

# **Programme Scientifique**

**XXVII<sup>ème</sup> CONGRES DE LA SARANF  
SOCIETE D'ANESTHESIE REANIMATION D'AFRIQUE  
NOIRE FRANCOPHONE**

**&**

**V<sup>ème</sup> CONGRES DE LA SOSEAR  
SOCIETE SENEGALAISE D'ANESTHESIE REANIMATION  
ET DE MEDECINE D'URGENCE**

**Hôtel des Almadies,  
Dakar, du 23 au 25 Novembre 2011**

## **Le Mot du Président de la Société de Réanimation de l'Afrique Noire Francophone**

**Cher(e)s collègues et ami(e)s,**

**Sous l'égide du Ministère de la Santé, de l'Hygiène publique et de la Prévention et de la Faculté de Médecine de l'Université Cheikh Anta Diop, le Sénégal accueille, à Dakar, du 23 au 25 Novembre 2011, le 27ème congrès de la Société d'Anesthésie-Réanimation d'Afrique Noire Francophone (SARANF) coorganisé avec le congrès annuel de la Société Sénégalaise d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence (SOSEAR).**

**Après le congrès de Brazzaville en 2010, qui a consacré le retour à une périodicité annuelle de cette importante manifestation et après le désistement de la Côte d'Ivoire pour les raisons que nous connaissons, le Sénégal qui assure la présidence de la SARANF, et qui était programmé pour 2012, se devait d'assurer cette organisation.**

**Je remercie les autorités sénégalaises, au premier chef, le Président de la République, et son gouvernement pour avoir accepté et soutenu la tenue de ce Congrès au pays de la Téranga pour la 3ème fois après 1991 et 2002.**

**Ce congrès qui va regrouper plus de 300 spécialistes du Sénégal et d'autres pays parmi lesquels, on compte d'éminents spécialistes d'Afrique et d'Europe, est une occasion pour nous, de faire le point sur la pratique de l'anesthésie-réanimation et de la médecine d'urgence.**

**Nous notons cette année une forte représentation de la France, des sociétés maghrébines d'anesthésie-réanimation, ainsi que de sociétés anglophones. Nous allons encore une fois, partager nos expériences à travers des conférences, des symposiums, des tables rondes et des communications. Les travaux seront axés sur cinq thèmes majeurs: assurance-qualité en anesthésie-réanimation, allergie et anesthésie-réanimation, anesthésie-réanimation en chirurgie thoracique, infections en anesthésie-réanimation et urgences préhospitalières. Au total, une cinquantaine de conférences médecins et infirmiers, 80 communications seront faites par des spécialistes de renom de ces questions. Cette année encore, une place importante est réservée à la formation ; ainsi, des ateliers pratiques sur l'intubation difficile, la check-list en anesthésie-réanimation, l'arrêt cardiorespiratoire, la ventilation non invasive, l'anesthésie locorégionale seront organisés en marge de ce congrès. Ces ateliers qui connaissent un engouement de plus en plus important de la part des jeunes médecins anesthésistes-réanimateurs et urgentistes débiteront deux jours avant et seront accompagnées de démonstrations par vidéoconférence avec l'utilisation des nouvelles technologies en anesthésie.**

**Ce congrès est aussi l'occasion de faire un plaidoyer auprès des autorités de nos pays respectifs afin qu'ils accordent davantage de moyens pour le développement de l'anesthésie-réanimation et de la médecine d'urgence qui constituent l'un des piliers incontournables pour lutter contre la mortalité dans les structures de santé. C'est vrai qu'il y a eu des acquis en particulier dans le domaine de la formation mais il faut les consolider ; il faut surtout exhorter les décideurs à allouer davantage de ressources pour retenir les jeunes médecins formés dans nos structures de santé en particulier dans les hôpitaux périphériques et renforcer le plateau technique des services d'urgence et de réanimation.**

**Je vous encourage à participer à ces moments forts d'échanges, d'amitié et de solidarité entre spécialistes de différents pays d'Afrique et de pays amis.**

**Vive Dakar 2011 !**

**Professeuse Elisabeth DIOUF  
Présidente de la SARANF**

**Professeur Mamadou Diarrah BEYE  
Président du comité d'organisation**

**COMITÉ SCIENTIFIQUE****PRESIDENT****Pr Mamadou NDIAYE**

Pays

Sénégal

**VICE-PRESIDENT****Pr Elisabeth DIOUF**

Pays

Sénégal

**MEMBRES**

Pr Bineta SALL KA

Pays

Sénégal

Pr Bakary DIATTA

Sénégal

Pr Oumar KANE

Sénégal

Pr Mamadou Diarrah BEYE

Sénégal

Dr Jean-Pierre BELLEFLEUR

Sénégal

Dr Khalifa Ababacar WADE

Sénégal

Pr Marie Diop NDOYE

Sénégal

Dr Khadija DIA GUEYE

Sénégal

Dr Massamba DIOP

Sénégal

Pr BROUH Yapo

C. d'Ivoire

Dr Mbaye KANE

C. d'Ivoire

Pr Yves YAPOBI

C. d'Ivoire

Pr David MIGNONIN

C. d'Ivoire

Pr Narcisse BOUA

C. d'Ivoire

Dr Gadoa René Soussa

Congo B.

Pr Fidèle BINAM

Cameroun

Pr Jacqueline ZE MIKANDE

Cameroun

Pr Youssouf COULIBALY

Mali

Pr Abdoulaye DIALLO

Mali

Pr Martin CHOBLI

Bénin

Pr Abdou Rahmann AGUEMON

Bénin

Pr Thomas LOKOSSOU

Bénin

Pr Thomas LOKOSSOU

Bénin

Pr Mohamed Salah BEN AMMAR

Tunisie

Pr Wadji MAAZOUZI

Maroc

Pr Ahmed TOUDJI

Algérie

Pr Romain TCHOUA

Gabon

Pr Sima Adrien ZUE

Gabon

Pr Nazinigouba OUEDRAGO

Burkina

Pr Gladys ASSOMPAH

Ghana

Pr Simbo AMANOR-BOADU

Nigéria

Dr Khalidou BA

Mauritanie

Dr Mignagnal KABORO

Tchad

Dr Abdou Idrissa

Niger

Pr Kilembe Manzanza

RD Congo

Dr Kadjika TOMTA

Togo

Dr Marc GENTILI

France

Dr Philippe MAVOUNGOU

France

Dr Aristide TALON

France

Dr Philippe MAVOUNGOU

France

**BUREAU DE LA SARANF (Janvier 2010)**

Présidente

**Pr Elisabeth Diouf (Sénégal)**

Vices –Présidents :

Afrique de l'Ouest

**Dr MBaye Kane (Côte d'Ivoire)**

Afrique Centrale

**Dr Gadoa René Soussa (Congo Brazza)**

Secrétaire Général

**Pr Brouh Yapo (Côte d'Ivoire)**

SG Adjoint

**Pr Adrien Sima Zué (Gabon)**

Trésorière Générale

**Pr Jacqueline Zé Mikandé (Cameroun)**

Trésorier Adjoint

**Dr Bah Khalidou (Mauritanie)**

Commissaires aux comptes :

**Pr Antoine Akpo Amonkou (Côte d'Ivoire)****Dr Philippe Mavoungou (Congo Brazza)****COMITE D'ORGANISATION**

PRESIDENT

: Pr Mamadou Diarrah BEYE

VICE-PRESIDENT

: Pr Brouh YAPO

**COMISSION PRESSE - COMMUNICATION - SITE WEB**

PRESIDENT

: Dr Yahya DIOP

VICE-PRESIDENT

: Dr Lamine FALL

**MEMBRES**

Pr Marie Diop NDOYE

Dr Carlos HOUNKPEVI

Dr Khalifa Ababacar WADE

Dr El Hadj Malick NIANG

Dr Addel KARTITI

**COMISSION FINANCES**

PRESIDENT

: Pr Oumar KANE

**MEMBRES**

Dr Lamine FALL

Dr Papa Alassane LEYE

Dr Abdallah WADE

**COMISSION SECRETARIAT - HOTESSES - BADGES - SUPPORT AUDIO**

PRESIDENT

: Dr Massamba DIOP

**MEMBRES**

Dr Fatou DIOP

Dr Pape Ibrahima NDIAYE

Dr Nathalie SANCHEZ

Dr Coura SECK DIOP

Dr Abdou KANE DIOP

**COMISSION ACCUEIL - HEBERGEMENT - LOISIRS - RESTAURATION**

PRESIDENT

: Dr Sophie COULBARY

**MEMBRES**

Dr Aliou DIALLO

Dr Mohamed F. Ould Med AHMED

Dr Amadou Diaw DIOP

Dr Boubacar SIGNATE

**Le Comité d'Organisation  
XXVII<sup>ème</sup> CONGRES DE LA SARANF  
SOCIETE D'ANESTHESIE REANIMATION D'AFRIQUE NOIRE FRANCOPHONE  
&  
V<sup>ème</sup> CONGRES DE LA SOSEAR  
SOCIETE SENEGALAISE D'ANESTHESIE REANIMATION ET DE MEDECINE D'UR-  
GENCE**

