



ÉCOLE D'INFIRMIERS ANESTHÉSISTES DE STRASBOURG
6, rue Saint Marc 67000 STRASBOURG
Tél : 03.88.11.60.12

DIPLOME D'ÉTAT D'INFIRMIER ANESTHÉSISTE

MÉMOIRE PROFESSIONNEL IADE

GRADE MASTER

ANNÉE 2025

État des lieux des stratégies de prévention et prise en charge des nausées vomissement per-césarienne sous rachianesthésie

Directeur de mémoire : Dr DEGOUL Samuel
Médecin Anesthésiste réanimateur et méthodologiste

Hernandez Maeva
Sergent Andréa

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier chaleureusement toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire.

Nos remerciements vont tout d'abord aux équipes IADE et MAR des différents établissements qui ont pris le temps de remplir nos questionnaires. Leur participation a été précieuse et nous a permis de recueillir des données concrètes et représentatives, indispensables à la construction de notre réflexion. Nous sommes reconnaissantes de leur implication malgré leurs emplois du temps souvent chargés, et de l'intérêt qu'ils ont témoigné pour notre travail.

Nous adressons également nos sincères remerciements à notre directeur de mémoire, Dr DEGOUL Samuel, pour son accompagnement tout au long de ce projet. Ses conseils, sa disponibilité et son regard critique nous ont guidées avec rigueur et bienveillance dans cette démarche de recherche.

Nous souhaitons également nous remercier chacune pour notre soutien mutuel lors de toute la réalisation de ce travail, fondé sur le respect, la confiance, l'écoute. Malgré de multiples périodes complexes, notre entraide nous a permis de ne pas perdre de vue notre objectif : la réussite de ce projet de fin d'étude, qui viens clore le chapitre de ces deux années d'école.

Enfin, nous remercions nos proches, familles et ami(e)s, pour leur soutien indéfectible tout au long de cette année. Leur patience, leurs encouragements et leur présence à nos côtés ont été des ressources précieuses dans les moments de doute comme dans les phases de travail intense.

À toutes et à tous, merci.

LEXIQUE

ALR = anesthésie loco-régionale

APD = anesthésie péridurale

FC = fréquence cardiaque

GHRMSA = groupe hospitalier de la région de Mulhouse et sud Alsace

HCC = hôpitaux civils de Colmar

HDM = hémodynamique

IMC = indice de masse corporelle

IVL = intraveineux lent

LCR = liquide céphalo-rachidien

N/V = nausées vomissements

NAD = noradrénaline

PA = pression artérielle

PAM = pression artérielle moyenne

QC = Débit cardiaque

RA = rachianesthésie

SSPI = service de surveillance post-interventionnelle

TSPT = trouble de stress post-traumatique

VCI = Veine cave inférieur

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	3
LEXIQUE	5
TABLE DES MATIÈRES	7
PREMIÈRE PARTIE : INTRODUCTION	1
I. CÉSARIENNE	1
1. Définition	1
2. Étapes d'une césarienne	2
3. Bien être maternel et césarienne	3
II. RACHIANESTHÉSIE	6
III. NAUSÉES ET VOMISSEMENTS PER-CÉSARIENNE	7
1. Causes et mécanismes	7
2. Conséquences	9
3. Thérapeutiques	10
IV. QUESTION SPÉCIFIQUE.....	11
DEUXIÈME PARTIE : MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	12
I. Type d'étude	12
II. Population.....	12
1. Critères de sélection	12
2. Taille d'échantillon.....	13
III. Critères de jugement	13
IV. Déroulement	13
V. Données	14
VI. Analyses	15
TROISIÈME PARTIE : RÉSULTATS	16
I. Caractéristiques.....	16
1. De la population.....	16
2. De la rachianesthésie	17
II. Résultat principal.....	18
III. Résultats secondaires	20
QUATRIÈME PARTIE : DISCUSSION.....	23
I. Résultats principaux	23
II. Comparaison avec la littérature	23
III. Forces et limites de l'étude	24
IV. Implications dans la pratique et perspectives d'amélioration.....	25

CONCLUSION.....	27
BIBLIOGRAPHIE	1
TABLE DES ANNEXES	3
RÉSUMÉ.....	6
ABSTRACT	7

PREMIÈRE PARTIE : INTRODUCTION

Les nausées et vomissements représentent une complication fréquente au décours d'une anesthésie rachidienne réalisée lors d'une césarienne. Ce phénomène récurrent peut altérer le confort de la patiente, impacter son vécu de l'accouchement et complexifier la prise en charge anesthésique. Il nous a donc semblé pertinent d'approfondir nos recherches sur les causes des nausées-vomissements per-césarienne, ainsi que sur les mesures existantes mises en œuvre pour y remédier. L'objectif est également d'identifier les stratégies potentielles permettant de réduire l'incidence de ces manifestations indésirables.

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer les pratiques actuelles en vue d'élaborer un protocole de service permettant d'améliorer la prise en charge des parturientes.

Par ailleurs, notre expérience professionnelle antérieure et nos stages en obstétrique nous ont permis de constater une hétérogénéité des pratiques entre les différents professionnels de santé, qu'ils soient MAR ou IADE. Ainsi, leurs expériences, convictions et habitudes influencent considérablement la gestion et l'anticipation des nausées-vomissements per-césarienne.

Ces constats nous ont amenés à nous interroger sur l'intérêt de formaliser un protocole préétabli, fondé à la fois sur les données probantes issues des études et sur l'expertise de terrain des professionnels. Une harmonisation des pratiques permettrait non seulement de réduire l'incidence de cette complication, mais également d'améliorer le bien-être et le vécu des patientes lors de ce moment unique qu'est la naissance, tout en contribuant à une meilleure qualité de travail pour les soignants.

I. CÉSARIENNE

1. Définition

La césarienne est une intervention chirurgicale permettant l'accouchement par incision de l'abdomen et de l'utérus. (1)

Afin de faciliter la coordination des soins et la réactivité des équipes médicales, des types de césarienne ont été définis afin de hiérarchiser l'urgence de l'intervention selon le pronostic fœtal et maternel. Initialement définie en 2000 par Lucas et al. selon quatre niveaux d'urgences : très urgente, urgente, non urgente et programmée. Cette classification a été adaptée en France par Dupuis et al. grâce à un système de code couleur, associant à chaque degré d'urgence un délai décision-naissance optimal afin d'améliorer la prise en charge et les issues périnatales. (2)

- La césarienne programmée : elle est réalisée si des complications sont prévisibles pour le fœtus ou la mère durant l'accouchement. Par ailleurs, la décision d'une césarienne sera prise au cas par cas dans des situations comme : une précédente césarienne, une présentation par siège, une grossesse

gémellaire, une macrosomie, la présence de certains virus ou dans de rares cas, un mauvais positionnement du placenta. Enfin, une césarienne programmée peut se transformer en césarienne d'urgence si le travail débute avant la date prévue pour l'intervention. (1)

- **La césarienne en urgence** : On distingue donc trois types de césarienne en urgence
 - Code vert : le délai décision-naissance doit être inférieur à une heure. L'indication peut être une stagnation ou un échec de déclenchement. On pourra alors étendre une anesthésie péridurale (APD) en cours ou réaliser une rachianesthésie (RA)
 - Code orange : le délai décision-naissance doit être inférieur à trente minutes. Ce peut être pour altération du rythme cardiaque fœtal ou bien de pré-éclampsie sévère. L'anesthésie pourra être la même que lors d'un code vert
 - Code rouge : le délai décision-naissance doit être inférieur à quinze minutes. De nombreuses étiologies peuvent nous amener à cette décision comme : la bradycardie fœtale persistante, la providence du cordon, l'hémorragie abondante, la rupture utérine ou bien l'éclampsie. Lors de ce type de césarienne une anesthésie générale (AG) pourra être réalisée afin d'effectuer la césarienne le plus rapidement possible, ou une extension de l'APD en cours.
- (3)

2. Étapes d'une césarienne

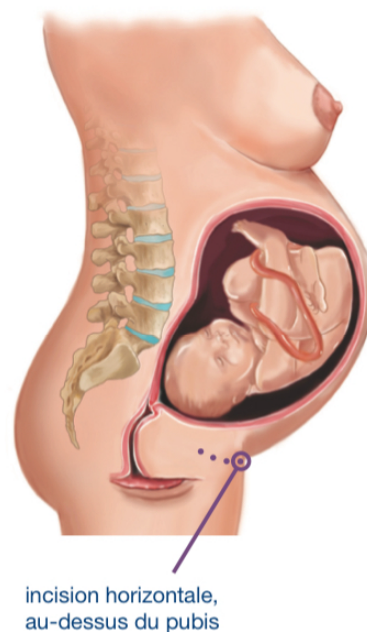


Figure 1. Incision horizontale lors d'une césarienne (1)

La césarienne consiste à pratiquer une incision horizontale au-dessus du pubis, permettant d'accéder à l'utérus après avoir traversé plusieurs plans anatomiques : la peau, la graisse, l'aponévrose, les muscles et le péritoine. (1)

Une fois l'utérus atteint, la poche des eaux est rompue afin d'extraire le fœtus. Cette étape peut être délicate et nécessite souvent d'exercer une pression sur le haut de l'abdomen pour faciliter l'expulsion fœtale. Dans certains cas, une assistance instrumentale avec des forceps ou une ventouse peut être requise, notamment si l'extraction s'avère difficile. (1)

Après la naissance, des étapes importantes restent à réaliser

- l'évacuation complète du placenta, afin d'éviter des complications chez la parturiente
- l'hémostase chirurgicale
- l'injection d'ocytocine, favorisant les contractions utérines afin de réduire le risque d'hémorragie du post-partum
- la suture des différents plans anatomiques (1)

Les modifications physiologiques chez la femme enceinte ont un impact significatif, pouvant également affecter le fœtus à divers niveaux (4) :

- **Placenta** : Absence d'autorégulation placentaire. L'optimisation hémodynamique avec maintien d'une pression artérielle moyenne (PAM) > 65 mmHg et la surveillance hémodynamique (HDM) sont donc importants afin de maintenir un débit placentaire suffisant. Une baisse de la perfusion utéro-placentaire est susceptible d'avoir un impact fœtal majeur, pouvant se manifester par une bradycardie fœtale. Ainsi, on cherchera à optimiser le débit cardiaque (QC) maternel avant la césarienne par remplissage vasculaire et/ou vasoconstricteurs (Noradrénaline (NAD)).
- **Hémodynamique** :
 - Syndrome de la veine cave inférieure (VCI) : en décubitus dorsal, une compression de la VCI va entraîner une diminution brutale du retour veineux, une diminution du QC et de la PA, ce qui entraîne une activation du système nerveux sympathique avec tachycardie, vasoconstriction périphérique, pâleur, sueurs froides, nausées, sensation de malaise
 - Vasoplégie : lors de la pose de l'APD et/ou de la RA, la position assise entraîne un bloc sympathique majeur favorisant ainsi une instabilité HDM
 - Variation volémiques brutales : les femmes enceintes ayant des antécédents de cardiopathies peuvent être très impactées et peuvent diviser par deux le retour veineux cardiaque

→ Ces complications ont un impact HDM majeur qui impliquera alors des conséquences pouvant être mortelles pour le fœtus.

