

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA
PROTECTION SOCIALE

C A B I N E T

SECRETARIAT GENERAL

Direction de la Santé Maternelle et
Planification Familiale

REPUBLIQUE TOGOLAISE
Travail – Liberté – Patrie

Infantile et de la



« PROJET D'AMELIORATION DE LA SANTE MATERNELLE ET NEONATALE ET DE LA
PLANIFICATION FAMILIALE - REGION PLATEAUX »

Projet SMN – MUSKOKA (AFD)



PROCOLE de la PRISE en CHARGE de la DOULEUR en GYNECO- OBSTETRIQUE Décembre 2019

Pour MSPS

1- Référent:

DJATO Solim-Biou, Médecin, Gynéco-Obstétricien; CHR Tsévié

2- Membres:

- EGBOHOU Palakimwé, Médecin, Anesthésiste-réanimateur;
- Dr d'ALMEIDA Hervé /Dr INES Pharmacienne;
- Mme ASSOU Léma, Sage-femme d'Etat, DSMI PF.

Pour GSF

Référentes :

- Dr Estelle MORAU médecin anesthésiste réanimateur CHU Montpellier / CH Narbonne
- Me Delphine WOLFF SF Présidente de SF Sans-Frontières
- Dr Françoise BAYOUMEU médecin anesthésiste réanimateur Clinique de l'Ormeau Tarbes, administratrice GSF
- Me Valérie Georges sage-femme Maternité Régionale Nancy, GSF

Abréviations Utilisées : SF : Sage Femme, AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien, RCF Rythme Cardiaque Fœtal, SSI Sérum Salé Isotonique, ALR Anesthésie Loco Régionale, AG : Anesthésie Générale SSPI : Salle de Surveillance Post Interventionnelle, NVPO Nausées Vomissement Post Opératoire AR Anesthésiste Réanimateur

Préalable :

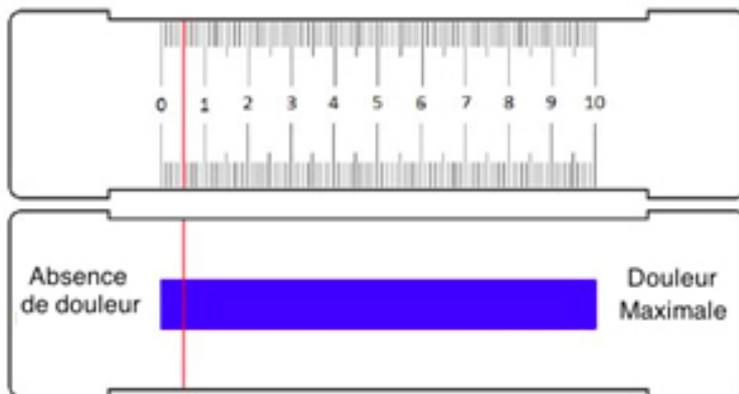
Reconnaître et Évaluer de la douleur grâce aux échelles de douleur

Échelle Numérique (EN) :

Échelle quantitative allant de 0 à 10, avec 0 correspondant à « pas de douleur » et 10 à « la pire douleur imaginable ». C'est le patient qui doit donner verbalement une note de 0 à 10. C'est une échelle utilisable en urgence.

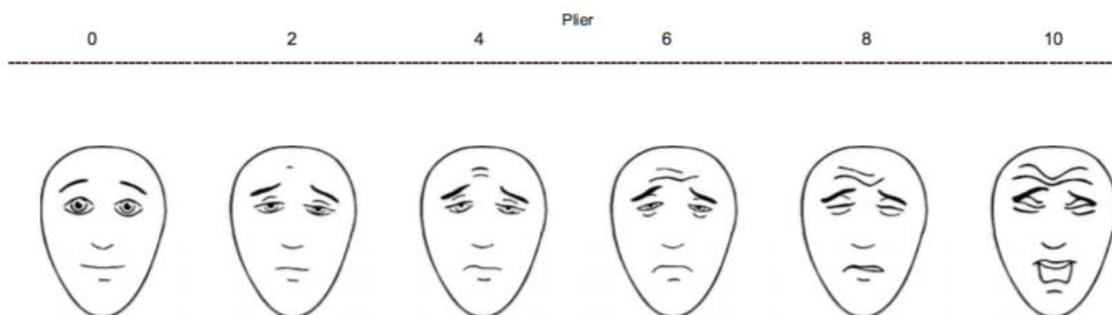
Échelle Visuelle Analogique (EVA)