**adresse ses remerciements**

**A Monsieur le Ministre de la Santé et de la Prévention**

**A Monsieur le Recteur de l'Université Cheikh A. DIOP**

**A Monsieur le Doyen de la Faculté de Médecine**

**La Coopération Française**

**Eiffage Sénégal**

**L'OOAS-OMS**

**La World Federation of Society of Anaesthesiologists**

**Fondation SONATEL**

**TOTAL**

**PFIZER**

**BBRAUN**

**SANOFI**

**BIO 24**

**AIR LIQUIDE**

**CARREFOUR MEDICAL**

**BIOCODEX**

**UPSA BMS**

**STORZ**

**VYGON**

**RANBAXY**

**GSK**

**SANDOZ**

# LE SYNOPSIS

**PROGRAMME MEDECINS**

HORAIRES	MERCREDI 23/11/11	CONTENU
8h30-10h Salle Signara	<p><b>Session 1</b> ASSURANCE QUALITE EN ANESTHESIE REANIMATION</p> <p>Modérateurs : Pr R. TCHOUA Pr Y. TETCHI</p>	<p>-La gestion des risques à l'hôpital : une nécessité pour l'Afrique ? Pr M Ndiaye</p> <p>-Gestion du risque en anesthésie-réanimation, Dr M Gentili</p> <p>-Information médicale et Anesthésie, Dr C Boisson</p> <p>-La sécurité anesthésique en Afrique : où en est on ? Pr Riad Mokretar-Kharroubi</p>
10h-10h30	<b>PAUSE CAFE</b>	
10h30-12h Salle Signara	<p><b>Session 2</b> ASSURANCE QUALITE EN ANESTHESIE-REANIMATION</p> <p>Modérateurs : Pr Y. BROUH Pr J. ZEMIKANDE</p>	<p>-Evaluation des pratiques professionnelles en Anesthésie- Réanimation, Pr Nathalie Nathan</p> <p>-Accidents d'exposition au sang, Pr M Ferjani</p> <p>-Rôle de l'anesthésiste-réanimateur dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, Pr M Miguil</p> <p>-L'hygiène hospitalière, Pr Nathalie Nathan</p>
12h-13h		<p>-SYMPOSIUM : (BIOCODEX) Signara1</p> <p><b>Communications Orales</b> Salles : Signara2, Club, téranga</p>
13h-15h	<b>DEJEUNER</b>	
15h-16h Salle Signara	<p><b>Session 3</b></p> <p>Modérateurs : Pr S. KABBAJ</p>	<p>-Le SDRA, Pr Castelain ALR (projection vidéos)</p>
16h-16h45	Salle Signara	Conférence inaugurale
17h-18h	Salle Signara	Cérémonie d'ouverture
18h-19h 00	<b>ASSEMBLEE GENERALE</b>	
19h 00	<b>COCKTAIL</b>	

HORAIRES	JEUDI 24/11/11	CONTENU
8h30-10h30 Salle Signara	<p>Session 4 URGENCES PREHOSPITALIERES</p> <p>Modérateurs : Pr M. CHOBLI Pr E. KOUAME</p>	<p>-Prise en charge du choc cardiogénique en pré hospitalier, Pr Christophe Baillard</p> <p>-Prise en charge du choc hémorragique en pré hospitalier, Pr R Tchoua</p> <p>-Prise en charge du traumatisé grave en pré hospitalier, Dr Mass Diop</p> <p>-Prise en charge des urgences obstétricales en préhospitalier, Pr JZ Mikandé</p> <p>-Prise en charge des urgences néonatales en préhospitalier, Pr B Yapo</p>
10h30-11h	<b>PAUSE CAFE</b>	
11h-12h30 Salle Signara	<p>Session 5 ALLERGIE EN ANESTHESIE- REANIMATION</p> <p>Modérateurs : Pr F. BINAM Pr A. SIMA ZUE</p>	<p>-La VNI en préhospitalier, Pr P Plaisance</p> <p>-Critères de maîtrise du risque allergique dans un hôpital, Pr Christophe Baillard</p> <p>-Anesthésie du patient allergique, que demande l'anesthésiste à l'allergologue ? Pr N Ouédraogo</p> <p>-ALR et patient allergique, Dr Didier Morau</p>
12h30-13h30 Salle Signara	<b>SYMPOSIUM</b>	Maladie veineuse thromboembolique (PFIZER)
13h30-15h	<b>DEJEUNER</b>	
15h-16h30 Salle Signara	<p>Session 6 ANESTHESIE-REANIMATION EN CHIRURGIE THORACIQUE</p> <p>Modérateurs : Pr M. FERJANI Pr N. BOUA</p>	<p>-Evaluation et préparation d'un patient pour chirurgie thoracique Pr O Kane</p> <p>-La ventilation unipulmonaire Dr Ngai Liu</p> <p>-L'analgésie postopératoire en chirurgie thoracique Pr A Aguemon</p> <p>-Complications périopératoires dans la chirurgie pleuropulmonaire en milieu tropical Pr Y Yapobi</p>
16h30-17h	<b>PAUSE CAFE</b>	
17h - 19h 00	<b>Salle Signara 1 : Conférences infirmiers</b>	<b>Communications Orales</b> Salles : Signara2, Club, téranga

HORAIRES	VENDREDI 25/11/11	CONTENU
8h30-10h Salle Signara	<p>Session 7 INFECTIONS EN ANESTHESIE REANIMATION</p> <p>Modérateurs : Pr B. DIATTA Pr Y. COULIBALY</p>	<p>-Infections neuro-méningées post opératoires, Dr PN Gueye</p> <p>-Le paludisme grave, Pr N Boua</p> <p>-Les pneumopathies nosocomiales, Pr Lokossou (Bénin)</p> <p>-Le choc septique, Pr Tetchi Yavo (Côte d'Ivoire)</p>
10h-10h30	<b>PAUSE CAFE</b>	
10h30-12h Salle Signara	<p>Session 8 INFECTIONS EN ANESTHESIE REANIMATION</p> <p>Modérateurs : Pr N. NATHAN Pr T. LOKOSSOU</p>	<p>-Les infections du site opératoire, Pr Adrien Sima Zué</p> <p>-Urgences infectieuses, Pr Y Coulibaly</p> <p>-Prise en charge du tétanos en réanimation, Pr F Binam</p> <p>-Résistance bactérienne : les germes multirésistants existent-ils en Afrique ? Pr AI Sow</p>
12h-13h Salle Signara	<b>SYMPOSIUM</b>	Douleur (BMS-UPSA)
13h-15h	<b>DEJEUNER</b>	
15h-16h30 Salle Signara	<p>Session 9 NOUVEAUTES TECHNOLOGIQUES</p> <p>Modérateurs : Dr C. BOISSON Dr P. MAVOUNGOU</p>	<p>-Anesthésiques volatiles et effet de serre : mythe ou réalité, Pr Nathalie Nathan</p> <p>-La boucle fermée en anesthésie totale intraveineuse, Dr Ngai Liu</p> <p>-L'association TEO 2004 pour la neurochirurgie pédiatrique en Afrique, Dr B Diallo</p>
16h30-17h30	Salle Signara 1 : Conférences infirmiers	<b>Communications Orales</b> Salles : Club, téranga
18h 00	Salle Signara : Cérémonie de clôture	
19h 00	<b>COCKTAIL</b>	

## PROGRAMME INFIRMIERS ANESTHESISTES

HORAIRES	JEUDI 24 /11/ 2011	CONTENU
17H-19H Salle Signara 1	<b>Session 1</b> Modérateurs : <b>Pr E KOUAMÉ</b> Secrétaires : <b>Mr Pape DIEYE</b>	Démarche qualité et organisation des blocs opératoires <b>Dr Marc GENTILI (Rennes, France)</b> Les principes de l'anesthésie du nouveau-né <b>Pr MD NDOYE (Sénégal)</b> Anesthésie pour fentes labio-palatines <b>Pr E KOUAMÉ (Côte d'Ivoire)</b> Anesthésie du drépanocytaire <b>Dr K WADE (Sénégal)</b> Anesthésie pour amygdalectomie et adénoïdectomie <b>Dr F KABORE (Burkina Faso)</b> Anesthésie pour occlusion intestinale aiguë <b>Dr M BULA-BULA (RDC)</b>
HORAIRES	VENDREDI 25 /11/ 2011	CONTENU
16H30-17H30 Salle Signara 1	<b>Session 2</b> Modérateurs : <b>Dr Djibo DJANGO</b> Secrétaires : <b>Mr Abdoulaye Thiaw</b>	Anesthésie pour fracture du col du fémur <b>Dr K BA (Mauritanie)</b> Anesthésie pour thyroïdectomie sur maladie de basedow <b>Dr D DIANGO(Mali)</b> Anesthésie du patient en état de choc <b>Dr MS CHAIBOU (Niger)</b> Anesthésie du diabétique <b>Dr M KABORO (Tchad)</b>