3. Bien être maternel et césarienne

a. Impact psychologique et émotionnel

Une césarienne, en particulier lorsqu'elle est pratiquée en urgence, peut avoir un impact psychologique et émotionnel profond sur la mère, en générant des sentiments d'impuissance, de frustration

ou même de détachement, ce qui peut parfois fragiliser le vécu de l'accouchement et influencer le lien initial avec son enfant. Lorsqu'elle s'accompagne de difficultés émotionnelles importantes, elle peut également être un facteur de risque dans le développement d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT). (5)

La dépression du post-partum a d'ailleurs été classée comme un syndrome de stress post-traumatique depuis 1994. En effet, l'accouchement provoque une multitude d'émotions, allant de la joie et du bonheur à des ressentis plus négatifs comme la souffrance, l'inquiétude et, dans certains cas, la peur de la mort. Ces émotions négatives peuvent ainsi être plus marquées lors d'une césarienne en urgence. (5)

Le TSPT périnatal concerne aujourd'hui environ 3,3% des femmes pendant la grossesse, et 4% supplémentaires en post-partum. (6) Selon une étude menée par Olde et al., environ 9% des femmes ayant subi une césarienne en urgence présenteraient un TSPT. (7)

Plusieurs facteurs peuvent déclencher un stress post-traumatique après un accouchement :

- **Facteurs antérieurs :**
 - Propre à la mère : anxiété, deuil, grossesse compliquée
 - Expériences traumatiques passées : violences, abus sexuels, viol, vécu obstétrique difficile
- **Facteurs liés à l'accouchement et à l'environnement :**
 - Déroulement de l'accouchement : césarienne en urgence, douleurs, restriction de la mobilité
 - Émotions négatives : peur de la mort (pour elles-mêmes ou leur enfant), sentiment d'impuissance
 - Manque de soutien social : absence du conjoint, indisponibilité des professionnels, communication entre soignants se faisant sans inclure la mère
 - Conséquences de l'anesthésie : ressenti du touché chirurgical, douleurs physiques ou psychologiques (5)

b. Impact physique

La césarienne est une intervention efficace permettant d'extraire rapidement le bébé de l'utérus pour diverses raisons explicitées précédemment. Cependant, il s'agit d'un acte chirurgical invasif ayant un impact physique, notamment à travers la cicatrice laissée sur le corps de la mère. Lorsqu'elle est programmée, cette cicatrice peut être anticipée et acceptée, mais en cas de césarienne en urgence, cette réflexion préalable est souvent absente. Ce manque d'anticipation peut alors engendrer non seulement des conséquences physiques, mais aussi un impact psychologique, et certaines mères peuvent percevoir cette intervention comme une altération ou une mutilation de leur corps. (5)

Lors d'une césarienne en urgence, sous anesthésie loco-régionale (ALR), il est normal que la mère ressente encore des sensations de toucher sur sa peau, ce qui peut perturber sa perception de la douleur et du simple contact cutané. Cela peut parfois donner l'impression d'une douleur réelle alors qu'une incision n'a encore été pratiquée. De plus, si la patiente n'a pas bénéficié d'une péridurale en amont et que la douleur s'est intensifiée avant l'intervention, elle peut conserver cette sensation douloureuse même après l'anesthésie, rendant sa prise en charge plus complexe. Il est important de rappeler que la césarienne, en tant qu'acte chirurgical, induit inévitablement une douleur post-opératoire. Celle-ci peut se manifester lors

du réveil de l'anesthésie, d'où la nécessité d'une prise en charge adaptée avec une analgésie multimodale afin de limiter l'inconfort post-césarienne. (8)

La fatigue constitue également un impact physique majeur après une césarienne. Elle peut être amplifiée par plusieurs facteurs, telles que la douleur des contractions avant l'intervention ou l'anxiété liée à un accouchement imprévu par voie chirurgicale. Cette fatigue peut altérer la capacité de la patiente à se détendre pendant l'opération, ce qui intensifie sa perception de la douleur et complique sa gestion. En outre, la césarienne elle-même étant une source d'épuisement physique, elle peut ralentir la récupération post-opératoire et impacter le lien mère-enfant dans les premiers moments après la naissance. (8)

c. Environnement

Le bien-être maternel lors de la césarienne peut être influencé par l'environnement, la présence du père ou d'un accompagnant joue un rôle essentiel en apportant réconfort et soutien émotionnel.

L'initiation précoce du lien mère-enfant est un facteur clé du bien-être maternel. Elle facilite la transition entre l'étape fœtale et celle du nouveau-né, réduisant ainsi le sentiment de vie que certaines mères peuvent ressentir après l'extraction fœtale. Si ce premier contact se fait naturellement lors d'un accouchement par voie basse, il peut parfois être relégué au second plan lors d'une césarienne.

Dans le cas d'une césarienne qui se déroule sans complication, la sage-femme place généralement le nouveau-né en peau à peau avec sa mère dès que possible afin de renforcer le lien d'attachement. Toutefois, ce contact reste souvent bref pour permettre la poursuite des actes chirurgicaux. Ensuite, la sage-femme accompagne généralement le bébé pour les premiers soins, souvent en présence du père ou de l'accompagnant. Le prochain contact avec la mère a lieu en salle de surveillance post-opératoire ou plus tard, lors de son retour en maternité. Ce délai peut parfois être long et difficile à vivre, aussi bien pour la mère que pour le nouveau-né.

Pendant une césarienne en urgence, certaines situations médicales peuvent empêcher le premier peau à peau. Cette séparation peut avoir un impact sur le bien-être maternel, favorisant ainsi des émotions négatives comme l'anxiété et la peur, pouvant provoquer un sentiment d'impuissance. Ces émotions peuvent être source de complications lors de la prise en charge de la mère, impactant également son accompagnement post-opératoire.

d. Communication soignante

La communication tient une place essentielle dans le bien-être maternel et peut directement influencer sa perception en salle d'opération. Il est alors important d'identifier le degré d'urgence permettant aux professionnels d'agir rapidement tout en adaptant leur prise en charge. Cette organisation permet alors d'assurer une cohésion d'équipe et de rassurer la parturiente, réduisant ainsi son stress.

Cependant, dans le contexte d'urgence, la communication soignant-patient peut être altérée provoquant un sentiment d'exclusion et de non-contrôle de son propre corps, et pouvant donner ainsi une impression d'être mise à l'écart des décisions la concernant.

Le maintien d'un dialogue soignant-patiente est alors primordial tout au long de l'intervention, permettant de la rassurer sur le déroulement de la procédure mais également de favoriser un échange sur un potentiel vécu précédent de la grossesse. Cela lui permet ainsi de se focaliser sur des pensées positives.

II. RACHIANESTHÉSIE

La rachianesthésie est une technique d'anesthésie locorégionale consistant à injecter un anesthésique local dans l'espace sous-arachnoïdien, au contact direct des nerfs rachidiens et de la moelle épinière, là où circule le liquide céphalo-rachidien (LCR). Elle permet une anesthésie rapide et efficace du bas du corps, et reste la technique de référence pour les césariennes programmées ainsi que dans les situations d'urgence codées vertes ou oranges. (3)

Afin de réaliser cette anesthésie, l'opérateur utilisera :

- Un anesthésique local : Bupivacaïne (8 à 11mg), qui reste le traitement de référence lors d'une césarienne ;
- Deux adjuvants :
 - Sufentanil (2,5µg), permettant de prolonger la durée de l'analgésie sans majorer le risque d'hypotension artérielle
 - Morphine (100µg), utilisée pour assurer une analgésie efficace en post-césarienne ;

Après avoir réalisé la rachianesthésie, la surveillance de celle-ci constitue une étape cruciale, en raison du risque de perturbations hémodynamiques. En effet, l'injection de l'anesthésique local dans le LCR induit un bloc sympathique, responsable d'une vasodilatation des vaisseaux sanguins. Cette vasodilatation peut entraîner une hypotension maternelle, avec pour conséquence une diminution du débit sanguin utérin. Une telle baisse de perfusion utéro-placentaire peut compromettre l'oxygénation fœtale et avoir des répercussions néonatales. (3)

De manière à prévenir le risque d'hypotension maternelle, il est recommandé d'incliner la table opératoire d'environ 15° vers la gauche, afin de limiter la compression aorto-cave par l'utérus gravide. Parallèlement, une perfusion continue de NAD doit être mise en place en prévention. Ce vasopresseur permet d'augmenter les résistances vasculaires systémiques et de maintenir la pré-charge, contribuant ainsi à la stabilité hémodynamique maternelle et donc fœtale. (3)

La rachianesthésie doit également faire l'objet d'une surveillance respiratoire attentive, en raison du risque d'extension trop haute du bloc, pouvant atteindre les racines nerveuses innervant le diaphragme. Une telle situation peut entraîner une détresse respiratoire, voire évoluer vers un arrêt cardio-respiratoire maternel. En effet, après la réalisation de la rachianesthésie, la patiente est positionnée en décubitus dorsal ; or, en raison des modifications physiologiques et anatomiques liées à la grossesse, le risque de migration céphalique de l'anesthésique est augmenté. (3)

III. NAUSÉES ET VOMISSEMENTS PER-CÉSARIENNE

Le choix de ce travail s'est porté sur les nausées-vomissements per-césarienne, lors de la césarienne, en raison de leur forte incidence et de leur impact immédiat sur l'expérience de la patiente. L'objectif est de mieux comprendre ces manifestations à forte incidence, afin d'en optimiser la prévention et la prise en charge dès la salle d'opération.

