecin avec des compétences obstétricales, la sage-femme pourra poser l'indication.
- Evaluation pré-anesthésique de la patiente.
- Prévention systématique des effets de l'inhalation du contenu gastrique acide : Cimétidine effervescente 200 mg, dans 30 ml d'eau, per os, idéalement 20 minutes avant la chirurgie.

Méthodologie :

- Réaliser au mieux une incision cutanée transversale.
- Réaliser une hystérotomie segmentaire transversale basse sauf situations particulières : présentation transversale avec épaule négligée, segment inférieur adhérentiel inaccessible, gros fibromes sur le segment inférieur... où sera alors réalisée une hystérotomie verticale corporelle. En cas de travail obstructif prolongé ne pas réaliser l'hystérotomie trop basse (risque de lésion, extension cervicale).
- **Rédiger un compte rendu opératoire comme pour tout acte chirurgical.**
- Remettre à la patiente à sa sortie un « certificat » précisant indication de la Césarienne, type d'hystérotomie réalisée (verticale corporelle ou segmentaire), essentiel pour décision de voie d'accouchement lors d'une grossesse ultérieure.

Antibiothérapie :

Voire protocole antibiothérapie en chirurgie.

Pour toute Césarienne : antibioprophylaxie systématique Céfazoline 2 g IV dose unique lors de l'induction d'anesthésie et avant l'incision chirurgicale.

Selon le contexte, une antibiothérapie curative peut être indiquée :

- En cas de rupture prolongée des membranes (>12 heures) sans fièvre : Si la patiente n'a pas reçu au moins 2 injections d'antibiotiques pendant le travail, associer une antibiothérapie curative courte par voie orale Amoxicilline / acide Clavulanique 1 gr x 2 / jour PO ou Amoxicilline 500 mg x 3 / jour + Métronidazole 500 mg x 3 / jour PO, pour 5 jours maximum.
- En cas de fièvre maternelle (après avoir éliminé les autres causes de fièvre, notamment déshydratation, paludisme), quel que soit la durée de rupture des membranes : Amoxicilline / acide Clavulanique 1 gr IV (ou à défaut Ampicilline 2 gr + Métronidazole 500 mg IV) à renouveler toutes les 6 à 8 heures. Poursuivre la voie IV jusqu'à 48 heures d'apyrexie. Relais per os après 48 heures d'apyrexie pour compléter 5 jours de traitement par Amoxicilline / acide Clavulanique 1 gr x 3 / jour per os ou Amoxicilline 1 gr x 3 / jour + Métronidazole 500 mg x 3 / jour PO.
- En cas de chorioamniotite franche sévère (fièvre élevée prolongée, liquide amniotique fétide, douleurs abdominales), pelvipéritonite sur rupture utérine ancienne et infectée ou choc septique : triple antibiothérapie curative par Amoxicilline / acide Clavulanique 1 gr IV (ou à défaut Ampicilline 2 gr + Métronidazole 500 mg IV) à renouveler toutes les 6 à 8 heures + Gentamicine 3 mg / kg IV une fois par jour. Poursuivre la voie IV jusqu'à 48 heures d'apyrexie. Gentamicine minimum 48 heures, maximum 5 jours. Relais per os après 48 heures d'apyrexie pour compléter 10 jours de traitement par Amoxicilline / acide Clavulanique 1 gr x 3 / jour PO ou Amoxicilline 1 gr x 3 / jour + Métronidazole 500 mg x 3 / jour PO.

- En cas d'allergie, remplacer la Cefazolin par Érythromycine.

| TYPE D'ACTE | ANTIBIOTHERAPIE / ANTIBIOPROPHYLAXIE |
|--|--|
| Chirurgie mineure propre, Classe 1 Suture d'épisiotomie, plaie cervical-vaginale ou vulvaire | Pas d'Antibiotiques |
| Chirurgie majeure propre, Classe 1 Césarienne programmée, en dehors du travail | Céfazoline 2 gr IV |
| Chirurgie propre contaminée, Classe 2 Césarienne en urgence Césarienne en course de travail Hystérectomie d'hémostase associée, rupture utérine récente En cas de rupture prolongée des membranes (>12 heures) sans fièvre et sans administration de 2 doses d'antibiotiques pendant le travail Si fièvre maternelle (quel que soit la durée d'ouverture de la poche des eaux) | Céfazoline 2 gr IV Céfazoline 2 gr IV <i>Post-Op</i> Amoxicilline / acide Clavulanique 1 gr x 2/jour PO (ou <u>Amoxicilline</u> 500 mg x 3 / jour + <u>Métronidazole</u> 500 mg x 3 / jour PO), pour 5 jours maximum Céfazoline 2 gr IV + Métronidazole 500 mg IV <i>Post-Op:</i> Amoxicilline / acide Clavulanique 1 gr IV (ou à défaut <u>Ampicilline</u> 2 gr + <u>Métronidazole</u> 500 mg IV) à renouveler toutes les 6 to 8 heures jusqu'à 48 heures d'apyrexie. Puis relais per os pour compléter 5 jours de traitement par Amoxicilline / acide Clavulanique 1 gr x 3 / jour PO (ou Amoxicilline 1 gr x3 / jour + Métronidazole 500 mg x 3 / jour PO). |
| Chirurgie infectée, Classe 3 Césarienne sur : <ul style="list-style-type: none"> - chorioamniotite - pelvipéritonite - rupture utérine ancienne (>6 heures) et infectée - choc septique | Antibiotique curative : Amoxicilline / acide Clavulanique 1 gr (ou Ampicilline 2 gr + Métronidazole 500 mg IV) toutes les 6 -8 heures + Gentamicine : 3 mg / kg 1 fois / jour (IV en 30 min) <i>Post-Op:</i> Poursuivre la voie IV jusqu'à 48 heures d'apyrexie puis relais per os pour compléter 10 jours de traitement par Amoxicilline / acide Clavulanique 1 gr x 3 / jour PO (ou <u>Amoxicilline</u> 1 gr x 3 / jour + <u>Métronidazole</u> 500 mg x 3 / jour PO) |