C'est la méthode de référence pour l'évaluation de la douleur. Il s'agit d'une règle dont est équipé le soignant avec deux faces, la première est non millimétrée présentée au patient en position horizontale, sur laquelle il va déplacer un curseur entre deux extrémités, l'une est « pas de douleur » et l'autre « douleur maximale imaginable », l'autre face est millimétrée de 0 à 10 mm visualisée seulement par le personnel soignant. La douleur est dite sévère si l'EVA ≥ 6 mm. Cette méthode a l'avantage d'être la plus objective en présentant plusieurs possibilités au patient sans donner de valeur mémorisable, elle est aussi reproductible et a été largement évaluée.



Échelle des Visages

Échelle d'évaluation simplifiée pour les patients en difficulté avec les autres échelles. Elle comporte 6 visages qui expriment une douleur croissante. C'est le patient qui choisit son visage.



Échelle d'hétéroévaluation Algoplus

C'est une échelle basée sur l'évaluation de la douleur par une tierce personne pour les personnes peu communicante. Cette échelle évalue la douleur sur la description du comportement verbal (plaintes, réclamation d'antalgique..) et du comportement physique (mimique, grimaces, agitation, attitude...). L'échelle Algoplus est bien adaptée à l'urgence. Elle est basée sur 5 items comportementaux avec un score qui va de 0 à 5 en fonction de la présence ou de l'absence de signes. Un score supérieur ou égal à deux traduit la présence d'une douleur.

1. **Visage** : froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé
2. **Regard** : regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés
3. **Plaintes** : "aïe", "ouille", "j'ai mal", gémissements, cris
4. **Corps** : retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées
5. **Comportements** : agitation ou agressivité, agrippement

L'évaluation de la douleur (quelle que soit l'échelle utilisée) doit être recherchée à intervalles réguliers chaque fois que la femme est examinée et tracée, notée dans le dossier de soins ou le registre d'admission ou sur le partogramme

I – PRISE en CHARGE de la DOULEUR en OBSTETRIQUE et en GYNECOLOGIE COURANTE (PROTOCOLE de BASE. SONU B et C)

1. Gestion non médicamenteuse de la douleur au cours du travail obstétrical

Compte tenu de la disponibilité et de l'efficacité limitées des moyens médicamenteux (hors anesthésie locorégionale), la gestion non médicamenteuse de la douleur du travail doit être préférée et optimisée pour chaque femme.

Parmi les éléments de prise en charge non médicamenteuse, l'accueil et l'écoute participent au vécu de la douleur. Les patientes doivent ressentir qu'elles accouchent dans un environnement bienveillant, avec des soignants qui entendent la douleur et montrent de l'empathie à leur égard. La pudeur, le souhait de positionnement ou d'accompagnement doivent être respectés au maximum.

De même la possibilité de boire (de l'eau ou boissons sucrées) pendant le travail peut être une source de réconfort.

Ci-dessous la liste non exhaustive de moyens faciles à mettre en place :

Gestion non médicamenteuse de la douleur travail obstétrical et du post partum

	Moyens physiques	Moyens humains
Phase de latence 0 à 3 cm ET Phase active 4 à 10 cm	Encourager la déambulation Massages si possible Encourager une bonne respiration, ample et sans polypnée Corriger les mauvaises postures (si décubitus, éviter le décubitus dorsal, préférer le DLG) Encourager les mouvements du bassin (type danse africaine) Proposer, si possible, une musique douce et appréciée de la femme	ACCOMPAGNEMENT Communication avec la patiente ré +++ Veille effective Présence, si possible, d'un accomp non soignant bienveillant en accord parturiente
Délivrance Actes sur le périnée	Pratiquer le peau à peau dès la naissance Ne pas séparer l'enfant de la mère (focus sur le NN, moins de douleurs)	
Post-partum	Glace sur le périnée ou l'abdomen si possible Encourager le peau à peau Encourager et accompagner l'allaitement maternel Si engorgement mammaire ou crevasses, expression manuelle du lait, compresses de lait sur les mamelons, serviettes chaudes	



2. Gestion médicamenteuse de la douleur au cours du travail obstétrical

La gestion médicamenteuse de la douleur s'entend pour des patientes hyperalgiques demandant à être soulagées. Tous les antalgiques, passant dans le sang foetal, peuvent induire des effets adverses chez le nouveau-né à naitre (cf annexe pharmacologique). La balance entre le bénéfice pour la mère et le risque pour l'enfant à naitre doit être gardée à l'esprit.