Contrairement aux nausées-vomissement post-césarienne, qui peuvent être traités dans un contexte plus stable et moins anxiogène, les symptômes per-césarienne surviennent dans un moment critique et émotionnellement chargé. Le but de cette étude est donc d'évaluer les moyens préventifs et curatifs à mettre en œuvre en amont de leur apparition, afin d'améliorer le confort et la prise en charge globale de la parturiente.

Le choix du sujet s'est également appuyé sur une problématique directement remontée par les équipes soignantes confrontées à des situations récurrentes de N/V chez les parturientes lors de césariennes.

1. Causes et mécanismes

Les N/V lors de césarienne sont les conséquences de mécanismes complexes, faisant intervenir des facteurs physiologiques, psychologiques et pharmacologiques. La prise en charge de ces effets indésirables reste nécessaire au bien-être et à la sécurité de la patiente.

a. Facteurs maternels

- **Anxiété et stress :** comme mentionné précédemment, ces deux émotions sont particulièrement fréquentes, notamment lors d'une césarienne en urgence. Face à une situation stressante, le système nerveux libère de l'adrénaline et de la NAD. Au niveau gastrique, ceci entraîne un excès d'acidité, ce qui peut favoriser l'apparition des nausées et entraîner des vomissements. (9)
- **Mal des transports :** le mal des transports est un facteur de risque majeur des nausées et vomissements post-opératoire (10). Ce phénomène résulte d'un conflit sensoriel entre les perceptions visuelles et les signaux perçus par le système vestibulaire de l'oreille interne. Cette discordance sensorielle peut alors entraîner des symptômes tels que des nausées et des vomissements. (11)
- **Modifications physiologiques :** pendant la grossesse, le corps de la femme subit de nombreuses modifications physiologiques afin de s'adapter aux besoins du fœtus et de préparer l'organisme à l'accouchement. Ces changements touchent divers systèmes, influençant ainsi l'équilibre général de la femme enceinte tout au long de la gestation. Au niveau digestif, ceci entraîne un ralentissement de la vidange gastrique, principalement en raison de l'augmentation des hormones (principalement la progestérone), qui exerce un effet relaxant sur les muscles lisses du tractus gastro-intestinal. Cette diminution de la motilité gastrique prolonge le temps de contact des aliments dans l'estomac, favorisant ainsi l'accumulation d'acidité gastrique. Ce mécanisme peut contribuer à l'apparition de nausées-vomissements, y compris en per-césarienne. (4)

b. Facteurs externes

- **Anesthésie :**

- Hypotension artérielle : la réalisation d'une rachianesthésie a des conséquences marquées au niveau HDM. En effet, cette technique entraîne une vasodilatation artérielle et veineuse, secondaire au blocage du système sympathique, ce qui peut favoriser la survenue de nausées-vomissements. (12, 13)
- Qualité du bloc sensitif : l'efficacité du bloc sensitif influence directement l'apparition de nausées et vomissement per-césarienne. Les douleurs viscérales sont principalement transmises par les fibres C, sur lesquelles les anesthésiques locaux ont une efficacité incomplète. Afin de pallier ce manque, l'adjonction d'un opioïde lipophile comme la Morphine, permet d'améliorer la prise en charge de la douleur, cependant cela majore de manière significative l'incidence des nausées et vomissements. (12)
- Augmentation du tonus parasympathique : la rachianesthésie induit un blocage du système nerveux sympathique, ce qui entraîne une prédominance du tonus parasympathique. Cette situation favorise une hyperactivité du tractus gastro-intestinal (14) et donc par conséquent déclencher des nausées et des vomissements. (12, 15)
- Utilisation d'agents utérotoniques : lors d'une césarienne, l'administration d'agents utérotoniques est systématique pour prévenir l'atonie utérine et les complications qui en découlent. Cependant, ces substances, notamment l'ocytocine, entraînent une modification HDM et ainsi accroître le risque de nausées-vomissements per-césarienne. Une étude a montré qu'une réduction de la dose d'ocytocine de 5 UI à 2 UI permettait de limiter ces effets secondaires tout en maintenant une efficacité similaire sur le tonus utérin. (12, 16)

En anesthésie, il existe un outil prédictif des NVPO qui va permettre une évaluation rapide et efficace du risque, permettant alors d'orienter le choix des traitements antiémétiques celui-ci est le score d'APFEL, il repose sur 4 facteurs de risque indépendants :

- Sexe féminin
- ATCD de NVPO
- Absence de tabagisme actif
- Utilisation post-opératoire d'opioïdes

Chaque facteur est égal à un point donnant un score de 0 à 4 sachant que :

- 0 facteur = risque d'environ 10%
- 1 facteur = risque d'environ 20%
- 2 facteurs = risque d'environ 40%
- 3 facteurs = risque d'environ 60%
- 4facteurs = risque d'environ 80%. (17)

- **Chirurgical** : la manipulation chirurgicale peut avoir un impact majeur entraînant des nausées-vomissements per-césarienne. Deux stimulations chirurgicales peuvent être en cause :
 - La stimulation du nerf vague : le nerf vague innerve l'utérus et le péritoine, et certains actes tels que l'extériorisation utérine, les manipulations d'extractions fœtale par compression et étirement sus-abdominale, l'exploration intra-abdominale ou les tractions péritonéales, peuvent le stimuler. Cette activation vagale entraîne alors l'apparition de nausées et de vomissements.
 - La stimulation des fibres sensibles vagales : la manipulation des viscères abdominaux active les fibres sensibles, ce qui peut déclencher le réflexe émétique en stimulant les centres responsables du vomissement. (12)

Pour anticiper au mieux ce risque, l'utilisation d'un score prédictif peut s'avérer utile. Le score d'Apfel est couramment utilisé à cet effet. Il repose sur quatre critères : le sexe féminin, le non-tabagisme, des antécédents de nausées ou vomissements post-opératoires, et l'utilisation d'opioïdes en post-opératoire. Plus le nombre de facteurs présents est élevé, plus le risque de nausées et vomissements augmente, ce qui permet d'adapter de façon ciblée la stratégie préventive mise en place.

2. Conséquences

Les nausées et vomissements, qu'ils surviennent en per ou post-opératoire, sont souvent considérés comme des effets secondaires mineurs. Pourtant, leur impact sur le bien-être des patients, ainsi que sur l'organisation des soins, est significatif. Ces symptômes affectent non seulement les femmes enceintes, mais aussi le personnel soignant et, par extension, l'établissement hospitalier.

a. Maternelle

Les symptômes nauséux et les vomissements peuvent avoir des conséquences physiques majeures notamment sur l'augmentation des douleurs. Ces symptômes peuvent accentuer la douleur à plusieurs niveaux. Sur le plan abdominal, ils exercent un stress physiologique sur l'organisme ; sur le plan musculaire, les efforts liés aux vomissements sollicitent intensément les muscles abdominaux ; et sur le plan physique, la récupération post-césarienne sera diminuée, entraînant ainsi un retard dans la mobilisation précoce.

Au-delà des conséquences physiques, ces symptômes altèrent également le confort psychologique des patientes. Jusqu'à 80% des femmes enceintes souffrent de nausées-vomissements pendant leur grossesse. (18) Revivre ces sensations durant ou après une césarienne peut intensifier le stress et l'anxiété, créant un cercle vicieux qui aggrave encore des symptômes. Cette détresse peut également impacter la création du lien mère-enfant en post-partum, rendant les premiers instants avec le nouveau-né plus éprouvants.

b. Personnel soignant et l'hôpital

Les N/V peuvent avoir des conséquences notamment sur l'organisation des soins :

- **Augmentation de la charge de travail** : lorsqu'ils surviennent, ils nécessitent d'assurer une surveillance adaptée, ainsi que la préparation et l'administration de traitements en urgence. Une bonne prise en charge permettra ainsi de rassurer la patiente.
- **Impact sur le ressenti de la prise en charge par la patiente** : une expérience négative ou marquante de ces manifestations pourrait entraîner une insatisfaction de son vécu des soins.

3. Thérapeutiques

D'après la méta-analyse « *Comparative Efficacy of Different Classes of Antiemetic Medications for the Prevention of Nausea and Vomiting in Cesarean Section : A Network Meta-Analysis* » (19) portant sur l'efficacité des différentes classes médicamenteuses dans la prévention des nausées et vomissements per-césarienne, plusieurs catégories de traitements ont été identifiées comme les plus fréquemment étudiées :

- Les antagonistes des récepteurs de la sérotonine (5HT3) : Ondansétron
- Les antagonistes des récepteurs de la dopamine : Dropéridol
- Les corticostéroïdes : Dexaméthasone
- Et d'autres thérapeutiques comme les agents anticholinergiques, les sédatifs les antihistaminiques et les antagonistes des opioïdes

Lorsque l'efficacité de ces traitements a été comparée à celle d'un placebo, les résultats ont montré que les médicaments les plus efficaces contre les nausées étaient :

1. les antagonistes des récepteurs de la dopamine,
2. les antagonistes des récepteurs de la sérotonine,
3. les agents anticholinergiques,
4. et les sédatifs.