# COMMUNICATIONS ORALES

# MERCREDI 23 NOVEMBRE 2011

Salle SIGNARA 2

## **SESSION 1 : ASSURANCE QUALITE (1) 12H-13H**

Modérateurs : Pr Mustapha FERJANI

Secrétaire : Dr ELhadji Gorgui KEBE

- C1. AUDIT DES DECES AUX URGENCES MEDICALES DU CHU DE COCODY**  
TETCHI Y, PETE Y, OUATTARA A, ABHE CM, N'GUESSAN Y, COULIBALY KT,  
KOFFI N, BROUH Y
- C2. EVALUATION DES CONNAISSANCES DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE ET  
ETAT DES LIEUX A PROPOS DES URGENCES VITALES INTRA-HOSPITALIERES  
(UVIH) : EXEMPLE DU CHU ARISTIDE LE DANTEC DE DAKAR.**  
BEYE MD, DIATTA FA, LEYE PA, NDIAYE PI, NDOYE DIOP M, DIOUF E.
- C3. EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS EN ANESTHESIE**  
COULIBALY Y, KEITA M, DOUMBIA D, GOITA D, DICKO H, DIALLO B, DIALLO D,  
HASSANE S
- C4. CONNAISSANCES DES INFIRMIERS SUR L'ACCUEIL DES PATIENTS ET DE  
LEURS FAMILLES DANS L'UNITE DE REANIMATION POLYVALENTE (URP) DU  
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO (CHUYO)**  
SANOU J, BONKOUNGOU P, KABORE RAF, SIMPORE A, KINDA B,  
OUEDRAOGO N.
- C5. EVALUATION DES CONNAISSANCES DU PERSONNEL PARAMEDICAL SUR LA  
PRISE EN CHARGE DE L'ARRET CARDIO-RESPIRATOIRE DANS UN HOPITAL DE  
REFERENCE AU SUD DU SAHARA**  
R.A.F. KABORE , BOUGOUMA C. , J. YAMEOGO , A. SANOU , PZ. BONKOUNGOU ,  
J. SANOU , N. OUEDRAOGO
- C6. EVALUATION DU COÛT DE L'ANESTHESIE ET DE LA REANIMATION POUR UNE  
CHIRURGIE CARDIAQUE SOUS CIRCULATION EXTRA CORPORELLE  
A L'INSTITUT DE CARDIOLOGIE D'ABIDJAN.**  
L. KOHOU-KONE, P. YAPO YAPO, J. KOUAME, H. EHOUNOUD, J. N'GUESSAN, Y.  
YAPOBI.
- C7. SURCOUT DES INFECTIONS NOSOCOMIALES EN REANIMATION POLYVALENTE  
DU CHU DE COCODY**  
OUATTARA A, ABHÉ C M, PETÉ Y, COULIBALY K T, N'GUESSAN Y, KOFFI N,  
KOFFI M, TETCHI Y, BROUH Y.

# MERCREDI 23 NOVEMBRE 2011

Salle CLUB

**SESSION 2 : ASSURANCE QUALITE (1) 12H-13H**

Modérateurs : Pr Fidèle BINAM

Secrétaire : Dr Abdallah WADE

- C8. EVALUATION DU LAVAGE DES MAINS (LDM) PAR LE PERSONNEL PARAMEDICAL DANS L'UNITE DE REANIMATION POLYVALENTE (URP) DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO (CHUYO). BONKOUNGOU P, SANOU J, KABORÉ RAF, KY S , SIMPORÉ A, KINDA B.**
- C9. ANALYSE D'UN EVENEMENT INDESIRABLE EN ANESTESIE PAR LE MODELE ALARM TATY-KOUMBA C, MANDJI-LAWSON JM, TCHOUA R**
- C10. FACTEURS DE MORTALITE DES URGENCES CHIRURGICALES NEONATALES A OUAGADOUGOU (R.A.F. KABORE), R. KABORE, I. OUEDRAOGO, E. BANDRE , N. OUEDRAOGO, A. WANDAOGO**
- C11. FACTEURS LIMITANT LE RESPECT DU RENDEZ-VOUS OPERATOIRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO (CHUYO) SANOU J, BONKOUNGOU P G, BONKOUNGOU P, NIKIEMA R, KINDA B**
- C12. FORMATION CONTINUE EN ANESTHESIE-REANIMATION : ENQUETE AUPRES DES PARTICIPANTS DU 25IEME CONGRES DE LA SARANF C.T.H.W. BOUGOUMA, R.A.F. KABORE, N. OUEDRAOGO**
- C13. ETUDE DE LA MORTALITÉ AU NIVEAU DES URGENCES CHIRURGICALES DE L'HÔPITAL ARISTIDE LE DANTEC DE DAKAR DE 2004 À 2008 DIENG M, CISSÉ M, EL MAKHTOUM O, KONATÉ I, KA O, TOURÉ AO, NGOM G, DIA A, TOURE CT**
- C14. OPINION DES FAMILLES DES PATIENTS SUR L'ACCUEIL DANS L'UNITE DE REANIMATION POLYVALENTE (URP) DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO (CHUYO) SANOU J, BONKOUNGOU P G, BONKOUNGOU P, NIKIEMA R, KINDA B**

# MERCREDI 23 NOVEMBRE 2011

Salle TERANGA

**SESSION 3 : URGENCES 12H-13H**

Modérateurs : Pr Martin CHOBLI

Secrétaire : Dr Sophie Coulbary

- C15. PROBLEMATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE PREHOSPITALIERE DES TRAUMATISES DE LA VOIE PUBLIQUE A OUAGADOUGOU**  
SANOU J, BONKOUNGOU P, KABORÉ RAF, OUATTARA A, KINDA B, OUE DRAOGO N.
- C16. PRISE EN CHARGE PRÉHOSPITALIÈRE DES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX : EXPÉRIENCE DE SOS MEDECIN SENEGAL**  
SIGNATÉ BS, DIOP Y, DIOP MS
- C17. PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX DANS LE SERVICE DE REANIMATION MEDICALE DE L'HOPITAL PRINCIPAL DE DAKAR**  
WADE K.A. , NIANG EM, TRIKI A.; DIATTA B.
- C18. GESTION PREHOSPITALIERE DES PATIENTS ADMIS AUX URGENCES MEDICALES DU CHU DE COCODY**  
TÉTCHI Y, COULIBALY K. T, OUATTARA A, ABHÉ CM, PÉTÉ Y, N'GUESSAN Y, KOFFI N, D, BROUH Y.
- C19. INFARCTUS DU MYOCARDE : ÉPIDÉMIOLOGIE ET PRISE EN CHARGE DANS LE SERVICE DE RÉANIMATION DE L'HÔPITAL PRINCIPAL DE DAKAR**  
NIANG EHM ; WADE KA ; DIATTA
- C20. L'INTOXICATION AIGUE A LA PARAPHENYLENE DIAMINE A L'HOPITAL GENERAL DE REFERENCE (HGRN) DE N'DJAMENA : UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE MAJEUR**  
KABORO M, MADJITOLOUM N, ZOUMENOU E, ASSOUTO P, LOKOSSOU T, CHOBLI M
- C21. LES TRAUMATISMES FERMES DU THORAX (TFT) AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO (CHUYO)**  
BONKOUNGOU P, SANOU J, BONKOUNGOU PG, DJAGBARE DY , TRAORÉ SS