Gestion médicamenteuse de la douleur du travail obstétrical si échec du traitement non médicamenteux

	Si EN > 6 dans toute maternité	EN > 6 et Présence de personnel compétent et disponible (SF) *
Phase de latence 0-3 cm	Évaluation de la douleur tracée	Nalbuphine 10 mg soit ½ ampoule IVL ou IV par voie sous-cutanée une fois après une heure de l'induction
Phase Active 4-10 cm	Évaluation de la douleur tracée	Nalbuphine 10 mg ½ ampoule IVL
Extraction Instrumentale Détresse maternelle de fin de travail	Non applicable en dehors des SONU B et C	Bloc pudendal à introduire dans un site pré-établi, apprentissage, étude de faisabilité après l'introduction du matériel
Actes sur le périnée	Infiltration avec de la lidocaïne 1% avant la suture (20 ml max) Prévoir analgésie post partum	Infiltration avec de la lidocaïne 1% avant la suture (20 ml max) Prévoir analgésie post partum

Attente du référencement de la nalbuphine, du matériel pour le bloc pudendal

NB : Pharmacopée utilisable par les SF en autonomie : AL lidocaïne, paracétamol, Nefopam, Tramadol, Nubain

* Personnel compétent et présent : personnel formé à la préparation, l'utilisation et la surveillance post injection de Nalbuphine de la mère et du nouveau-né ainsi qu'au maniement éventuel de Naloxone qui doit être disponible (Cf annexe Pharmacologie).

¹ : Réserver au SONU C : réalisation de bloc pudendal de fin de travail ou rachianesthésie pour délivrance artificielle / révision utérine

Moyens à discuter à plus long terme (en fonction de l'évolution du marché du médicament au TOGO) : protoxyde d'azote, AL longue durée d'action

3. Gestion de la douleur en Post Partum

D'une façon générale il faut préférer les prises médicamenteuses juste après une tétée lors de l'allaitement pour limiter le passage des médicaments vers l'enfant.

Épisiotomie, déchirure du périnée

Douleur du post partum (AVB) : déchirures épisiotomie

Pour tous les cas	Si EN ou EVA > 4
<p>Paracétamol 1g X 4/jour ET Diclofénac 50 à 75 mg X 2/jour ou Kétoprofène 50 mg X 4/jour ou Ibuprofène 400 mg X 3/jour</p> <p>48h</p> <p>Pas de suspension de l'allaitement maternel</p> <p>Au-delà de 48 h, évaluer EVA ou EN, si différent de 0 Continuer paracétamol</p>	<p>Paracétamol 1g X 4/jour ET Diclofénac 50 à 75 mg X 2/jour ou Kétoprofène 50 mg X 4/jour ou Ibuprofène 400 mg X 3/jour ET Néfopam 20 mg X 4/jour</p> <p>SI INSUFFISANT (EN ou EVA reste > 3) ajouter Tramadol 50 mg X 4/jour</p> <p>Pas de suspension de l'allaitement maternel Au-delà de 48 h, évaluer EVA ou EN, si différent de 0 Continuer paracétamol et AINS</p>



Sans ouk
glace s
périné
possi
et
Encoura
accompa
peau à
et l'allait
mater

Engorgement mammaire et tranchées :

Douleur du post partum : engorgement mammaire, tranchées

SYSTEMATIQUE

Paracétamol 1g X 4
ET
Diclofénac 50 à 75 mg X 2/jour ou Kétoprofène 50 mg X 4/jour
ou Ibuprofène 400 mg X 3/jour

24 à 48h en fonction de l'EVA ou l'EN

Pas de suspension de l'allaitement maternel



Sans oublier
pour l'engorgement
mammaire :
crevasses, expresseur
manuelle du
compresses de
les mamelles
serviettes ch

ET

Glace sur l'abdomen
si possible pour
tranchées

Prise en charge des aspirations endo-utérines :

Aspiration utérine (AMIU) SONU B et C

30 minutes AVANT	PER OPERATOIRE	POST OPERATOIRE
Paracétamol 1g ET Diclofénac 50 à 75 mg ou Kétoprofène 50 mg ou Ibuprofène 400 mg ET Néfopam 20 mg sur un sucre	Anesthésie para cervicale 20 ml de lidocaïne 1 % maximum	Paracétamol 1g X 4/jour ET Diclofénac 50 à 75 mg X 2/jour ou Kétoprofène 50 mg X 4/jour ou Ibuprofène 400 mg X 3/jour 48 h



II – PRISE en CHARGE de la DOULEUR en GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE et POST-OPERATOIRE (SONU C)

Tous les antalgiques de paliers 2 et 3 doivent être « bornés » en termes de prescription (date de début et date de fin) pour limiter accumulation métabolique et dépendance.