Concernant les vomissements, ce sont :

1. les sédatifs,
2. les antagonistes de la dopamine,
3. les antagonistes de la sérotonine,
4. et les corticostéroïdes qui ont montré les meilleurs résultats.

Sur la base de ces comparaisons, il a été montré que les antagonistes des récepteurs de la dopamine seraient les plus efficaces en prévention des nausées et vomissements per-césarienne, avec une réduction estimée du risque comprise entre 46 % et 87 % selon les études.

Deux essais cliniques sont également cités pour illustrer cette efficacité :

- Dans une première étude, l'administration de 4 mg de dexaméthasone en intrathécale a permis une réduction significative des nausées pendant la césarienne.
- Une deuxième étude, l'administration de 3 mg de granisétron après l'injection rachidienne. Les résultats ont montré une diminution des frissons et des nausées/vomissements per-opératoires, sans incidence sur le score d'Apgar du nouveau-né.

L'ensemble de ces données souligne que chaque classe médicamenteuse peut agir à un moment différent de la procédure opératoire, ce qui plaide en faveur d'une approche combinée. En effet, l'association de plusieurs médicaments issus de classes différentes pourrait permettre d'optimiser la prévention des nausées et vomissements pendant la césarienne, tout en améliorant le confort de la patiente et en réduisant les complications potentielles liées à ce symptôme.

IV. QUESTION SPÉCIFIQUE

Au regard des particularités physiologiques de la femme enceinte, des spécificités de la rachianesthésie et de leurs impacts sur l'hémodynamie materno-fœtale, les nausées et vomissements per-césarienne représentent une problématique fréquente, pouvant altérer le vécu de la patiente et compliquer la prise en charge anesthésique.

C'est dans ce contexte que se pose la question suivante :

« Quelle est la stratégie actuelle de prévention et prise en charge des nausées-vomissements lors de césariennes réalisées sous rachianesthésie ? »

DEUXIÈME PARTIE : MATÉRIEL ET MÉTHODE

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive multicentrique.

L'objectif étant une évaluation des pratiques existantes limitée aux centres concernés et non la recherche ou la confirmation d'une nouvelle connaissance médicale avec intention de généralisation. Cette étude n'est pas un protocole de recherche clinique (tel que régi par la loi Jardé) mais un audit de pratique clinique.

II. Population

1. Critères de sélection

L'audit a été mené au sein de deux établissements hospitaliers publics situés dans le Haut-Rhin : le Centre Hospitalier de Colmar (HCC) et le Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse et Sud-Alsace (GHRMSA).

a. Critères d'inclusion

- Femme enceinte prise en charge pour une césarienne
- Degré d'urgence : programmée, code vert, code orange
- Anesthésie par rachianesthésie
- Période du 11 février au 31 mai 2025

b. Critères de non-inclusion

- Les patientes, ayant bénéficié de réinjection sur analgésie péridurale ont été exclues, afin de concentrer l'analyse d'un seul type d'anesthésie.
- Les césariennes « code rouge » car la rachianesthésie n'est généralement pas utilisée dans ce contexte d'urgence vitale immédiate.

2. Taille d'échantillon

Il était initialement prévu de recueillir environ une soixantaine de dossiers de patientes afin de disposer d'un échantillon suffisamment large.

III. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était le protocole antiémétique administré, à but préventif et/ou curatif : administration de Dexaméthasone, Dropéridol, et Ondansétron.

Les critères de jugement secondaires comprenaient :

- La survenue de nausées et/ou vomissement per-césarienne, entre l'induction anesthésique et la sortie de salle
- La relation entre les nausées-vomissements, et divers facteurs explicatifs potentiels : traitements antiémétiques utilisés, hypotension artérielle, tabagisme, code de césarienne et délai de la Cimétidine
- Les moments critiques d'apparition des symptômes : entre RA et incision, entre incision et naissance, entre naissance et fermeture.

Cette analyse vise à établir un lien entre la survenue des nausées-vomissements et différents paramètres cliniques et organisationnels tels que : l'administration médicamenteuse, les étapes clés de l'intervention (rachianesthésie, hystérotomie, naiss du nouveau-né, injection de traitements susceptibles d'augmenter le risque de nausées-vomissements), dans le but d'identifier les facteurs déterminants et de proposer des pistes d'amélioration des pratiques.

IV. Déroulement

L'inclusion des patientes a été réalisée par les soignants, après que les équipes du bloc opératoire aient été informées au préalable par l'encadrement ainsi que par nous-mêmes.

À cette occasion, les données qu'on ne pouvait trouver de façon fiable dans le dossier d'anesthésie informatisé étaient recueillies de façon prospective à l'aide d'un formulaire papier dédié (Annexe 3), distribué en amont au sein du bloc opératoire. Ce formulaire a permis de collecter notamment la présence ou non de nausées et/ou vomissements per-césarienne, l'heure de leur survenue, ainsi que l'heure de prise de la Cimétidine.

À noter que les patientes n'ont pas reçu d'information par les soignants à propos de cet audit, car celle-ci n'était pas opportune dans le contexte de césarienne imminente : état psychologique non compatible avec un consentement libre et éclairé d'une part, mention expresse du risque de nausée et vomissement contre-productive pour une prise en charge la plus rassurante possible d'autre part.

Toutes les autres données ont été recueillies rétrospectivement à partir du dossier d'anesthésie.

Nous avons ensuite consigné dans un tableau Excel dédié (annexe 4) toutes les données que nous avons pu recueillir. Cette méthodologie a permis un traitement et une structuration des informations nécessaires à notre analyse.

La sécurité des données a été respectée tout au long de notre travail. Tous les fichiers ont été enregistrés sur des supports sécurisés et protégés par mot de passe, limitant l'accès à notre directeur de mémoire et à nous-mêmes. Les données collectées ont été anonymisées dès leur traitement, afin de garantir la confidentialité des patientes. À l'issue de ce travail, l'ensemble des données sera détruit de manière définitive, dans le respect des règles éthiques liées à la protection des informations personnelles.

V. Données

Les données recueillies sont les suivantes :

- **Concernant la patiente** : âge, poids, taille, IMC, tabagisme, gestité, parité, nombre de fœtus
- **Concernant l'anesthésie** : heure de réalisation de la RA et posologie utilisées, présence d'une hypotension artérielle
- **Concernant la chirurgie** : code de la césarienne, heure d'incision et heure de naissance, heure de fermeture
- **Concernant les traitements administrés** : utilisation d'un anti-émétique parmi le Dropéridol, la Dexaméthasone, l'Ondansétron et la Cimétidine
- **Concernant le critère de jugement principal** : présence de nausées et/ou vomissements pendant la césarienne, avec mention de l'heure d'apparition

VI. Analyses

L'analyse des données était principalement descriptive. Les variables qualitatives ont été présentées sous formes d'effectifs et de pourcentages pour chaque modalité. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne et écart-type lorsque leur distribution graphique était proche de la normalité, ou en médiane et intervalle interquartile dans le cas contraire.

Les analyses bivariées explorant la relation entre la survenue de N/V et les facteurs explicatifs ont fait appel à une première confrontation graphique par diagramme en barre. Étant donné les effets faibles, les associations statistiques ont été réalisées via un test de Fisher (conditions d'application d'un Chi 2 non réunies). L'association entre le délai Cimétidine-RA et la survenue de N/V a fait appel à un test de comparaison de moyenne non paramétrique (test de Mann-Whitney-Wilcoxon).

L'ensemble des analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel R, version 4.2.2 pour Linux.

TROISIÈME PARTIE : RÉSULTATS

I. Caractéristiques

1. De la population

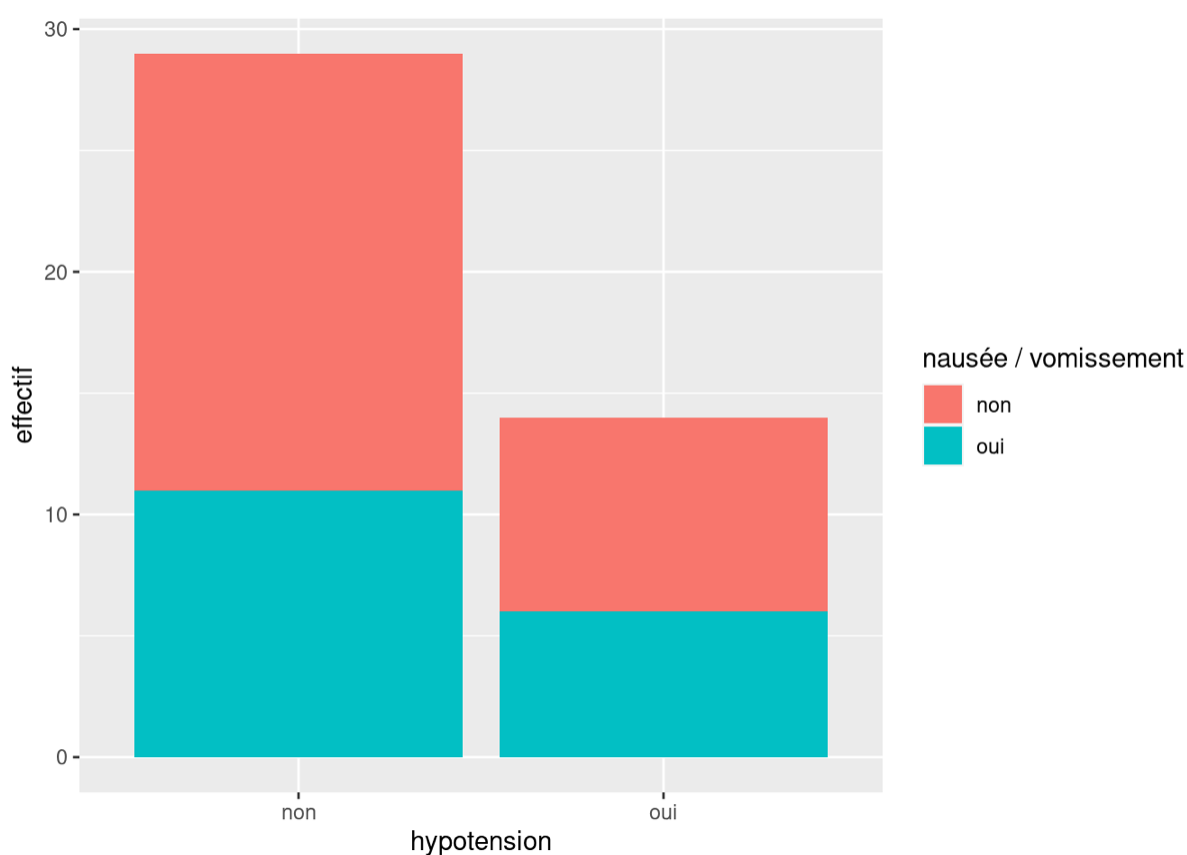
Âge (années)		34,4 ± 4.9
Poids (kg)		81 ± 17
Taille (cm)		163,3 ± 5.9
IMC		30 ± 6
Gestité		
	1	12
	2	11
	3	12
	4	2
	5	3
	6	3
Parité		
	0	13
	1	16
	2	9
	3	2
	4	1
	5	1
	6	1
	7	1

Tableau 1 : caractéristiques générales de la population

2. De la rachianesthésie

Toutes les patientes ont reçu la même dose de morphine, soit 100µg. Concernant le Sufentanil, 29 patientes (soit 67%) ont reçu 2,5µg contre 14 (soit 33%), ont reçu 5µg.

