

CESARIENNE ÉLECTIVE

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

Notes sur les recommandations de PROSPECT

PROSPECT fournit aux médecins un argumentaire en faveur et contre les différentes interventions en matière de douleur postopératoire, en se basant sur des preuves publiées et des opinions d'experts. Les médecins doivent porter des jugements fondés sur les circonstances cliniques et les réglementations locales. À tout moment, il convient de consulter les informations posologiques locales pour les médicaments mentionnés.

Grades des recommandations et niveaux de preuve

Les grades des recommandations sont attribués en fonction du niveau de preuve global sur lequel les recommandations sont basées, ce qui est déterminé par la qualité et la source de la preuve : [Relations entre la qualité et la source de la preuve, les niveaux de preuve et les grades des recommandations](#).

Douleur après une césarienne et objectifs de l'étude PROSPECT

La césarienne est associée à des douleurs postopératoires modérées à sévères chez une proportion significative de femmes, ce qui peut retarder le rétablissement et le retour aux activités de la vie quotidienne, altérer le lien mère-enfant, avoir un impact sur le bien-être psychologique de la mère et compliquer l'allaitement ([Gamez 2018](#)). En outre, un soulagement inadéquat de la douleur postopératoire peut entraîner une hyperalgésie et une douleur postopératoire persistante ([Kainu 2010](#)).

La douleur après une césarienne est souvent peu traitée en raison de craintes non fondées que les médicaments ou les interventions analgésiques puissent induire des effets secondaires chez la mère et le nouveau-né et parce que la gravité de la douleur post-césarienne est souvent sous-estimée ([Huang 2019](#)).

Les recommandations relatives au traitement de la douleur postopératoire et spécifiques à la procédure (PROSPECT) pour le traitement de la douleur après une césarienne ont été publiées en 2014 ([PROSPECT: C-Section 2014](#)) ; toutefois, une mise à jour était nécessaire compte tenu de l'évolution de la pratique clinique.

L'objectif de cette revue systématique était de fournir des recommandations actualisées basées sur la littérature récente évaluant l'impact des approches analgésiques et

chirurgicales sur la douleur après une césarienne élektive pratiquée sous anesthésie neuraxiale. Ces recommandations ne doivent pas être appliquées à d'autres populations de patients dans le cas d'interventions telles que les césariennes d'urgence ou non planifiées ou les interventions chirurgicales pratiquées sous anesthésie générale.

Résumé des recommandations

Recommandation : interventions préopératoires

- Le terme « préopératoire » se réfère à des interventions appliquées avant l'incision chirurgicale
- Les analgésiques doivent être administrés au moment approprié (à titre préopératoire ou peropératoire) pour assurer une analgésie suffisante au début de la période de rétablissement

Opiïde intrathécal ou péridural

- L'ajout d'un opioïde intrathécal à action prolongée (par exemple, morphine 50-100 µg ou diamorphine jusqu'à 300 µg) à l'anesthésie rachidienne est recommandé (Grade A)
 - L'innocuité de la morphine intrathécale a été confirmée chez les patientes subissant une césarienne ([Sharawi 2018](#)). Les doses inférieures à 100 µg entraînent une analgésie adéquate avec une incidence réduite des effets secondaires par rapport aux doses plus élevées
 - Les analgésiques de base (paracétamol et AINS) et la dexaméthasone IV doivent être utilisés avec de la morphine intrathécale
 - Il est à noter que les directives du *National Institute of Health and Care Excellence* au Royaume-Uni recommandent la diamorphine intrathécale comme alternative à la morphine intrathécale ([NICE 2019](#))
- La morphine péridurale 2-3 mg ou la diamorphine jusqu'à 2-3 mg peuvent être utilisées comme alternative, par exemple, lorsqu'un cathéter péridural est utilisé dans le cadre d'une technique rachidienne-péridurale combinée (Grade A)

Paracétamol

- Le paracétamol oral est recommandé (Grade A)

Recommandation : interventions peropératoires (administration après l'accouchement)

Paracétamol

- Le paracétamol intraveineux est recommandé, s'il n'est pas administré en préopératoire (Grade A)

