



Réhabilitation Post Opératoire après césarienne

Il s'agit d'une démarche visant à accélérer la récupération post opératoire de l'autonomie des patientes qui ont subi une césarienne, programmée, ou, non, et, ce, dans un contexte non compliqué. La Réhabilitation Post Opératoire permet de diminuer les complications post opératoires liées au décubitus, de favoriser le rapport mère enfant, et de diminuer la durée d'hospitalisation.

Les axes directeurs de cette démarche sont :

- **Le passage rapide à la voie orale pour :**
 - ° les boissons et l'alimentation solide
 - ° l'administration des traitements, au premier rang desquels les analgésiques
- **La dé perfusion précoce, tout en gardant la voie d'abord obturée jusqu'au lendemain**
- **La suppression précoce de la sonde vésicale**

En pratique la prescription post opératoire, précise l'ensemble des points de cette démarche :

- *La patiente quitte la salle de réveil, sans perfusion, avec la voie veineuse en place obturée par un dispositif avec valve anti retour*
- *Le cathéter péridural et la sonde vésicale sont retirés en salle de réveil, avant que la patiente ne remonte en salle d'hospitalisation*
- *La reprise des boissons (eau) peu débuter, si la patiente le désire dès l'arrivée en salle de réveil*
- *La reprise de l'alimentation est autorisée dès H6 sous forme de Bouillon, Yaourt, Compote (BYC), ou de petit déjeuner, suivant l'heure de la*

césarienne (cf feuille d'alimentation, remplie et mise dans le dossier d'anesthésie de la patiente)

- *L'administration des médicaments est bornée dans le temps :*

Exemples : Perfalgan® le 19/10/12 1g/6h de 10h à 16h

Relai per os par Dafalgan® : 1g/6h du 19/10/12 à 22h, au 25/10/12 8h

Morphine sous cutanée le 20/10/12 10 mg/4h si EVA>3 et FR>10 de 10h à 14h

Relai par Actiskenan® 10mg si EVA>3 et FR>10 du 20/10/12/ 18 h à 21/10/12 8

Etc.....

- *Le traitement ocytotique, est désormais administré en cours de césarienne, sous forme de 100*µg de Carbétocine (Pabal®) , en une unique perfusion, sans relais en post opératoire*
- *En cas d'hémorragie de la délivrance per césarienne par atonie utérine, il n'y a pas d'adjonction de Syntocynon, mais on relaye le traitement utérotonique par le Nalador®*
- *En cas de rupture d'approvisionnement en Carbétocine utiliser le Syntocinon® à la dose de 5UI IVL avec un relais de 20UI dans 500ml de sérum physiologique à passer en 4 h avec à la fin de la perfusion, mise en place d'un obturateur sur le cathéter veineux*

La prescription d'anticoagulants n'est pas systématique ; elle relève de cas d'espèce ; le prescripteur devant se reporter au protocole du service, et l'infirmière, à la prescription post op., ainsi qu'au dossier de la patiente

La surveillance en salle,

s'effectue toutes les 4 h ;

**Paramètres hémodynamiques : Pouls, TA*

**Surveillance obstétricale : T, Globe Utérin, Saignement local éventuel*

**Diurèse qui, durant les premières heures, requiert une attention particulière du fait du risque de rétention d'urine. En cas de rétention, (douleur sus pubienne, envie d'uriner avec impossibilité de miction) un sondage évacuateur « aller / retour» devra être effectué. En cas de récurrence de rétention d'urine, l'interne de Levret (ou l'interne de garde) doit être prévenu.*

** Premier levé : il a lieu environ 2H après le retour en salle, quand la césarienne a lieu dans la journée, et le lendemain matin quand la césarienne a lieu la nuit*

Annexes :

- Feuille de prescription post opératoire*

- Feuille de réalimentation*