Une mort fœtale in utéro, un liquide teinté ou méconial, une tentative initiale d'extraction voie basse, ne sont pas des indications d'antibiothérapie curative.

Ocytocine (Syntocinon®) :

Systématiquement 10 UI en IVD après clampage du cordon et poursuivre avec 20 UI dans 1 litre de Lactate de Ringer sur 2 heures (en cas d'hémorragie persistante peut être poursuivie jusqu'à une dose maximale totale de 60 UI).

Salle de soins post-opératoires :

Toute patiente césarisée doit être placée en période post opératoire en salle de soins post-opératoires (salle de réveil) pour bénéficier d'une surveillance rapprochée (signes vitaux, saignement, analgésie, etc.). Elle ne devra être renvoyée dans le service d'hospitalisation qu'après accord de l'anesthésiste.

Antalgiques :

Voire protocole antalgie post opératoire :

- Utilisation d'une échelle d'auto évaluation indispensable.
- Prescription d'antalgiques systématique et à horaires fixes.
- Forme orale chaque fois que possible.
- Respect des contre-indications aux AINS. AINS à éviter dans les situations où la coagulation et la fonction rénale peuvent être altérées (sepsis, pré-éclampsie).
 - J0 - J5 : Paracétamol : 1 gr toutes les 6 heures
 - J0 - J3 : AINS Ibuprofène : 400 mg toutes les 8 heures
 - J0 - J1 : Tramadol : 50 mg toutes les 8 heures

A adapter selon l'auto évaluation systématique et régulière de la douleur. Si besoin ajouter de la Morphine 10 mg / 4h.

- Finalement, infiltration par le chirurgien de la cicatrice en fin d'intervention avec Levobupivacaine à 0,5% (dose maximale 2 mg / kg ; dose maximale 150 mg ou 30 ml) ; permet d'augmenter l'analgésie dans les 4 à 8 premières heures post-Op.

Alimentation :

- Rachianesthésie: reprise possible de la boisson après 2 heures post opératoires.
- Anesthésie générale: reprise possible de la boisson après 4 heures post opératoires.
- En cas de Césarienne simple (pas d'hystérectomie associée, ni pelvipéritonite) repas léger possible après 6 heures post opératoires (il n'est pas nécessaire d'attendre la reprise des gaz).

Sonde vésicale :

Ablation de la sonde vésicale à J1, sauf :

- Urine sanguinolente à J1.
- Urine trouble.
- Diurèse < 500 ml / 24heures.
- Complication intra- / post- opératoire.
- Attendre alors avis chirurgien ou anesthésiste.

Perfusion et cathéter veineux :

En cas de Césarienne simple :

- J0 1 L de Glucose 5% et 1 L de Lactate de Ringer sur 24 heures.
- J1 retrait de la voie veineuse.
- Compenser les pertes supplémentaires par du Lactate de Ringer (2 fois le volume perdu).

Mobilisation :

- J0 Mobilisation au bord du lit dès 6 heures postopératoire.
- J1 Mobilisation normale.

Thromboprophylaxie :

- Césarienne simple: pas de thromboprophylaxie systématique.
- Césarienne et facteurs de risque thromboemboliques veineux surajoutés : Nadroparine.

Pansement et ablation des fils :

- 1^{er} retrait du pansement à J5 et laisser cicatrice à l'air ou réaliser un deuxième pansement à laisser jusqu'au retrait des fils.
- Avant J5, si besoin renforcer le pansement.
- Ablation des fils cutanés (si non résorbables) à J7 – J10.

Toilette :

- Douche simple.
- Pas de toilette / douche vaginale.

Soins au nouveau-né :

- Réanimation.
- Soins immédiats (soins du cordon, vitamine K 1 mg IM, tétracycline oculaire).
- Allaitement maternel le plus tôt possible (surveiller le nouveau-né en cas d'administration de Morphine).
- Vaccinations avant sortie (BCG, polio, +/- hépatite B).
- En cas de chorioamniotite, antibiothérapie curative pour le nouveau-né.