Prise en charge analgésique des : césariennes

Douleur du post opératoire de la césarienne (SONU C)



Rachianesthésie ou APD	Anesthésie Générale
Morphine intrathécale 100 µg (ou 2 mg de morphine si APD) ET Paracétamol 1g X 4/jour, cinq jours ET Diclofénac 50 à 75 mg X 2/jour ou Kétoprofène 50 mg X 4/jour ou Ibuprofène 400 mg X 3/jour, cinq jours ET Néfopam 20 mg X 4/jour, deux jours Si EN > 3 ajouter Tramadol 50 mg X 4/jour, deux jours Pas de suspension de l'allaitement maternel Nb : si pas de morphine périmédullaire appliquer le protocole AG	Titration morphine en SSPI ET Paracétamol 1g X 4/jour, cinq jours ET Diclofénac 50 à 75 mg X 2/jour ou Kétoprofène 50 mg X 4/jour ou Ibuprofène 400 mg X 3/jour, cinq jours ET Néfopam 20 mg X 4/jour, deux jours Si EN > 3 ajouter Tramadol 50 mg X 4/jour, deux jours Pas de suspension de l'allaitement maternel

* Titration de morphine IV cf annexe pharmacologique en infra

Moyens à discuter à plus long terme (en

fonction de l'évolution du marché du médicament au TOGO) : Morphiniques per os : Actiskénan® Oxynormoro®

Dans la période post opératoire immédiat, peut également être proposé dans le cadre de la réhabilitation précoce : boisson dès le retour en chambre, alimentation légère, lever précoce, accompagnement dans l'allaitement.

Prise en charge analgésique post opératoire de la chirurgie gynécologique :

Le protocole est décliné en trois degrés de douleur. Les niveaux de douleur pour les différentes interventions ont été validés par l'expertise clinique et des études scientifiques.

La déclinaison des protocoles repose sur l'évaluation par EVA ou EN.

Exemples d'EN post opératoire en chirurgie gynécologique

DOULEUR LEGERE EVA ou EN < 4	DOULEUR MOYENNE 4 ≤ EVA ou EN ≤ 6	DOULEUR INTENSIVE EVA ou EN > 6
Aspiration (AMIU), curetage Hystérocopie Chirurgie conservatrice du sein (nodule, pyramidectomie) Abscess du sein (EN 2.98) Conisation (EN 2.66) Mastectomie élargie ou non (EN 3.81) Episiotomie	Cœlioscopie diagnostique, par ex infertilité (EN 4.74) Cœlioscopie opératoire : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> GEU (EN 5.21) <input type="checkbox"/> myomectomie (EN 4.89) <input type="checkbox"/> hystérectomie (EN 4.44) Hystérectomie vaginale (EN 4.91) Bandelettes sous urétrales (EN 3.83) Cure de prolapsus (EN 3.83) Bartholinite ou kistes vulvaires (EN 3.69) Reconstruction mammaire (EN 4.09) Réduction mammaire (EN 4.77)	Les laparotomies <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Césarienne (EN 6.14) <input type="checkbox"/> GEU (EN 5.21) <input type="checkbox"/> Myomectomie (EN 6.47) <input type="checkbox"/> Hystérectomie laparotomie (EN 4.44) <input type="checkbox"/> Appendicectomie (EN 5.38) <input type="checkbox"/> Prothèse mammaire (EN 5.5)