# JEUDI 24 NOVEMBRE 2011

Salle SIGNARA 2

**SESSION 4 : PATHOLOGIES DIGESTIVES**

**17H-18H**

Modérateurs : Pr Madieng DIENG

Secrétaire : Dr Françoise NDIAYE

- C22. LESIONS RESPONSABLES DES PERITONITES POSTOPERATOIRES (PPO) DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE ET DIGESTIVE (SCGD) DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO - CHU-YO BONKOUNGOU P , SANOU J, ZIDA M , BENAOU N, KINDA B, TRAORE SS**
- C23. FACTEURS PRONOSTIQUES DES OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUËS MECANIQUES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO  
R.A.F. KABORE , A. SANOU , F.M. HEBIE , PZ. BONKOUNGOU , C BOUGOUMA, J. SANOU , N. OUEDRAOGO**
- C24. PRISE EN CHARGE DES PANCREATITES AIGUËS A LA REANIMATION DU CHU ARISTIDE LE DANTEC DE DAKAR  
BARBOZA D, GIHANE H, FEISSAL A, FALL AL, BAH MD, NDIAYE PI, NDOYE DIOP M, BEYE MD, DIOUF E.**
- C25. PÉRITONITE PAR PERFORATION DE LA VÉSICULE BILIAIRE POST-TRAUMATIQUE À PROPOS D'UN CAS.  
LEYE PA, FEISSAL A, HILAL G, BARBOZA D, TRAORÉ M, NDIAYE PI, NDOYE DIOP M, BEYE MD, DIOUF E.**
- C26. FRÉQUENCE DES PATHOLOGIES DIGESTIVES ET PARIÉTALES RENCONTRÉES AU SERVICE DES URGENCES CHIRURGICALES DU CHU ARISTIDE LE DANTEC.  
DIENG M, CISSÉ M, KONATÉ I, TOURÉ AO, EL MAKHTOUM O, KA O, NGOM G, DIA A, TOURE CT**
- C27. PREVALENCE ET PRISE EN CHARGE PERIOPERATOIRE DE L'OBESITE : ETUDE MULTICENTRIQUE DANS LES HOPITAUX DE REFERENCE AU BENIN  
ZOU MÉNOU E, LOKOSSOU TH, ASSOUTO P, KABORO M, CHOBLI M**
- C28. EXPERIENCE BURUNDAISE DE L'ANESTHESIE EN BOUCLE FERMEE  
M SHABANI**

# JEUDI 24 NOVEMBRE 2011

Salle SIGNARA 2

## **SESSION 5 : URGENCES 18H-19H**

Modérateurs : Pr Jacqueline ZE MIKANDE

Secrétaire : Dr Seydina A. BEYE

- C29. LES RUPTURES DIAPHRAGMATIQUES POST TRAUMATIQUES :  
A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS.  
L. KOHOU-KONÉ, P. YAPOYAPO, J. KOUAMÉ, H. EHOUNOUD, R. OUÉDÉ,  
Y. YAPOBI**
- C30. AMPUTATION DE JAMBE AU DECOURS D'UN SYNDROME DE LYELL  
PAR PRISE DE PARACETAMOL  
WADE KHALIFA ABABACAR ; NIANG EL HADJI MALICK ; DIATTA BAKARY**
- C31. UTILISATION DU MANDRIN D'EISHMANN AU CHU - TOKOIN.  
MOUZOU T., DR TOMTA K., HEMOU P.**
- C32. PRISE EN CHARGE D'UN TRAUMATISE CRANIO-CEREBRAL  
OUVERT PAR ARME A FEU DANS UN HOPITAL EN MILIEU DEFAVORISE  
DIOP A, WADE KA.**
- C33. TRAUMATISE CRANIEN EN MILIEU DE REANIMATION DANS UN HOPITAL  
DE SECONDE REFERENCE AU MALI  
BEYE SA, DJIBO MD, COULIBALY M, TOURE A, DICKO H, GOÏTA D, TOURE MK,  
LANDROVER Y, COULIBALY Y.**
- C34. BRULURE PAR FLAMME, DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE DANS LE MILIEU  
PEU EQUIPE : CAS DE LA CATASTROPHE DE SANGE EN REPUBLIQUE  
DEMOCRATIQUE DU CONGO  
CIKWANINE B, ALUMETI M.D, NFUNDIKO K, MUKWEGE M, LUHIRIRI NANGA L,  
AHUKA OM.**
- C35. PRISE EN CHARGE DES BRULES A L'HOPITAL PRINCIPAL DE DAKAR  
FALL M. M, SOUMARÉ C.T, NIANG E. M, NIANG B., NIANG C.D, DIATTA B**

# JEUDI 24 NOVEMBRE 2011

Salle CLUB

## **SESSION 6 : GYNECO-OBSTETRIQUE 17H-18H**

Modérateurs : Pr Nazinigouba OUEDRAOGO

Secrétaire : Dr Anna DIOP

- C36. ANESTHÉSIE POUR CÉSARIENNE DANS LA PRÉ-ÉCLAMPSIE SÉVÈRE : ÉTUDE PROSPECTIVE À L'HÔPITAL MATLABOUL FAWZAINI DE TOUBA.  
BEYE MD, DIOP F , DIOP A, NDIAYE PI, LÈYE PA.**
- C37. PRÉVENTION DES NAUSÉES ET VOMISSEMENTS POSTOPÉRATOIRES EN CIRURGIE GYNÉCO-OBSTÉTRICALE : QUEL INTÉRÊT POUR LA DEXAMETHASONE  
SAMAKE B.M., GOITA D., KENFACK T.J.H., COULIBALY Y.**
- C38. ANESTHÉSIE POUR CÉSARIENNE DANS UN HÔPITAL DE SECONDE RÉFÉRENCE AU MALI  
BEYE SA, DIALLO B, TRAORÉ B, DJIBO MD, KOKAÏNA C, TOURÉ MK, DICKO H, GOÏTA D, MALLÉ A, COULIBALY Y**
- C39. LA MORBIMORTALITÉ MATERNELLE EN MILIEU DE RÉANIMATION TROPICALE  
BEYE SA, TRAORÉ B, TRAORÉ A, DJIBO MD, GOÏTA D, DICKO H, TOURÉ MK, KO KAÏNA C, COULIBALY Y.**
- C40. EVALUATION DE L'INTENSITÉ DES TRANCHÉES UTÉRINES APRÈS ACCOUCHEMENT NORMAL À L'HÔPITAL CENTRAL DE YAOUNDÉ  
ESIÉNÉ A, NANA K. A, AFANÉ E. A, MBU E. R.**
- C41. PRISE EN CHARGE DES PRÉ-ÉCLAMPSIES SÉVÈRES ET ÉCLAMPSIES EN ANESTHÉSIE-RÉANIMATION À L'HÔPITAL GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE ET PÉDIATRIQUE DE YAOUNDÉ.  
J. ZE MINKANDE, E. NNOMOKO, A. AFANE ELA, J. TEHEM, A. ESIENE, P. FOUMANE, F. BINAM.**

# JEUDI 24 NOVEMBRE 2011

Salle CLUB

**SESSION 7 : DOULEUR 18H-19H**

**Modérateurs : Dr Boubacar DIALLO**

**Secrétaire : Dr Birahim NIANG**

- C42. ANALGESIE PERIDURALE OBSTETRICALE EN HOPITAL GENERAL:  
QUALITÉ ET RISQUE  
EL HAIRY, A. HENINI, Y. DELETTREZ**
- C43. INTÉRÊT DE LA RACHIANALGÉSIE AU COURS DU TRAVAIL OBSTETRICAL  
ESIÉNÉ, J. ZE MINKANDÉ, MP ETORI, R. BENGONO, E. NNOMOKO, A. AFANE  
ELA, E. MBOUDOU.**
- C44. PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POST OPERATOIRE A L'HOPITAL  
NATIONAL DE NIAMEY- NIGER  
CHAIBOU MS., SANOUSSI S., SANI R., DADDY H, ASSOUMANE TN., ABARCHI H.,  
CHOBLI M.**
- C45. RACHIANALGESIE A LA MORPHINE EN CHIRURGIE GYNECO-OBSTETRICALE :  
QUEL INTERET DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POST OPERA  
TOIRE ? TOURE M.K. ; GOITA D., DICKO M.; J. KONE, BEYE S.A.; DOUMBIA D. ;  
COULIBALY Y.**
- C46. PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AIGUE AUX URGENCES CHIRURGICALES  
DE L'HOPITAL NATIONAL DE NIAMEY- NIGER  
CHAIBOU MS, SANI R, ADEHOSSI E, SANOUSSI S, GBETIN AG, GAGARA M,  
IDRISSA A, MADOUGOU M, CHOBLI M.**
- C47. ÉVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POST-OPÉRATOIRE  
EN CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE  
E. NNOMOKO, P. FOUMANE, J. ZE MINKANDÉ, A. AFANE ELA, BAYIHA, MVONDO  
ONANA PV, F. BINAM.**
- C48. MANIFESTATIONS PSYCHIATRIQUES PERI-OPERATOIRES AUX CLINIQUES  
UNIVERSITAIRES DE KINSHASA  
LUKEBA N.T, N'SITU M.A, MIFUNDU B.A, MAMPUNZA M.S**