En ce qui concerne l'hypotension artérielle : 11 patientes, soit 38 %, ont présenté des nausées sans hypotension, tandis que 6 patientes, soit 43 %, ont présenté des nausées et/ou vomissements accompagnés d'une hypotension.



Graphique 1 : Répartition des N/V en lien avec une hypotension artérielle.

Hypotension	Absence de N/V	Présence N/V
Non	18	11
Oui	8	6

Tableau 2 : Effectifs des parturientes ayant eu des N/V en lien avec une hypotension ou non

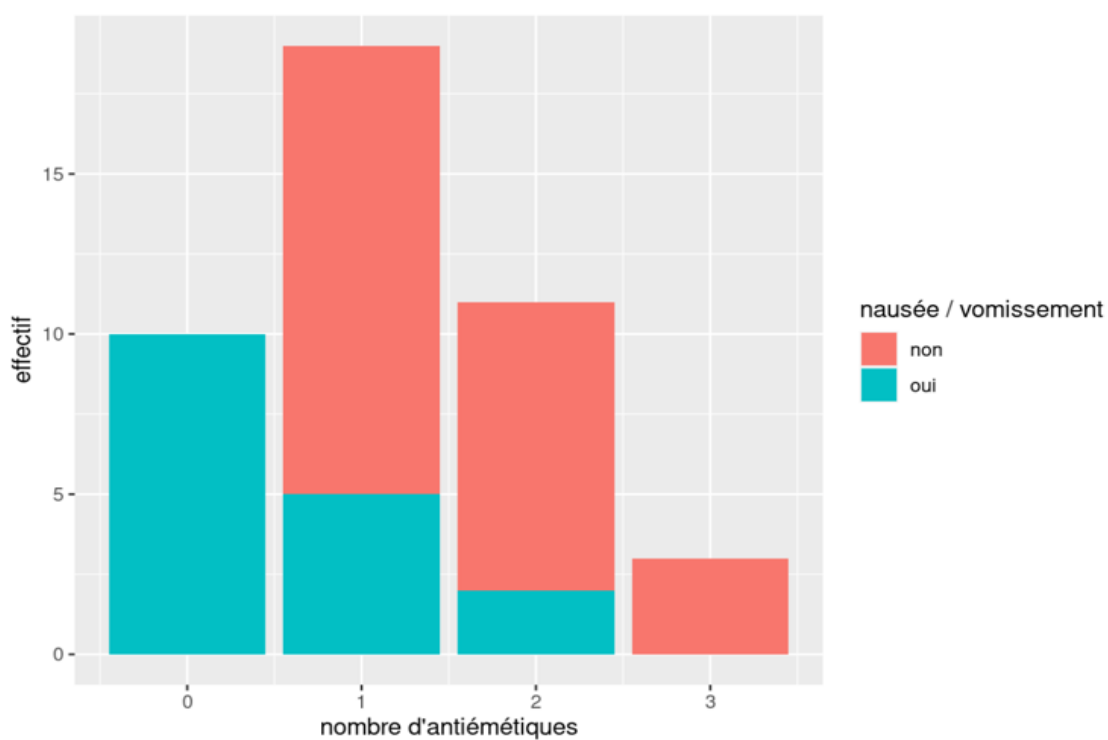
II. Résultat principal

Le tableau 3 présente la proportion des antiémétiques administrés ainsi que leurs indications préventives et/ou curatives selon le traitement administré.

Médicament	Patientes traitées N (%)	Indication préventive N (%)	Indication curative N (%)
Cimétidine	43 (100%)	-	-
Dropéridol	15 (35%)	12 (80%)	3 (20%)
Dexaméthasone	40 (93%)	30 (75%)	10 (25%)
Ondansétron	15 (35%)	8 (53%)	7 (47%)

Tableau 3 : Proportions d'administration des antiémétiques et leurs indications.

Le graphique 2, a été réalisé selon le test de Fisher avec une p-valeur inférieure à 0,01. Ce qui montre une différence significative de l'incidence des N/V en fonction du nombre d'antiémétiques administrés.



Graphique 2 : Incidence des N/V en fonction du nombre d'antiémétiques a visée préventive

En effet, toutes les patientes n'ayant reçu aucun traitement ont présenté des nausées, contre 26 % chez celles ayant bénéficié d'un traitement unique, 18 % avec une bi-thérapie, et aucune en cas de tri-thérapie.

Minimum	Q1	Médiane	Q3	Maximum
Dropéridol				
-4	19,3	24	32	49
Dexaméthasone				
0	19	23	28	44
Ondansétron				
4	27,5	37	45,5	67

Tableau 4 : Temps écoulés entre la RA et l'administration des antiémétiques

Nombre d'antiémétique	Absence de N/V	Présence de N/V
1	14	7
2	9	8
3	3	2

Tableau 5 : Répartition des N/V selon le nombre de traitements reçus

Antiémétiques	Absence de N/V	Présence de N/V
Dexaméthasone	13	5
Dexaméthasone + Dropéridol	7	2
Dexaméthasone + Dropéridol + Ondansétron	3	2
Dexaméthasone + Ondansétron	2	6
Dropéridol	1	0
Ondansétron	0	2

Tableau 6 : Répartition des N/V selon l'antiémétique utilisé

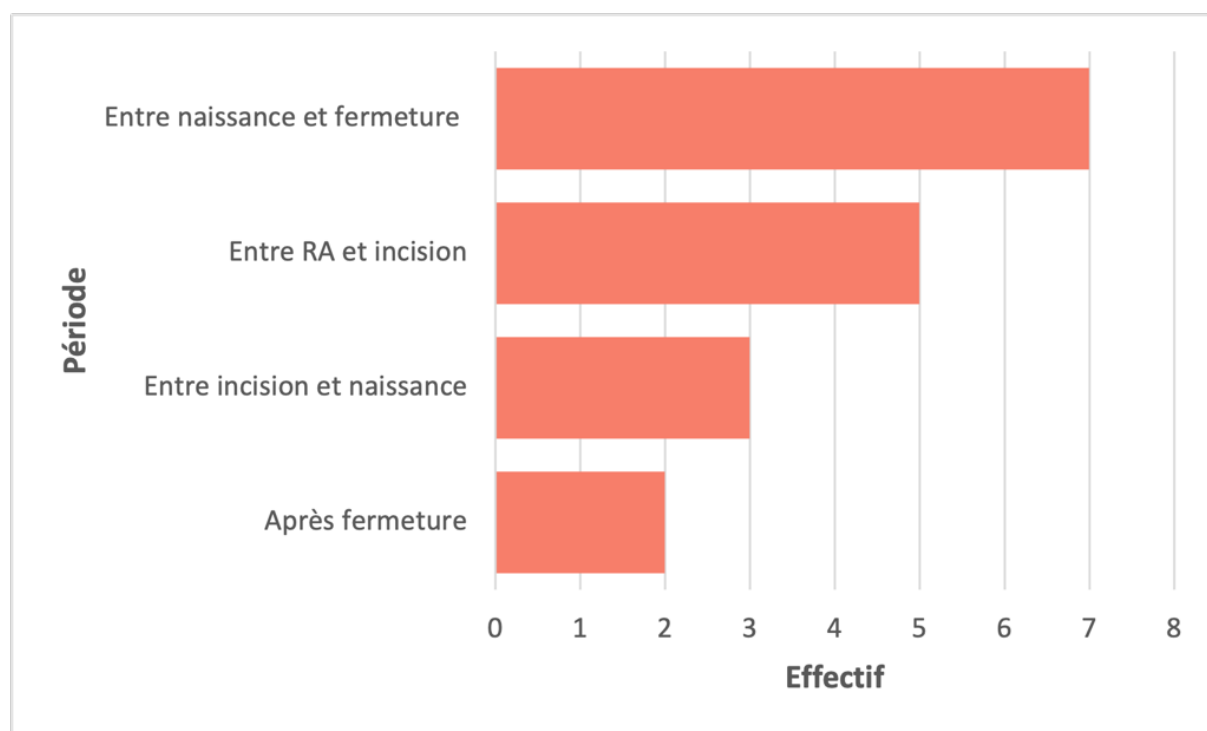
III. Résultats secondaires

Les nausées/vomissements représentaient sur la population étudiée près de 49%, les nausées avaient une incidence de 40% et les vomissements d'environ 10%.