Douleur post opératoire chirurgie gynécologique



DOULEUR LEGERE EVA ou EN < 4	DOULEUR MOYENNE 4 ≤ EVA ou EN ≤ 6	DOULEUR INTENSE EVA ou EN > 6
<p>Paracétamol 1g X 4/jour</p> <p>ET</p> <p>Diclofénac 50 à 75 mg X 2/jour ou Kétoprofène 50 mg X 4/jour ou Ibuprofène 400 mg X 3/jour</p> <p>Stop dès que EN = 0</p> <p>Voie orale dès que possible</p>	<p>Paracétamol 1g X 4 par jour, cinq jours</p> <p>ET</p> <p>Diclofénac 50 à 75 mg X 2/jour ou Kétoprofène 50 mg X 4/jour ou Ibuprofène 400 mg X 3/jour, cinq jours</p> <p>ET</p> <p>Néfopam 20 mg X 4/jour, deux jours</p> <p>SI INSUFFISANT (EN > 3) ajouter Tramadol 50 mg X 4/Jour , deux jours</p> <p>Voie orale dès que possible</p>	<p>Titration morphine en</p> <p>ET</p> <p>Paracétamol 1g X 4/jour jours</p> <p>ET</p> <p>Diclofénac 50 à 75 mg X ou Kétoprofène 50 mg X ou Ibuprofène 400 mg X cinq jours</p> <p>ET</p> <p>Néfopam 20 mg X 4/jou jours</p> <p>ET</p> <p>Tramadol 50 mg X 4/jou jours</p> <p>Voie orale dès que possible</p>

III - Évaluations, démarche d'assurance qualité

L'application et l'efficacité de ce protocole doivent être évaluées régulièrement. Les effets adverses observés doivent être rapportés.

La recherche de la douleur, sa prise en charge et son report dans le dossier de soin, ou le partogramme pendant le travail (4 à 10 cm) doivent être mesurés de façon périodique.

La satisfaction des patientes par interrogatoire de sortie est également un indicateur de qualité.

IV- Actions possibles de formations en lien avec ce protocole

Formation des sages-femmes

- « Savoir Être » : Éléments clefs de l'accueil de qualité à la maternité. Un des éléments parmi les différentes connaissances nécessaires (interrogatoire, examen...) des soignants en périnatalité.
- Utilisation des moyens non médicamenteux de lutte contre la douleur : le ballon, les positions, la respiration...
- Utilisation théorique et pratique de la nalbuphine dans le cadre du travail obstétrical si elle est introduite dans la pharmacopée du pays.

Formation des médecins

- Technique du bloc pudendal. Entraînement sur bassin de simulation, introduction du matériel dans le pays, étude de faisabilité dans un centre pilote
- Mise au point sur l'analgésie multimodale, l'analgésie locorégionale, la réhabilitation précoce post césarienne et post opératoire en général

V - Annexe Pharmacologique

Nalbuphine : Nubain® Analgésique central morphinique type agoniste antagoniste. Administrable sous forme IM, IV ou SC. Une ampoule (2ml) contient 20mg de nalbuphine. L'administration de nalbuphine pendant le travail peut entraîner une diminution de la variabilité du RCF pendant quelques heures après l'administration. Chez la patiente peuvent être également retrouvés des nausées, vomissements, vertiges, somnolence.

En cas de surdosage accidentel se traduisant par une dépression respiratoire chez la mère voire chez l'enfant : administrer Naloxone (Narcan®)

- Chez la mère : diluer une ampoule (0,4mg) dans 10 ml de SSI ou eau PPI et administrer des bolus de 2ml/mn jusqu'à récupération
- Chez le nouveau-né : administrer des bolus de 0,1µg/kg, soit un ml IM de la dilution précédente pour un nouveau-né de poids normal, 0,5 ml pour un nouveau-né de poids inférieur à 2000 g

Titration en Morphine IV : La morphine est un analgésique central dont l'administration par voie IV permet de soulager rapidement les douleurs chirurgicales. La morphine est associée aux antalgiques de niveau 1 et AINS pour réaliser une analgésie multimodale. La morphine est diluée à 1mg/ml. La titration repose sur des injections d'incrémentes de morphine de 2 à 3 mg chaque 5minutes jusqu'à diminution de la douleur. La dose maximale se situe entre 15 et 20mg selon le gabarit et le statut physiologique du patient.

Les effets indésirables sont les nausées et vomissements qui doivent être prévenues. La surveillance du traitement par morphine repose sur le niveau de conscience car la somnolence précède la dépression respiratoire en cas de surdosage.

En cas de surdosage un traitement par Naloxone doit être instauré (Cf supra)

VI - Annexe Anatomique de réalisation d'un bloc pudendal

Technique de Bloc Pudendal (traduit de Anderson D, ref 4)



Kit Sécurisé de ponction pour analgésie du nerf pudendal (La protrusion de l'aiguille grâce au guide n'excède pas 10 à 15 mm)

Expliquer la procédure à la patiente.

Installer une seringue contenant 20ml de lidocaïne à 1% sur l'aiguille pudendale. Mettre l'aiguille dans le guide.