# JEUDI 24 NOVEMBRE 2011

Salle TERANGA

## SESSION 8 : CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE 17H-18H

Modérateurs : Pr Yves YAPOBI

Secrétaire : Dr Nathalie SANCHEZ

- C49. ANESTHESIE POUR LA CHIRURGIE THORACIQUE AU CHU DE BRAZZAVILLE  
OTIOBANDA G.F., MAHOUGOU-GUIMBI K.C., BODZONGO D.
- C50. VALVE DE HEIMLICH OU ASPIRATION CONTINUE DANS LE DRAINAGE DES  
PLEURESIES PURULENTES DE L'ENFANT : ETUDE PROSPECTIVE  
A PROPOS DE 42 CAS.  
DIATTA S, BA PS, NDIAYE A, DIENG PA, GAYE M, CISS AG, DIARRA O ,  
FALL ML, BA M, BASSE I , KANE O, NDIAYE M.
- C51. COMPLICATIONS PERI OPERATOIRES DE LA CHIRURGIE D'EXERERE  
PULMONAIRE A L'INSTITUT DE CARDIOLOGIE D'ABIDJAN(ICA)  
ITÉKÉ F.R., YAPO YAPO P. , KOHOU-KONÉ L. , EHOUNOUD H. , KOUAMÉ J.,  
Y. YAPOBI
- C52. PRISE ENCHARGE DU PNEUMOTHORAX EN CHIRURGIE THORACIQUE :  
A PROPOS DE 60 CAS.  
DIATTA S, NGROUND S, NDIAYE A, GAYE M, CISS G, BA PS, DIENG PA, FALL ML,  
DIARRA O, KANE O, NDIAYE M.
- C53. PROBLEMATIQUE DE LA VENTILATION MECANIQUE DANS UN SERVICE  
DE REANIMATION EN MILIEU TROPICAL : EXEMPLE DE L'HOPITAL  
D'INSTRUCTION DES ARMEES PRINCIPAL DE DAKAR.  
WADE KA , MOULOUNGUI SOUGOU PE , NIANG EHM , DIATTA B.
- C54. LA DISSECTION AORTIQUE SEVERE :QUE FAIRE EN MILIEU DEFAVORISE ?  
OWONO ETOUNDI P., AFANE ELA A., NGO NONGA B, NKO'O AMVENE S.
- C55. MORBIDITE ET MORTALITE EN CHIRURGIE MITRALE DE L'ADULTE AU SENEGAL  
MAHOUNGOU GUIMBI KC, ELLENGA MBOLA FB, OTIOBANDA GF, FALL ML, BA  
MD, KANE O.
- C56. COMPLICATIONS HEMODYNAMIQUES POSTOPERATOIRES DE LA CHIRURGIE  
DU RETRECISSEMENT MITRAL. ETUDE RETROSPECTIVE SUR DEUX ANS  
AU SENEGAL  
FALL ML, BAH MD, NDIAYE PI, LÉYE PA, NDOYE MD, BÉYE MD, KANE O,

# JEUDI 24 NOVEMBRE 2011

Salle TERANGA

## **SESSION 9 : PEDIATRIE 18H-19H**

Modérateurs : Pr Marie DIOP NDOYE

Sécretaire : Dr Amadou DIAW DIOP

- C57. PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NÉ APRÈS CÉSARIENNE AU CHU TOKOIN  
MOUZOU T., TOMTA K., HEMOU P.**
- C58. SEDATION POUR TOMODENSITOMETRIE CHEZ L'ENFANT AU CHU DE COCODY  
PÉTÉ Y, OUATTARA A, ABHÉ CM, N'GUESSAN Y, COULIBALY KT, KOFFI N,  
TETCHI Y, BROUH Y**
- C59. ETUDE COMPARATIVE DE DEUX PERIODES SUR DIFFERENTS ASPECTS DE L'IN  
VAGINATION INTESTINALE AIGUE (IIA) AU CHU ARISTIDE LE DANTEC (HALD).  
G.NGOM,M.CHAKROUN,O.NDOUR,A.FAYE/FALL, N.A.NDOYE,M.NDOYE**
- C60. MORBIDITE ET MORTALITE LIEES AU TRAITEMENT CHIRURGICAL  
DE L'INVAGINATION INTESTINALE AIGUE CHEZ L'ENFANT A DAKAR  
G.NGOM,D.ND/BADIANE,O.NDOUR,A.FAYE/FALL,N.A.NDOYE,  
M.S.DIOP,M.NDOYE.**
- C61. LA PRÉVENTION DES DOULEURS INDUITES PAR LES SOINS CHEZ L'ENFANT AU  
CENTRE MÈRE ET ENFANT DE YAOUNDÉ  
J. ZE MINKANDÉ, A. PONDY, JM. BOB OYONO, MOHAMADOU, R. BENGONO, A.  
AFANE ELA, F. BINAM.**
- C62. LES COMPLICATIONS PER ET POST-OPÉRATOIRES CHEZ L'ENFANT  
À L'HÔPITAL GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE ET PÉDIATRIQUE DE YAOUNDÉ  
J. ZE MINKANDÉ, E. NNOMOKO, F. MOUAFO TAMBO, M. NGOWÉ NGOWÉ, A. MIN  
KONÉ, G. ANDZE, F. BINAM.**

# VENDREDI 25 NOVEMBRE 2011

Salle CLUB

**SESSION 10 : INFECTIONS**

**16H30-17H30**

Modérateurs : Pr Thomas LOKOSSOU

Sécretaire : Dr Gilbert Fabrice OTIOBANDA

- C63. BACILLES À GRAM NÉGATIF NON FERMENTAIRES AU LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE DU CHNU DE FANN À DAKAR (SÉNÉGAL).  
DIA ML , FALL I, KA R, DIAGNE R, SARR AM, CISSÉ MF, SOW AI.**
- C64. INFECTIONS NOSOCOMIALES (IN) A LA REANIMATION POLYVALENTE DU CHU ARISTIDE LE DANTEC DE DAKAR : ETUDE PROSPECTIVE SUR DEUX ANS.  
FALL ML, DIOUF E, NDOYE MD, NDIAYE PI, LEYE PA, BEYE MD, BAH MD, KANE O, SALL BK.**
- C65. PRISE EN CHARGE DU TETANOS EN REANIMATION :  
A PROPOS DE 33 COLLIGES DANS LE SERVICE DE REANIMATION DE L'HOPITAL PRINCIPAL DE DAKAR.  
NIANG EHM, WADE KA , DIEYE C, NDIAYE M, DIATTA B.**
- C66. INFECTIONS NOSOCOMIALES EN REANIMATION A L'HIAOBO:  
INCIDENCE ET PROFIL BACTERIOLOGIQUE  
M MANDJI LAWSON, E SOUGOU, A SIMA-ZUE, A EL WALI, D MANLI, R TCHOUA**
- C67. LECTURE INTERPRETATIVE DE L'ANTIBIOGRAMME DES ENTEROBACTERIES AU LABORATOIRE DE BACTERIOLOGIE DU CHNU DE FANN A DAKAR (SENEGAL)  
DIA ML, GUEYE AL, KA R, DIAGNE R, SARR AM, CISSÉ MF, SOW AI**
- C68. PROFIL BACTERIOLOGIQUE DE LA PNEUMOPATHIE ACQUISE AU SERVICE DE REANIMATION DU CHU DE COCODY  
ABHE CM, OUATTARA A, COULIBALY KT, PETE Y, N'GUESSAN Y, KOFFI N, TETCHI YD , BROUH Y**
- C69. PRISE EN CHARGE DES SUPPURATIONS INTRACRÂNIENNES :  
ASPECTS THÉRAPEUTIQUES, ÉVOLUTIFS ET PRONOSTIC.  
BAH M.D., FALL L., NDOYE Y., SAFARI P., KANE O.**