AINS

- Il est recommandé d'administrer un AINS par voie intraveineuse, en

	commençant en peropératoire (après l'accouchement) (Grade A)
Dexaméthasone	<ul style="list-style-type: none"> • Une dose unique de dexaméthasone intraveineuse est recommandée après l'accouchement (Grade A) pour obtenir des effets positifs sur les scores de douleur et la consommation d'opioïdes, ainsi que pour la prophylaxie antiémétique ; la prudence est de mise chez les patients présentant une intolérance au glucose
Techniques locales/régionales	<ul style="list-style-type: none"> • Si la morphine intrathécale n'est pas utilisée, une infiltration de la plaie avec un anesthésique local (injection unique) ou une perfusion continue de la plaie et/ou des techniques d'analgésie régionale (blocs du plan fascial tels que les blocs TAP et les blocs du bloc du carré des lombes) sont recommandées (Grade A) pour leur effet sur la réduction des scores de douleur et des besoins en opioïdes

Recommandation : interventions postopératoires

- Le terme « postopératoire » désigne les interventions appliquées à la fermeture de la plaie ou après celle-ci

Paracétamol	<ul style="list-style-type: none"> • Le paracétamol oral ou intraveineux est recommandé (Grade A), poursuivi régulièrement en postopératoire <ul style="list-style-type: none"> ○ L'administration régulière d'analgésiques de base est importante pour limiter le besoin d'une analgésie opioïde de secours
AINS	<ul style="list-style-type: none"> • Il est recommandé de prendre des AINS par voie orale ou intraveineuse (Grade A), et de les prendre régulièrement après l'opération <ul style="list-style-type: none"> ○ Plusieurs études ont démontré que les AINS permettent de contrôler la douleur aussi bien que les opioïdes
Opioïdes	<ul style="list-style-type: none"> • Les opioïdes sont recommandés comme médication de secours ou lorsque les autres stratégies recommandées ne sont pas possibles (par exemple, contre-indications à l'anesthésie régionale) (Grade D) <ul style="list-style-type: none"> ○ Des stratégies doivent être mises en œuvre pour réduire la consommation inutile d'opioïdes après une césarienne électorale
Adjuvants analgésiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les adjuvants analgésiques, y compris les TENS, sont recommandés lorsqu'ils sont disponibles (Grade A) <ul style="list-style-type: none"> ○ Les adjuvants analgésiques tels que l'écoute de musique au casque et l'utilisation de la TENS peuvent être associés à un meilleur soulagement de la douleur

Recommandation : interventions chirurgicales

Incision	<ul style="list-style-type: none"> • Une incision de Joel-Cohen est recommandée (Grade A) pour réduire les scores de douleur postopératoire
Non-fermeture du péritoine	<ul style="list-style-type: none"> • La non-fermeture du péritoine est recommandée (Grade A) pour une réduction des scores de douleur
Liants abdominaux	<ul style="list-style-type: none"> • Les liants abdominaux sont recommandés (Grade A) sur la base de trois études montrant une réduction cliniquement pertinente des scores de douleur et de la consommation d'analgésie de secours

AINS, anti-inflammatoires non stéroïdiens ; TAP, bloc du plan transversal de l'abdomen ; TENS, neurostimulation électrique transcutanée

Interventions qui ne sont PAS recommandées

Interventions analgésiques qui ne sont pas recommandées pour la gestion de la douleur chez les patientes subissant une césarienne élektive.

	Intervention	Motif de la non-recommandation
Préopératoire	Gabapentinoïdes	Peu de preuves propres à la procédure et craintes d'effets indésirables
Peropératoire	Kétamine par voie intraveineuse	Peu de preuves propres à la procédure et craintes d'effets indésirables
	Dexmédétomidine par voie intraveineuse	Peu de preuves propres à la procédure et craintes d'effets indésirables
	Tramadol et butorphanol par voie intraveineuse	Peu de preuves propres à la procédure
	Clonidine neuraxiale	Incohérence des preuves propres à la procédure et craintes d'effets secondaires
	Dexmédétomidine neuraxiale	Incohérence des preuves propres à la procédure et craintes d'effets secondaires
	Buprénorphine intrathécale	Peu de preuves propres à la procédure
	Hydromorphone péridural	Peu de preuves propres à la procédure
	Midazolam intrathécal	Peu de preuves propres à la procédure et crainte d'effets indésirables
	Néostigmine intrathécale	Craintes d'effets secondaires
	Kétamine intrathécale	Peu de preuves propres à la procédure et craintes d'effets indésirables
	Anesthésie locale intrapéritonéale	Absence de preuves propres à la procédure
	Analgésie cutanée topique	Absence de preuves propres à la procédure
	Clonidine ajoutée au TAP	Absence de preuves propres à la procédure
	Dexmédétomidine ajoutée au TAP	Peu de preuves propres à la procédure
	Fentanyl ajouté au TAP	Absence de preuves propres à la procédure
Bloc de la gaine du muscle grand droit	Absence de preuves propres à la procédure	
Bloc de champ	Absence de preuves propres à la procédure	