Palper l'épine ischiatique.

Si la localisation de l'épine ischiatique n'est pas claire palper le ligament sacro-épineux et chercher son attache sur l'épine.

Si la localisation du ligament n'est pas aisée, partir de la jonction sacrococcygienne pour trouver le ligament sacro épineux et le suivre jusqu'à l'épine ischiatique.

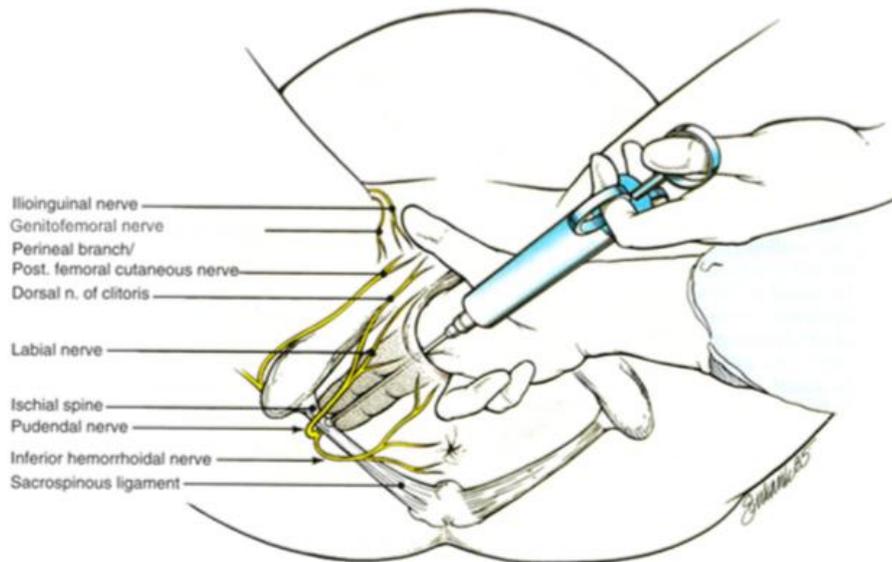
Insérer le guide contenant l'aiguille dans le vagin.

Mettre l'extrémité du guide sur le ligament sacro épineux 10mm environ en dedans de l'épine. Bien s'assurer que pendant le placement l'aiguille est protégée à l'intérieur du guide.

Pour réaliser le bloc du coté droit, placer l'index droit sur l'épine et le majeur sur le ligament sacro épineux. Ajuster alors le guide avec la main gauche pour placer le bout entre ces deux doigts. Bien stabiliser le guide, sortir l'aiguille (en vérifiant que les doigts ne sont pas en face). La protrusion de l'aiguille grâce au guide n'excède pas 10 à 15 mm. Débuter l'injection après avoir fait un test aspiratif (pour éviter une injection intravasculaire). Injecter 10ml (cf schéma) puis rentrer l'aiguille dans le guide avant de réaliser le second coté.

Pour le coté G c'est la main l'index gauche qui se place sur l'épine et le majeur G sur le ligament. L'injection est réalisée avec la main droite.

Lorsque la tête est basse et les contractions intenses il faut essayer de réaliser les injections en dehors des contractions pour limiter l'envie de pousser. L'analgésie demande environ 15 - 20 minutes pour être pleinement efficace.



Sources :

1. Recommandations de l'OMS

Sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272434/WHO-RHR-18.12-fre.pdf?ua=1>, dernier accès 30/10/ 2018

« **Recommandations pertinentes reprises des recommandations de l'OMS de 2015 WHO** »
« **recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health** »
« *à propos des interventions destinées à promouvoir la santé de la mère et du nouveau-né* »

2. Réseau Sécurité Naissance. Commission des sages-femmes
Prise en charge de la douleur en obstétrique par la sage-femme.

N. Trabelsi, C. Delhommeau, CH La Roche-sur-Yon, B. Branger, RSN

<https://www.reseau-naissance.fr/medias/2016/12/20111103-rsn-pec-douleur-sage-femme.pdf> dernier accès 30/10/2018

3. Pratique des anesthésies locales et locorégionales par des médecins non spécialisés en anesthésie réanimation, dans le cadre des urgences. Conférence d'experts, texte court. Annales Françaises d'anesthésie et de réanimation 2004 (23) : 167-176
4. Anderson D. Pudendal nerve block for vaginal birth. J Midwifery Womens Health. 2014;59 : 651-9.