# VENDREDI 25 NOVEMBRE 2011

Salle TERANGA

## **SESSION 11 : ANESTHESIE LOCO-REGIONALE 16H30-17H30**

Modérateur : Dr Didier MORAU

Sécretaire : Dr Kris MAHOUNGOU-GUIMBI

- C70. PLACE DE L'ASSOCIATION AG-ALR DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POSTOPÉRAIRE AU COURS LA CHIRURGIE ABDOMINOPEL VIENNE MAJEURE AU CHU ARISTIDE LE DANTEC DE DAKAR.  
BEYE MD, NGOMAS JF, LEYE PA, FALL ML, NDIAYE PI, DIOUF E.**
- C71. ETUDE DU TAP BLOC DANS L'ANESTHÉSIE ET L'ANALGÉSIE POSTOPÉRAIRE DANS LA CHIRURGIE DE LA RÉGION INGUINALE EN AMBULATOIRE CHEZ L'ENFANT.  
TRAORÉ MM, NDIAYE PI, FEISSAL A, LÉYE PA , DIOP A D, HILAL GF, BARBOZA D, BEYE MD, DIOUF E.**
- C72. BLOC PARAVERTÉBRAL THORACIQUE DANS LA CHIRURGIE DU SEIN: ETUDE PRELIMINAIRE AU CHU ARISTIDE LE DANTEC DE DAKAR.  
BEYE MD, HILAL G, BARBOZA D, FEISSAL A, NDIAYE PI, KARTITI A, FALL M.L, BAH MD, NDIAYE PI**
- C73. BUPIVACAÏNE EN INFILTRATION PARIÉTALE : INTÉRÊT DANS L'ANALGÉSIE POSTOPÉRAIRE EN OBSTÉTRIQUE  
SAMAKÉ B.M., KOUAM K.G.A., GOITA D., COULIBALY Y.**
- C74. L'ANESTHÉSIE LOCO-RÉGIONALE À L'HIAOBO  
JM MANDJI LAWSON, E SOUGOU, A SIMA-ZUE, A EL WALI, D MANLI, R TCHOUA**
- C75. ANESTHESIE CAUDALE : ETUDE PROSPECTIVE COMPARANT LES CARACTERISTIQUES ANESTHESIQUES DE LA ROPIVACAINE ET DE LA BUPIVACAINE  
DIOP/NDOYE M., BEN M'RAD Y, EL HAJOUI A, NDIAYE P I, LEYE A., FEISSAL, HILAL G. F, BARBOZA D, BEYE M, DIOUF E**
- C76. LES BLOCS DE LA FACE CHEZ L'ENFANT  
DIOP/NDOYE M., EL HAJOUI A, KARTITI A, LEYE A., BEN M'RAD Y, LEYE A., FEISSAL, HILAL G. F, BARBOZA, NDIAYE P I, D BEYE M, DIOUF E**

# **RESUMES DES COMMUNICATIONS**

## C1

### AUDIT DES DECES AUX URGENCES MEDICALES DU CHU DE COCODY

TETCHI Y, PETE Y, OUATTARA A, ABHE CM,  
N'GUESSAN Y, COULIBALY KT, KOFFI N,  
BROUH Y

**Introduction :** L'étude de la mortalité dans un service d'urgence permet d'apprécier la qualité des soins qui s'y pratique afin d'améliorer cette prise en charge.

Le but de notre étude était d'identifier les facteurs de mortalité aux urgences de notre hôpital.

**Matériel et méthode :** Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, sur 12 mois (Mai 2009-Avril 2010) portant sur tous les décès enregistrés aux urgences médicales du CHU de Cocody. Etaient exclus de l'étude tous les patients arrivés décédés. Notre étude avait porté sur les paramètres épidémiologiques, cliniques, para cliniques et thérapeutiques.

**Résultats :** Nous avons enregistré 841 décès sur 3587 patients, soit une létalité de 23 %. L'âge moyen était de 46,88±17,76 ans (extrêmes 15 et 99 ans) le sexe ratio de 1,17 (H/F). La majorité des patients provenaient de leur domicile (51,7%) et étaient transportés à 97% par un véhicule non médicalisé . un coma grave (GCS<7) était noté dans 49,2% des cas . Nous avons noté une altération de l'état général chez 62 % des patients, une anémie sévère (Hb<6 g/dl) chez 59,6% et une détresse respiratoire chez 73%. Le délai moyen de prise en charge par un médecin était de 52 min (extrêmes 19 et 71 min). Le bilan paraclinique d'urgence était honorer complètement par un tiers des patients. Le temps mis pour honorer la première ordonnance était > 60 min pour 39 % des patients. 32 % des patients avait bénéficié d'une oxygénation, et 29 % la transfusion sanguine requise . L'on a noté 6 % de décès dans les 60 premières min. La durée moyenne de séjour était de 26 h (extrêmes : 8 h et 120 h)

**Conclusion :** Le transport non médicalisé, les longs délais de prise en charge, l'absence d'un chariot d'urgence, l'inexistence d'une sécurité sociale, l'insuffisance du plateau technique sont autant de facteurs qui concourent à alourdir le taux de décès dans notre structure d'urgence.

**Mots clés :** *décès / urgences/ audit / transport médicalisé*

## C2

### EVALUATION DES CONNAISSANCES DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE ET ETAT DES LIEUX A PROPOS DES URGENCES VITALES INTRA-HOSPITALIERES (UVIH) : EXEMPLE DU CHU ARISTIDE LE DANTEC DE DAKAR.

BEYE MD, DIATTA FA, LEYE PA, NDIAYE PI,  
NDOYE DIOP M, DIOUF E.

**Introduction :** L'urgence vitale intra-hospitalière (UVIH) se caractérise par une situation de détresse grave au sein même de l'hôpital, chez un patient, un visiteur ou un membre du personnel hospitalier, constatée ou identifiée par le personnel présent et pouvant mettre en jeu, à court terme, le pronostic vital du patient. L'objectif de ce travail était d'évaluer la qualité de la prise en charge des UVIH au CHU Aristide Le Dantec de Dakar.

**Matériel et méthodes :** Une enquête a été menée pendant 2 mois à l'aide d'un questionnaire remis aux médecins, aux infirmiers et aux aide-infirmiers des services dits « généraux ». Les éléments suivants étaient recherchés : le service, la catégorie professionnelle, la connaissance des notions d'urgence vitale et de la chaîne de survie, la reconnaissance d'une détresse vitale, la formation en RCP, le défibrillateur, les moyens de déclenchement de l'alerte, la garde de réanimation, les procédures en cas d'UVIH et d'ACP, le numéro d'urgence, le matériel d'urgence, le destinataire de l'appel d'urgence, les motifs d'appel en cas d'urgence du réanimateur, la garde médicalisée dans les services, l'appréciation des interventions des réanimateurs et des suggestions pour une amélioration de la prise en charge des urgences intra-hospitalières.

**Résultats :** Cent dix huit questionnaires exploitables ont été recueillis provenant dans 57% des médecins, dans 24% des IDE et dans 19% des AI. Vingt pour cent des participants ne connaissaient pas la notion d'urgence vitale, 72% ne connaissaient pas la notion de chaîne de survie, 59% savaient reconnaître une détresse vitale, 59% n'avaient pas reçu une formation en RCP de base et 11% de l'effectif savaient utiliser un défibrillateur. Le moyen de déclenchement de l'alerte le plus fréquent était le numéro de téléphone de la réanimation (96%). Aucun service ne disposait d'une procédure en cas d'UVIH. Seule la cardiologie disposait d'un cahier de procédure en cas d'ACR. Un matériel d'urgence existait dans 50,8% des cas (chariot ou trousse d'urgence). Les principaux destinataires des appels d'urgence étaient les médecins du service (43%) et le réanimateur de garde (34%). Les motifs d'appel les plus fréquents étaient la détresse vitale et la pose de voie veineuse périphérique. Tous les services

avaient un médecin de garde. 73% n'étaient pas satisfaits des interventions des réanimateurs et le motif le plus fréquent était le retard d'intervention (86%). Les suggestions les plus fréquentes pour une meilleure prise en charge des UVIH étaient la formation du personnel et l'équipement en matériel d'urgence.

**Conclusion :** Une organisation de la prise en charge des UVIH dans nos hôpitaux reste possible et est nécessaire pour arriver à de meilleures prestations de service. Les difficultés sont celles de la formation du personnel, de l'équipement des services et de l'élaboration de procédure de prise en charge des UVIH

**Mots clés :** UVIH – Evaluation des connaissances - organisation

---

## C3

### EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS EN ANESTHESIE

COULIBALY Y, KEITA M, DOUMBIA D, GOITA D, DICKO H, DIALLO B, DIALLO D, HASSANE S

**Introduction :** L'évaluation de la qualité des soins est l'ensemble des procédures permettant de mesurer le niveau des soins donnés par le service d'anesthésie et conformes aux critères ou standards préétablis et de mettre au point les moyens nécessaires à l'amélioration de ces soins et des performances du service. Notre objectif était d'évaluer la qualité des soins en anesthésie au centre hospitalier et universitaire du Point – G. **Matériels et méthodes :** Il s'agissait d'une étude prospective et transversale, l'enquête a lieu du 26 février au 27 avril 2008. Tous les patients prévus pour une anesthésie programmée ou urgente ont été inclus. Nous avons collecté les données à partir d'une fiche d'enquête et les caractéristiques démographiques, le type d'anesthésie, les produits anesthésiques utilisés, la satisfaction des chirurgiens et des patients ont été analysés.