Postopératoire	Musique	Peu de preuves propres à la procédure
	Contact peau contre peau	Peu de preuves propres à la procédure
	Lidocaïne intraveineuse	Absence de preuves propres à la procédure
	Analgésie épidurale contrôlée par la patiente	Peu de preuves propres à la procédure et craintes d'effets indésirables
Technique chirurgicale	Méthode d'incision : diathermie	Incohérence des preuves propres à la procédure
	Absence de lambeau vésical	Peu de preuves propres à la procédure
	Ouverture directe du fascia	Peu de preuves propres à la procédure
	Extériorisation de l'utérus	Incohérence des preuves propres à la procédure
	Incision cutanée au laser en postopératoire	Peu de preuves propres à la procédure
	Type de fermeture cutanée	Absence de preuves propres à la procédure
	Nettoyage vaginal	Absence de preuves propres à la procédure
	Dilatation du col de l'utérus	Incohérence des preuves propres à la procédure
	Type de dissection du muscle pyramidal	Absence de preuves propres à la procédure
	du muscle grand droit	Peu de preuves propres à la procédure

TAP, bloc du plan transversal de l'abdomen

Recommandations générales de PROSPECT

Recommandations générales pour la gestion de la douleur périopératoire chez les patientes subissant une césarienne élektive sous anesthésie neuraxiale.

Préopératoire	<ul style="list-style-type: none"> • Opioïde intrathécal à action prolongée (par exemple, morphine 50-100 µg ou diamorphine jusqu'à 300 µg) (Grade A). La morphine péridurale 2-3 mg ou la diamorphine jusqu'à 2-3 mg peuvent être utilisées comme alternative, par exemple, lorsqu'un cathéter péridural est utilisé dans le cadre d'une technique rachidienne-épidurale combinée (Grade A) • Paracétamol oral (Grade A)
Peropératoire après l'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> • Paracétamol intraveineux s'il n'est pas administré en préopératoire (Grade A) • Médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie intraveineuse (Grade A) • Dexaméthasone par voie intraveineuse (Grade A) • Si la morphine intrathécale n'est pas utilisée, une infiltration de la plaie avec un anesthésique local (injection unique) ou une perfusion continue de la plaie et/ou des techniques d'analgésie régionale (blocs du plan fascial tels que les blocs TAP et les blocs du bloc du carré des lombes) sont recommandées (Grade A)
Postopératoire	<ul style="list-style-type: none"> • Paracétamol oral ou intraveineux (Grade A) • Médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie orale ou intraveineuse (Grade A) • Opioïde de secours ou lorsque les autres stratégies recommandées ne sont pas possibles (par exemple, contre-indications à l'anesthésie régionale) (Grade D) • Les adjuvants analgésiques comprennent la neurostimulation électrique transcutanée (Grade A)
Technique chirurgicale	<ul style="list-style-type: none"> • Incision de Joel-Cohen (Grade A) • Non-fermeture du péritoine (Grade A) • Liants abdominaux (Grade A)

Publication de PROSPECT

PROSPECT guideline for elective caesarean section: updated systematic review and procedure-specific postoperative pain management recommendations.

E Roofthoof, G P Joshi, N Rawal, M Van de Velde, PROSPECT Working Group of the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy and supported by the Obstetric Anaesthetists' Association.

[Anaesthesia. 2020 Dec 28. doi: 10.1111/anae.15339](#). En ligne avant impression.