En ce qui concerne les périodes clés de la prise en charge, l'apparition des N/V s'est répartie de la manière suivante :

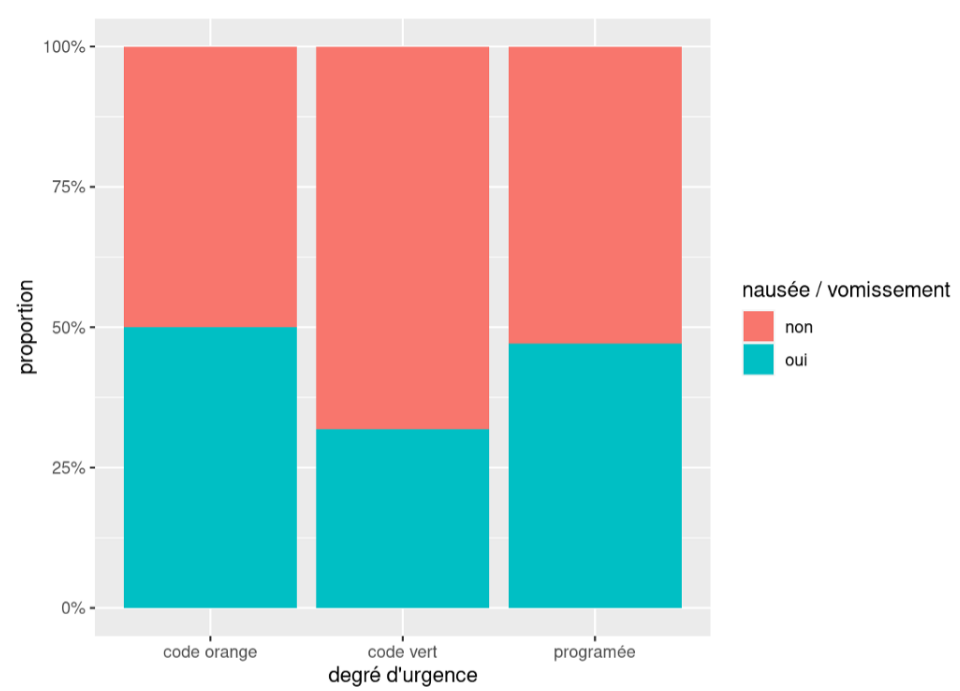
Période	Entre RA et incision	Entre incision et naissance	Entre naissance et fermeture	Après fermeture
Effectifs	5 (29%)	3 (18%)	7 (41%)	2 (12%)

Tableau 7 : Répartition des effectifs selon les périodes



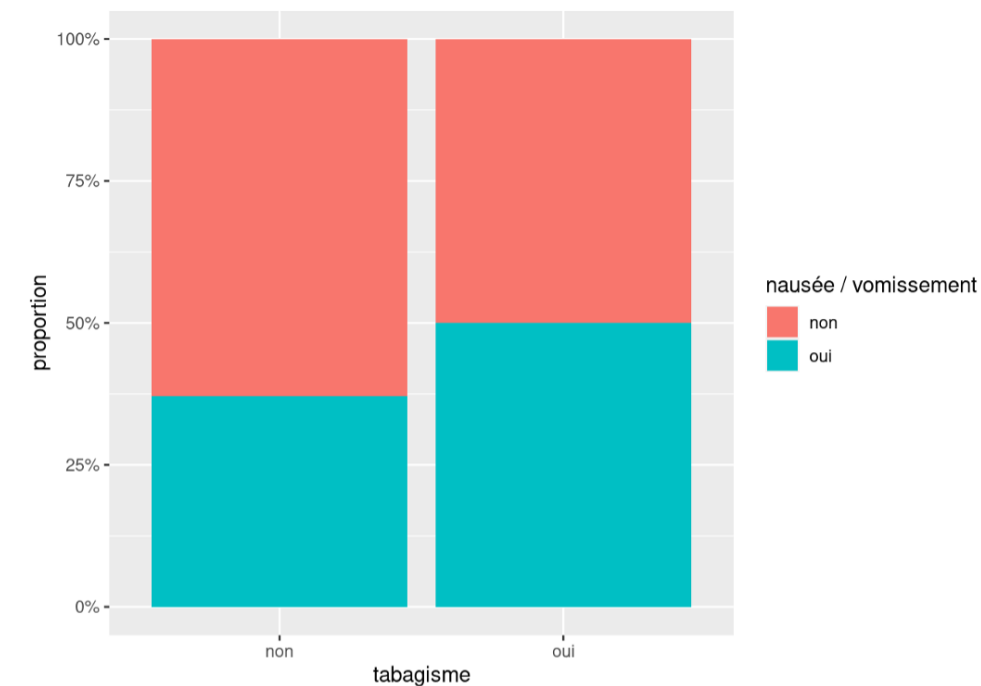
Graphique 3 : Répartition des moments d'apparition des N/V

- Degré d'urgence : l'incidence des nausées et/ou vomissements était de 47 % pour les césariennes programmées, de 32 % en cas de code vert et de 50 % en cas de code orange.



Graphique 4 : Répartition des N/V selon le degré d'urgence

- Tabagisme : parmi les parturientes ayant présenté des nausées et/ou vomissements, 37 % étaient non-fumeuses, tandis que 50 % étaient fumeuses.

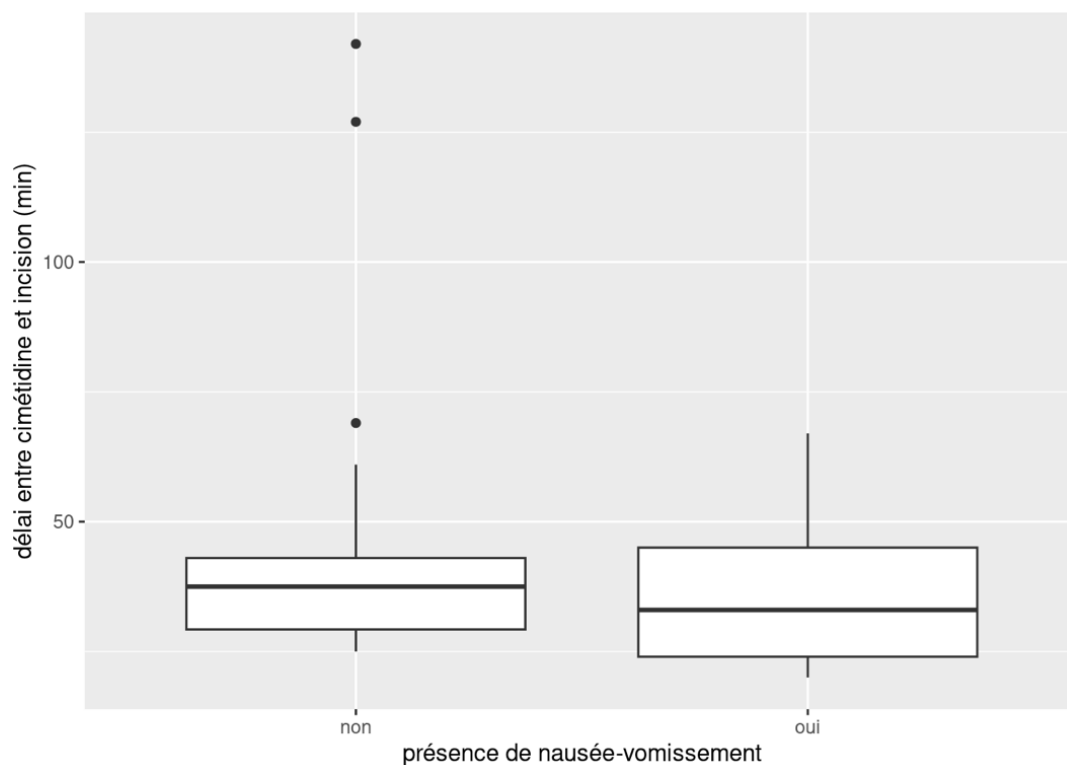


Graphique 5 : Répartition des N/V selon la consommation de tabac

- Cimétidine : le tableau suivant reflète où est l'indicateur de la distribution du délai entre la prise de cimétidine et l'incision ; le boxplot montre alors qu'il n'y a pas de différence significative avec une p-valeur = 0,16013

N/V	Moyenne (min)	Écart type	Minimum (min)	Q1 (min)	Médiane (min)	Q3 (min)	Maximum (min)
Absence	45,8	28,5	25	29,2	37,5	43	142
Présence	34,8	12,7	20	24	23	45	67

Tableau 8 : Indicateur de la distribution entre Cimétidine et incision



Boxplot 1 : Comparaison des N/V selon les délais de prise de Cimétidine

QUATRIÈME PARTIE : DISCUSSION

I. Résultats principaux

Au cours de cette étude, un taux global de nausées et vomissements pendant la césarienne a été retrouvé chez 49 % des parturientes, tous établissements confondus. Cela correspond à près d'une patiente sur deux, ce qui reste un chiffre élevé qui doit attirer notre attention et nous imposer une réflexion sur l'amélioration de notre pratique.

L'analyse des données a mis en évidence des différences de pratiques selon les structures, avec une application parfois insuffisante des recommandations en matière de prévention des nausées et vomissements.

Seulement 35 % des patientes ont reçu du dropéridol, ce qui semble faible au vu du risque élevé de N/V dans le contexte obstétrical. Une tendance similaire a été observée pour l'ondansétron, également administré chez seulement 35 % des parturientes.

En revanche, une certaine homogénéité a été retrouvée concernant l'utilisation de dexaméthasone, qui a été administrée chez 93 % des patientes, traduisant une meilleure intégration de cette molécule dans les pratiques courantes.