**Résultats :** Au cours de notre étude, 216 anesthésies ont été réalisées, 144 en chirurgie programmée et 72 en chirurgie urgente. La consultation d'anesthésie était réalisée chez 144 patients (67%) et les patients étaient de la classe ASA 1 et 2 dans 35,6% et 25,6% des cas. La tranche d'âge 20 – 29 ans était majoritaire dont 63,9% de sexe féminin. Le consentement, la visite pré – anesthésique et le CHECK – LIST n'étaient pas systématiques. Une anesthésie générale (AG) était réalisée chez 66,7% des patients versus anesthésie locorégionale (ALR) chez 33,3%. L'anesthésie était réalisée par un médecin assisté d'un infirmier dans 50% des

cas, 76% des patients étaient monitorés, la technique de crash – induction associant le suxaméthonium et le thiopental ou la kétamine était utilisée dans seulement 4 cas en chirurgie abdominale urgente. Le propofol, le fentanyl, le vecuronium et le la bupivacaine étaient les produits anesthésiques les utilisés, le monitoring de la curarisation n'était pas réalisé et 50% des patients avaient bénéficié d'une assistance respiratoire mécanique. Les incidents per – opératoire en chirurgie urgente étaient l'hypotension artérielle (90/40 mmHg) 4,2% soit 9 cas et l'hémorragie 3,7% (8 cas). Le protocole d'analgésie postopératoire relevait de la prescription du chirurgien dans 90% des cas et utilisait exclusivement les analgésiques du palier I de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La salle de réveil n'était pas fonctionnelle pendant toute la durée de l'étude. Le lavage des mains et le port des gants étaient effectués dans respectivement 31,5% et 82%. Les sondes d'aspiration et d'intubation étaient réutilisées chez le même patient dans respectivement 32% et 18,5% des cas.

**Conclusion :** L'évaluation de la qualité des soins en anesthésie doit être une partie intégrante de la pratique quotidienne de l'anesthésiste, lui permettant ainsi d'éliminer non seulement des insuffisances mais surtout d'innover et d'améliorer, sa pratique.

**Mots clés :** Anesthésie, Qualité, Soins, Bamako

---

## C4

### CONNAISSANCES DES INFIRMIERS SUR L'ACCUEIL DES PATIENTS ET DE LEURS FAMILLES DANS L'UNITE DE REANIMATION POLYVALENTE (URP) DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO (CHUYO)

SANOU J, BONKOUNGOU P, KABORE RAF, SIMPORE A, KINDA B, OUEDRAOGO N.

**Introduction :** Une hospitalisation en réanimation représente pour le patient mais aussi pour la famille et les proches une épreuve. L'équipe soignante doit, en priorité, assurer la prise en charge optimale des malades. Mais elle doit aussi les accompagner, ainsi que leurs familles dans des situations souvent graves, complexes et pénibles, dont la compréhension objective est cependant nécessaire. L'accueil des patients et des familles constitue une activité capitale pour laquelle le personnel doit être formé. L'objectif de notre étude était de déterminer les connaissances des infirmiers sur l'accueil des patients et de leurs familles dans l'URP du CHUYO.

**Méthodologie :** L'étude a eu pour cadre l'URP du CHUYO qui dispose de 12 lits Il s'agissait d'une étude transversale conduite du 1<sup>er</sup> au 31 janvier 2010. La population concernée était constituée des 16 infirmiers (ères), ayant chacun répondu à un questionnaire.

**Résultats :**

-Au total, 16 infirmiers ont été enquêtés dont 11 de sexe masculin. La tranche d'âge variait entre 25 et 46 ans, la moyenne d'âge était de 32 ans  
 -Onze soignants avaient au moins 10 ans d'expérience professionnelle

-Neuf infirmiers avaient une ancienneté d'au moins 05 ans dans l'URP.

-La moitié des prestataires n'a pas reçu de formation ou de recyclage en communication

Tableau 1 : répartition des infirmiers selon le module de formation reçu (n=8)

Formation	Effectif	%
Information-Education – Communication (IEC)	5	62.5
IEC + relation d'aide	3	37.5
Communication interpersonnelle(CIP)	0	0
Total	8	100

-L'IEC a été le module le plus enseigné et aucun des prestataires n'a été formé en CIP.

-Pour 80% des infirmiers, l'organisation du travail avec la charge de travail trop élevée et l'insuffisance de notre nombre, ne facilite pas leur prise en charge des familles.

-L'enquête a relevé que la moitié des soignants n'a bénéficié d'aucune supervision externe depuis leur arrivée dans l'unité

-Des relations entre collègues, il ressort que 70% des prestataires les trouvent bonnes et de la qualité de leur relation avec les familles des malades, 40% les trouvent excellentes

**Conclusion :** Outre la mise en œuvre raisonnée des moyens de réanimation, la prise en charge des malades de réanimation nécessite une prise en compte des facteurs psychosociaux et environnementaux trop souvent occultés par le personnel soignant, parce qu'insuffisamment formé et sensibilisé [1]. La connaissance de ces facteurs en vue d'une prise en charge optimale passe par l'établissement d'un climat relationnel de confiance entre le soignant, le malade et son entourage. Ceci nécessite une formation permanente du personnel soignant à l'accueil [2].

**Mots-clés :** Accueil – Formation – Infirmiers

## C5

### EVALUATION DES CONNAISSANCES DU PERSONNEL PARAMEDICAL SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ARRET CARDIO-RESPIRATOIRE DANS UN HOPITAL DE REFERENCE AU SUD DU SAHARA

R.A.F. KABORE , BOUGOUMA C. , J. YAMEOGO , A. SANOU , PZ. BONKOUNGOU , J. SANOU , N. OUEDRAOGO

**Introduction :** La prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire (ACR) nécessite une connaissance des gestes de réanimation cardio-pulmonaire de base (RCPB) et ceux-ci doivent donc être maîtrisés par tout agent de santé dont le personnel infirmier.

Le but de cette étude est d'évaluer les connaissances théoriques des infirmiers du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO) sur la RCPB.

**Matériels et méthodes :** Enquête par questionnaire administré aux infirmiers du CHUYO du 25 avril au 25 juillet 2011

**Résultats :** Au total, 179 sur 327 infirmiers ont participé à l'étude soit un taux de participation de 54,7%. Vingt-trois (12,8%) infirmiers ont déjà bénéficié d'une formation théorique et pratique sur la RCP. Les signes cliniques de l'arrêt cardio-respiratoire (ACR), de la perte de connaissance et de l'arrêt respiratoire étaient connus respectivement de 10%, 20,1% et de 37,4% des infirmiers. Au cours de leur pratique, 73,7%, 76,5% et 72,6% d'entre eux ont affirmé avoir déjà pratiqué respectivement le massage cardiaque externe (MCE), la libération des voies aériennes (LVA), la ventilation artificielle (VA). Par contre, les gestes techniques devant être réalisés au cours de la réanimation cardio-pulmonaire de base (RCPB) tels que le MCE et la VA ont été correctement décrits respectivement par 31,8% et 1,1% des infirmiers. Tous ont exprimé les besoins de formation sur la RCPB.

**Discussion / Conclusion :** Cette étude montre une sévère carence dans les connaissances des infirmiers sur la RCPB. Une formation spécifique devrait être intégrée dans le cursus de formation paramédicale avec recyclages réguliers afin de contribuer à améliorer la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire.

**Mots clés :** Réanimation cardio-pulmonaire de base, connaissances, évaluation, paramédicaux

## C6

### EVALUATION DU COÛT DE L'ANESTHÉSIE ET DE LA RÉANIMATION POUR UNE CHIRURGIE CARDIAQUE SOUS CIRCULATION EXTRA CORPORELLE A L'INSTITUT DE CARDIOLOGIE D'ABIDJAN.

L. KOHOU-KONE, P. YAPO YAPO, J. KOUAME, H. EHOUNOUD, J. N'GUESSAN, Y. YAPOBI.

**Introduction :** L'anesthésie pour chirurgie cardiaque à cœur ouvert nécessite des dispositifs médicaux, des médicaments et des examens de plus en plus performants à l'origine d'une augmentation des coûts de l'anesthésie (1). Le but de ce travail était d'évaluer l'évolution du coût de l'anesthésie et de la réanimation pour ce type de chirurgie dans un pays à revenus limités.

**Matériels et méthodes :** Etude économique transversale évaluant les coûts de l'anesthésie et de la réanimation pour une chirurgie cardiaque sous CEC au cours de deux périodes : P1 (de janvier 1988 à décembre 1998) et P2 (de janvier 2005 à décembre 2008) à l'institut de cardiologie d'Abidjan (ICA). Les coûts évalués étaient ceux des dispositifs médicaux, de l'anesthésie et de la réanimation per et post opératoire, des examens paracliniques, du séjour aux soins intensifs (limité aux premières 24 heures) et les coûts annexes (location de bloc et K anesthésiste).