II. Comparaison avec la littérature

Nos résultats s'inscrivent globalement dans la continuité des données issues de la littérature. En effet, une méta-analyse rapporte une incidence des nausées et vomissements en post-césarienne estimée à 36 %, valeur à laquelle nous sommes supérieurs. (20)

À l'inverse, une enquête sur les pratiques cliniques menée récemment fait état d'une incidence nettement plus élevée, atteignant 66,7 %, soulignant ainsi une variabilité importante selon les contextes et les modalités de prise en charge. (21)

Pour appuyer les résultats de notre étude, il y a des éléments de preuve que l'Ondansétron administré en prophylaxie avant la rachianesthésie, permet une réduction de l'incidence des nausées-vomissements chez les patientes du groupe Ondansétron (2,3 %) comparée au groupe placebo (22,3 %). (22)

Une analyse regroupant plusieurs études a permis de mettre en évidence les nombreux facteurs de risque associés aux nausées et vomissements per-césarienne, et amène à recommander une prophylaxie multimodale, particulièrement adaptée au contexte de l'anesthésie obstétricale. (23)

III. Forces et limites de l'étude

Les deux structures de recueil de données, étaient à la fois complémentaires et représentatives du tissu hospitalier régional, et nous ont permis de recueillir des données variées et pertinentes dans un contexte réel de soins. La diversité des services et des pratiques rencontrées dans ces hôpitaux a ainsi enrichi la portée de l'étude et renforcé sa validité.

- Points forts :
 - sujet pertinent directement en lien avec le confort et le bien-être de la patiente ;
 - problématique fréquemment rencontrée par le personnel soignant ;
 - ouverture sur une proposition de protocole prophylactique antiémétique afin d'harmoniser les pratiques.

Cette étude présente néanmoins quelques limites susceptibles d'influencer l'interprétation et la généralisation des résultats.

- Limites méthodologiques :
 - taille de l'échantillon : le nombre restreint de patientes incluses limite la représentativité de la population cible et la puissance statistique de l'étude ;
 - inconstance du recueil de données : la grille d'observation n'a pas été systématiquement utilisée du fait d'un manque d'adhésion de l'équipe. De plus, certaines ont été perdues ;
- Limites liées au système d'information :
 - inadéquation du score d'Apfel : ce score de prédiction renseigné automatiquement via le logiciel médical, ne permettait pas une évaluation personnalisée et fiable du risque de nausées chez la parturiente ;
 - survenue des nausées-vomissements mal tracés dans le dossier informatique d'anesthésie. ;
- Limites théoriques :
 - population restreinte : choix d'un type d'anesthésie, limitant ainsi l'applicabilité des résultats à l'ensemble des patientes césarisées.

IV. Implications dans la pratique et perspectives d'amélioration

Les résultats de cette étude ont pu mettre en avant une forte incidence des N/V per-césarienne, allant jusqu'à 49%, tous degrés d'urgence confondus. Ces résultats démontrent donc que ces effets indésirables sont relativement fréquents et seraient susceptibles d'avoir un impact sur le bien-être maternel.

Les articles que nous avons consultés mettent en avant l'importance d'une prophylaxie multimodale, particulièrement dans des situations comme : la rachianesthésie, l'hypotension artérielle, le jeûne prolongé et le stress d'une césarienne qui sont des situations relativement fréquentes dans un contexte obstétrical.

Ainsi, la mise en place d'un protocole standardisé favoriserait l'anticipation de ces manifestations, tout en permettant d'homogénéiser les pratiques soignantes. Ceci réduirait considérablement l'incidence des N/V, optimisant alors le confort de la parturiente et contribuant à son bien-être psychique et physique.

Voici notre proposition de protocole prophylactique visant à prévenir la survenue des nausées et vomissements per-césarienne :

Thérapeutique	Dosage	Moment	Justification
Cimétidine	200mg PO	Avant la cimétidine	Réduction de l'acidité gastrique
Dropéridol	0,625mg IV	Après la RA	Prophylaxie antiémétique
Dexaméthasone	8mg IVL	Après la RA	Prophylaxie antiémétique
Ondansétron	4mg IV	Après la RA	Si Apfel ≥ 3 ou curatif

Certaines observations cliniques méritent d'être précisées concernant l'administration des traitements prophylactiques. Il a été noté que la prise de Cimétidine trop proche de l'installation en salle d'opération, semblait associée à une augmentation de la fréquence des nausées et vomissements. Ce délai réduit entre la prise du traitement et l'acte chirurgical pourrait compromettre son efficacité optimale.

De même, s'agissant de la Dexaméthasone, l'administration trop rapide, notamment en dehors d'une injection intraveineuse lente, a pu être corrélée à l'apparition de nausées et vomissements. Ces éléments soulignent l'importance de respecter scrupuleusement les modalités d'administration des traitements prophylactiques, tant en termes de posologie que de timing, afin d'en garantir l'efficacité et de limiter les effets indésirables.

D'autres mesures complémentaires doivent également être envisagées pour prévenir ou atténuer les nausées et vomissement en péri-césarienne, en complément du protocole médicamenteux :

- Optimisation HDM avec prévention de l'hypotension par remplissage vasculaire et vasopresseur associés à une surveillance rapprochée des variations tensionnelles ;
- Mesures non médicamenteuses :
 - un environnement calme et rassurant ;
 - l'écoute active, ainsi que la présence d'un proche, lorsque cela est possible, ainsi que le recours à des techniques comme l'hypnose, l'acupuncture, pour les personnels formés.

Enfin, la mise en place d'une évaluation régulière via des audits de pratique permettrait d'ajuster ce protocole au regard des résultats observés, tout en l'adaptant aux évolutions des recommandations scientifiques et aux réalités du terrain. Cette dynamique d'amélioration continue contribuerait à renforcer l'efficacité du dispositif et à optimiser la prise en charge globale des patientes.

CONCLUSION

Les nausées et vomissements lors des césariennes sous rachianesthésie constituent une problématique fréquente, multifactorielle et pourtant sous-estimée. Leur forte prévalence et leur retentissement sur le vécu maternel justifient pleinement une réflexion approfondie sur les pratiques professionnelles en anesthésie obstétricale.

Cet audit de pratique a permis de mettre en évidence une hétérogénéité importante dans les stratégies de prévention antiémétique, liée à l'absence de protocoles standardisés et, à une évaluation inconstante du risque. Ces résultats soulignent le besoin de formaliser les pratiques, de favoriser l'usage raisonné et anticipé des thérapeutiques, et de renforcer la coordination entre les professionnels impliqués dans la prise en charge des parturientes.

En tant qu'infirmier anesthésiste, ce travail interroge notre positionnement professionnel : au-delà de l'administration technique, notre rôle prend toute sa dimension dans l'évaluation des risques, la mise en œuvre de stratégies adaptées, et l'accompagnement individualisé des patientes. Il s'agit d'un levier essentiel pour améliorer la qualité des soins périnataux et contribuer à une expérience opératoire plus humaine, plus confortable et plus sécurisée.

Enfin, cette étude ouvre la voie à des perspectives concrètes : élaboration de protocoles locaux, formation continue ciblée sur les effets indésirables per-opératoires, et mise en place d'une prophylaxie systématique fondée sur les données probantes. L'évolution des pratiques ne peut être que collective, structurée et centrée sur les besoins des patientes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Césarienne : ce que toute femme enceinte devrait savoir... Document d'information destiné aux femmes enceintes [Internet]. [cité 9 janv 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1603546/fr/cesarienne-ce-que-toute-femme-enceinte-devrait-savoir-document-d-information-destine-aux-femmes-enceintes
2. Dubois C, Buisson A, Equy V, Hoffmann P, Riethmuller D. Césariennes « code rouge » : création d'une grille de pertinence par méthode Delphi permettant l'analyse de pratique. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie [Internet]. 1 juin 2023 [cité 19 mars 2025];51(6):337-41. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468718923001022>
3. Dr T. BUBENDORFF. UE 3.3.1.S2 Anesthésie pour césarienne.pdf. PowerPoint présenté à EIADE; 2023 mai 3.
4. Dr S. LE SUEUR. UE 3.3.2.S2 Physiologie de la grossesse.pdf. PowerPoint présenté à EIADE; 2024 mai 3.
5. Césarine - Aspects psychologiques [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.cesarine.org/apres/psy/>
6. Olde E, van der Hart O, Kleber R, van Son M. Posttraumatic stress following childbirth: A review. Clinical Psychology Review [Internet]. 1 janv 2006 [cité 14 mai 2025];26(1):1-16. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735805000991>
7. Viaux-Savelon S, Dupont C. Stress post-traumatique en périnatalité : prévention, diagnostic et prise en charge. La Presse Médicale Formation [Internet]. 1 oct 2024 [cité 14 mai 2025];5(5):353-9. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666479824001423>
8. Fatigue après une césarienne : causes, durée et conseils de récupération [Internet]. [cité 14 mai 2025]. Disponible sur: <https://lyceedesmetiersparentis.fr/posts/fatigue-apres-cesarienne-38675>
9. Nadiaredaction. Nausée : Explications, Symptômes, causes et traitements [Internet]. 2023 [cité 21 mars 2025]. Disponible sur: <https://wellicare.com/la-nausee-tout-ce-qu-il-faut-savoir/>
10. G. Giguët, N. Bourdaud. Nausées et vomissements post-opératoires chez l'adulte et l'enfant. [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/nausees_et_vomissements_chez_l_adulte_et_l_enfant.pdf; 2010.
11. KineQuantum. Rééduquer les cinétoses avec la réalité virtuelle [Internet]. 2021 [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.kinequantum.com/post/reeducation-cinetose-realite-virtuelle>
12. Simon L. Impact de l'extériorisation utérine sur les nausées et vomissements per-opératoires lors de césarienne réalisée sous anesthésie neuroaxiale à la Maternité Régionale de Nancy. fhal-01932284f [Internet]. 23 nov 2018 [cité 21 mars 2025];78. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932284v1>

13. Ferré F, Martin C, Minville V. Contrôle de la pression artérielle en rachianesthésie. *Anesthésie & Réanimation* [Internet]. 1 mars 2017 [cité 21 mars 2025];3(2):147-55. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352580017300114>
14. Jasmin PO. La massothérapie dans le processus de guérison | Le Réseau [Internet]. Réseau des massothérapeutes professionnels du Québec. 2014 [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://rmpq.ca/blogue/role-de-la-massotherapie-dans-le-processus-de-guerison/>
15. Borgeat A, Ekatodramis G, Schenker CA. Postoperative Nausea and Vomiting in Regional Anesthesia: A Review. *Anesthesiology* [Internet]. 1 févr 2003 [cité 21 mars 2025];98(2):530. Disponible sur: https://journals.lww.com/anesthesiology/fulltext/2003/02000/postoperative_nausea_and_vomiting_in_regional.35.aspx
16. Sartain JB, Barry JJ, Howat PW, McCormack DI, Bryant M. Intravenous oxytocin bolus of 2 units is superior to 5 units during elective Caesarean section. *British Journal of Anaesthesia* [Internet]. 1 déc 2008 [cité 21 mars 2025];101(6):822-6. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000709121734103X>
17. Jacobs D. Nausées et vomissements postopératoires (NVPO) [Internet]. NYSORA. 2023 [cité 20 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.nysora.com/fr/anesth%C3%A9sie/naus%C3%A9es-et-vomissements-postop%C3%A9ratoires-ponv/>
18. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 10 avril 2025]. Nausées et vomissements au début de la grossesse - Gynécologie et obstétrique. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gynécologie-et-obstétrique/symptômes-pendant-la-grossesse/nausées-et-vomissements-au-début-de-la-grossesse>
19. Asgarlou Z, Mohammadian ED, Houshmandi S, Mohseni M, Sheyklo SG, Moosavi A, et al. Comparative Efficacy of Different Classes of Antiemetic Medications for the Prevention of Nausea and Vomiting in Cesarean Section: A Network Meta-Analysis. *International Journal of Preventive Medicine* [Internet]. sept 2023 [cité 7 nov 2024];14(1):116. Disponible sur: https://journals.lww.com/ijom/fulltext/2023/09280/comparative_efficacy_of_different_classes_of.116.aspx
20. Hailu S, Mekonen S, Shiferaw A. Prevention and management of postoperative nausea and vomiting after cesarean section: A systematic literature review. *Ann Med Surg (Lond)* [Internet]. mars 2022 [cité 20 mai 2025];75:103433. Disponible sur: https://journals.lww.com/annals-of-medicine-and-surgery/fulltext/2022/03000/prevention_and_management_of_postoperative_nausea.89.aspx
21. T. LECHAT, M. TOROSSIAN. Evaluation des pratiques professionnelles de prise en charge antiémétique au cours des césariennes à la maternité du CHU de Bordeaux [Internet] [Thèse]. BORDEAUX; 2023. [cité 10 mai 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04093563v1/document>
22. Zhang Y, Xia F, Zhang W, Lv A. Prophylactic ondansetron for preventing intraoperative shivering, nausea and vomiting during spinal anesthesia for cesarean section: a randomized controlled trial. *Front Pharmacol* [Internet]. 10 déc 2024 [cité 7 nov 2024];15:1500642. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11666353/>
23. Balki M, Carvalho JCA. Intraoperative nausea and vomiting during cesarean section under regional anesthesia. *International Journal of Obstetric Anesthesia* [Internet]. 1 juill 2005 [cité 7 nov 2024];14(3):230-41. Disponible sur: [https://www.obstetanesthesia.com/article/S0959-289X\(04\)00184-0/abstract](https://www.obstetanesthesia.com/article/S0959-289X(04)00184-0/abstract)

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Grille de recueil des nausées-vomissements et cimétidine

Annexe 2 : Tableau Excel

Annexe 1 : Grille de recueil des nausées-vomissements et cimetidine

NB : ces grilles de recueil étaient nominatives (étiquettes patientes pour retrouver le dossier informatisé correspondant) et sont donc restées physiquement stockées dans les services.

Étiquette patiente Cimetidine ☐ Oui ☐ Non Heure : Nausées ☐ Oui ☐ Non Heure : Vomissements ☐ Oui ☐ Non Heure :	Étiquette patiente Cimetidine ☐ Oui ☐ Non Heure : Nausées ☐ Oui ☐ Non Heure : Vomissements ☐ Oui ☐ Non Heure :	Étiquette patiente Cimetidine ☐ Oui ☐ Non Heure : Nausées ☐ Oui ☐ Non Heure : Vomissements ☐ Oui ☐ Non Heure :
--	--	--

Annexe 2 : Tableau Excel

[illegible]

RÉSUMÉ

Introduction : Les nausées et vomissements per-opératoires (N/V) lors des césariennes sous rachianesthésie constituent une complication fréquente, avec une incidence estimée entre 60 et 80 % en l'absence de stratégie prophylactique. Ces effets indésirables impactent significativement le confort maternel et participent à une expérience négative de l'accouchement chirurgical. Dans ce contexte, la mise en œuvre d'une prophylaxie antiémétique adaptée représente un enjeu central en termes de qualité des soins anesthésiques et de bien-être de la patiente.

Méthode : La présente étude est une étude prospective, visant à dresser un état des lieux des pratiques professionnelles en matière de prévention des nausées et vomissements per-opératoires chez les parturientes césarisées sous rachianesthésie, au sein des deux centres hospitaliers (HCC et GHRMSA). Le recueil de données a été réalisé à l'aide de grilles d'observation ciblant les traitements administrés, les facteurs de risque identifiés, ainsi que les symptômes déclarés en per-opératoire.

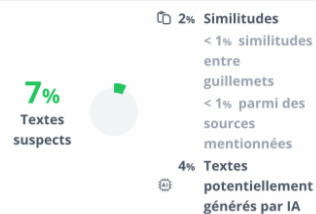
Résultats : Un total de 41 patientes a été recensés, pour une moyenne de 40% de N/V. Les résultats ont permis de mettre en évidence une variabilité marquée des pratiques, notamment en ce qui concerne le choix et l'administration des thérapeutiques antiémétiques. L'absence de protocoles standardisés spécifiques à la population obstétricale, ainsi que le recours non systématique à la prophylaxie, apparaissent comme des facteurs explicatifs majeurs des disparités observées.

Conclusion : Ces constats soulignent la nécessité d'une meilleure formalisation des conduites professionnelles, via l'élaboration de protocoles institutionnels, la systématisation de la prophylaxie antiémétique fondée sur des critères de risque, et la sensibilisation accrue des équipes soignantes à l'impact clinique et émotionnel de ces complications. Dans ce cadre, l'infirmier anesthésiste joue un rôle clé dans l'identification, la prévention et l'anticipation contribuant ainsi à l'amélioration globale de la qualité des soins en anesthésie obstétricale.

Mots clés : césarienne, rachianesthésie, nausées, vomissements, antiémétique



HERNANDEZ Maeva, SERGENT Andréa, Les nausées et vomissements per-césarienne, École IADE STG 2023-2025



Nom du document: HERNANDEZ Maeva, SERGENT Andréa, Les
nausées et vomissements per-césarienne, École IADE STG 2023-
2025.docx
ID du document: fd4b472d5ff40a41a4c10993488e92b6247005e0
Taille du document d'origine: 1,01 Mo

Déposant: Andréa Sergent
Date de dépôt: 23/07/2025
Type de dépôt: interface
date de fin d'analyse: 23/07/2025

Nombre de mots: 8442
Nombre de caractères: 60 629

Emplacement des similitudes dans le document:



Source principale détectée

N°	Description	Similitudes
1	hal.univ-lorraine.fr https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932284v1/preview/BUMED_T_2017_SIMON_LUDIVINE.pdf#page=2 3 sources similaires	

Sources avec similitudes accidentelles

N°	Description	Similitudes
1	elmnet.ir zoleykha asgarlou https://elmnet.ir/author/zoleykha-asgarlou	
2	dumas.ccsd.cnrs.fr https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04093563v1/document	
3	www.ncbi.nlm.nih.gov Prophylactic ondansetron for preventing intraoperative shivering, nausea and vomiting during spinal anesthesia for cesarean ... https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11666353/	
4	www.has-sante.fr https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-07/brochure_patient_cesarienne_mel_2013-07-02_11-25-35_632.pdf	
5	polyclinique-santamaria.fr https://polyclinique-santamaria.fr/wp-content/uploads/2023/05/livret-has-cesarienne.pdf	

Sources mentionnées (sans similitudes détectées)

Ces sources ont été citées dans le document sans trouver de similitudes.

1	https://www.has-sante.fr/jcms/c_1603546/fr/cesarienne-ce-que-toute-femme-enceinte-devrait-savoir-document-d-information-destine-aux-femmes-enceintes
2	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468718923001022
3	https://www.cesarine.org/apres/psy/
4	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735805000991
5	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666479824001423

ABSTRACT

Introduction : Intraoperative nausea and vomiting (N/V) during caesarean sections under spinal anesthesia are a common complication, with an estimated incidence between 60 and 80% in the absence of prophylactic strategy. These adverse effects significantly impact maternal comfort and contribute to a negative experience of surgical delivery. In this context, the implementation of appropriate antiemetic prophylaxis represents a central issue in terms of quality of anesthetic care and patient well-being.

Method : The present study is a prospective study aimed at drawing up an inventory of professional practices regarding the prevention of peroperative nausea and vomiting in caesarean parturients under spinal anaesthesia, within the two hospital centers (HCC/GHRMSA) . The data collection was carried out using observation grids targeting the treatments administered, the identified risk factors and occurrence of N/V.

Results : A total of 41 patients were included in the study, with an average of 40% of nausea and/or vomiting. The results highlighted a marked variability in practices, particularly regarding the choice and administration of antiemetic therapeutics. The lack of local standardized protocols specific to the obstetric population, as well as the unsystematic use of prophylaxis, appear as major explanatory factors for the observed disparities.

Conclusion : These findings highlight the need for better formalization of professional conduct, through the development of institutional protocols, the systematization of antiemetic prophylaxis based on risk criteria, and the increased awareness of care teams about the clinical and emotional impact of these complications. In this context, the nurse anesthetist plays a key role in identifying, preventing and anticipating these intraoperative adverse events, thus contributing to the overall improvement of the quality of care in obstetric anesthesia.

Keywords : cesarean, spinal anesthesia, nausea, vomiting, antiemetic