**Résultats :** Le coût moyen des médicaments de l'anesthésie est peu modifié quelle que soit la période : 22 131 CFA (33,7 euros) sur P1 et 27 769 CFA (42,3 euros) sur P2. Le coût moyen de la réanimation per opératoire a presque triplé, de 77 546 CFA sur P1 à 210 071 CFA. Le coût moyen de la biologie était de 46 000 CFA sur P1 et 62 000 CFA sur P2. Le coût moyen global de l'anesthésie-réanimation per opératoire était de 227 341 CFA sur P1 contre 741 416 CFA sur P2. Le coût moyen des médicaments de la réanimation post opératoire est passé de 63 319 CFA à 84 023 CFA. Le coût moyen de la biologie post opératoire est presque identique sur les deux périodes : 98 000 CFA sur P1 et 95 000 CFA sur P2.

**Discussion / Conclusion :** Le coût moyen global de l'anesthésie-réanimation pour une chirurgie cardiaque sous CEC a presque doublé passant de 439 438 CFA (670 euros) à 975 389 CFA (1487 euros). Cela peut expliquer la baisse sensible des activités chirurgicales depuis 2005. Une stratégie interne et institutionnelle de minimisation des coûts s'impose.

**Mots clés :** Coût- Anesthésie- Réanimation- Circulation extra corporelle.

## C7

### SURCOUT DES INFECTIONS NOSOCOMIALES EN RÉANIMATION POLYVALENTE DU CHU DE COCODY OUATTARA A, ABHÉ C M, PETÉ Y, COULIBALY K T, N'GUESSAN Y, KOFFI N, KOFFI M, TETCHI Y, BROUH Y.

**Objectif :** Estimer le surcoût de la prise en charge des infections nosocomiales.

**Matériel et méthodes :** Etude rétrospective réalisée sur 06 ans. Ont été inclus dans l'étude, les patients ayant présenté une infection nosocomiale documentée dont les parents honoraient partiellement ou totalement les prescriptions. Le surcoût lié à l'infection était estimé pour une même pathologie en calculant la différence des dépenses effectuées pour le patient ayant présenté une infection nosocomiale et celui qui n'en a pas présenté. Il comprenait le coût de l'allongement de la durée de séjour, le coût des antibiotiques utilisés pour l'infection, les consommables, le coût des examens paracliniques réalisés pour le diagnostic et pour la poursuite de la prise en charge pendant la prolongation de séjour.

**Résultats :** 174 patients ont été retenus avec un sex ratio de 0,63 et un âge moyen de 38,56 +/- 20 ans (extrêmes: 1 mois et 80 ans). Les affections principales ayant nécessité leur hospitalisation étaient neurologiques (86,48 %), suivies des détresses respiratoires (5 %) des syndromes infectieux (5 %) et des autres causes (3 %). Les infections étaient essentiellement urinaires (40,77 %), septicémies (27,83 %) et pulmonaires (13,26 %). La durée moyenne de séjour de toutes les admissions sur la période d'étude était de 4,6 j et de 15 jours pour ceux qui ont présenté une infection nosocomiale. Leur prise en charge était assurée dans 87,63 % des cas par les parents qui étaient en majorité des fonctionnaires. Le surcoût moyen lié à l'hôtellerie était de 160.000 F CFA (extrêmes : 140 000 F et 180 000 F), celui des médicaments de 95 960 F CFA (extrêmes : 57 875 F et 139 800 F) et celui des examens paracliniques de 18 545 F CFA (extrêmes : 7 300 F et 32 600 F). Le surcoût direct par patient était estimé en moyenne à 478 993,90 F CFA (extrêmes : 279 675 F et 914 980 F CFA).

**Conclusion :** le surcoût lié aux infections nosocomiales malgré sa sous estimation (coûts indirects exclus) dans notre travail reste élevé et difficilement supportable par les parents de malades. Les difficultés des parents à honorer les charges des patients selon que la durée de séjour s'allongeait associées au pronostic de l'infection nosocomiale vont contribuer à alourdir la morbi-mortalité des patients présentant une infection nosocomiale. Il apparaît dès lors indispensable de mettre en route des stratégies de lutte contre les infections nosocomiales dans nos hôpitaux.

**Mots clés :** Surcoût, infection nosocomiale, réanimation

## C8

### EVALUATION DU LAVAGE DES MAINS (LDM) PAR LE PERSONNEL PARAMEDICAL DANS L'UNITE DE REANIMATION POLYVALENTE (URP) DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO (CHUYO).

BONKOUNGOU P, SANOU J, KABORE RAF, KY S,  
SIMPORE A, KINDA B.

**Introduction :** Les infections acquises à l'occasion des soins constituent un problème de santé publique. Elles sont fréquentes en réanimation. L'OMS considère que l'hygiène des mains constitue la mesure de base pour réduire leur incidence et a élaboré des recommandations à ce sujet [1]. L'objectif de ce travail est de déterminer les facteurs limitant la prévention des infections (PI) par le lavage des mains dans l'URP du CHU-YO.

**Matériels et Méthodes :** Il s'est agi d'une étude transversale descriptive à visée analytique, qui s'est déroulée du 01 Août au 30 Août 2008. Elle a utilisé l'enquête d'observation et un questionnaire sur les techniques de lavage des mains. Tout le personnel paramédical (16 infirmiers et 12 agents de soutien jouant le rôle d'aides-soignants) de l'unité (n=28) a été inclus. Seuls les infirmiers étaient autorisés à réaliser des gestes aseptiques (poses de voies veineuses périphériques et de sondes vésicales).

**Résultats :** Tous nos enquêtés ont reçu au moins une fois une formation en matière de PI. Pour les techniques de lavage des mains 7 agents (25%) ont pu citer les trois techniques. Tous les enquêtés connaissaient au moins le lavage simple des mains. Pourtant 21 (75%) ne se lavent pas les mains avant de commencer les soins. Sur les 16 infirmiers, 10 (62,25%) procédaient au lavage antiseptique des mains avant une manipulation de matériel stérile, ou avant un geste aseptique. Aucun des enquêtés ne se lavait les mains entre deux malades. Au lieu de se laver les mains, les agents portaient directement les gants. Après les soins ou la visite, 81,48% des enquêtés ne se lavaient pas les mains. Seize des agents de santé (57,14%), ne se lavaient pas les mains avant de quitter l'URP.

**Discussion-Conclusion :** Le risque élevé de transmission manuportée en milieu de réanimation impose une politique rigoureuse d'hygiène des mains qui passe principalement par le lavage des mains. La totalité des enquêtés avait une connaissance globale de la PI par l'hygiène des mains. Cependant, un quart des enquêtés seulement connaissaient l'ensemble des trois techniques de lavage des mains. Le faible niveau de performance enregistré par notre étude peut être amélioré par le renforcement de la formation du personnel à la PI, par l'élaboration et l'application consensuelles de protocoles de soins, ainsi que par l'équipement des structures de soins en dispositifs spéciaux pour le lavage des mains en nombre suffisant, à des emplacements adéquats. L'hygiène des mains fait aussi appel à l'antisepsie des mains et au port réfléchi des gants.

**Mots-clé :** Hygiène - mains - réanimation.

## C9

### ANALYSE D'UN EVENEMENT I INDESIRABLE EN ANESTHESIE PAR LE MODELE ALARM

TATY-KOUMBA C, MANDJI-LAWSON JM, TCHOUA R

**Résumé :** La pratique de l'anesthésie dans nos contrées demeure un exercice à haut risque car émaillée de complications plus ou moins fatales. Afin d'apporter une meilleure sécurisation du Processus Anesthésique, les auteurs revisitent le modèle ALARM mis au point par Vincent C.

En partant des « near miss », ce modèle d'analyse systémique d'un accident d'anesthésie décomposé en quatre temps permet de passer en revue sept facteurs multidimensionnels simples afin d'identifier la cause structurelle ou organisationnelle.

En fonction des erreurs actives et/ou de système, formuler les mesures correctives effectives.

**Mots Clés :** Anesthésie, Accident, Analyse.

## C10

### FACTEURS DE MORTALITE DES URGENCES CHIRURGICALES NEONATALES A OUAGADOUGOU

R.A.F. KABORE), R. KABORE, I. OUEDRAOGO, E.  
BANDRE , N. OUEDRAOGO, A. WANDAOGO

**Introduction :** Dans les pays développés, la morbidité et la mortalité péri opératoires du nouveau-né ont diminué au cours de ces dernières décennies. Il n'en est pas de même dans les pays en voie de développement où elles demeurent encore élevées surtout en urgence. Le but de cette étude est de déterminer les facteurs de mortalité néonatale au cours des urgences chirurgicales.

**Matériels et méthodes :** Etude prospective descriptive du 15 septembre 2009 au 14 septembre 2010 portant sur les urgences chirurgicales néonatales admises dans le service de chirurgie du Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulle (CHUP/CDG).

**Résultats :** 102 nouveau-nés avec un sex ratio de 1,5 ont été admis pour une urgence chirurgicale sur un total de 2258 admissions aux urgences soit une fréquence de 4,51%. Le poids moyen de naissance était de 2871g +/- 496g et 4,9% étaient nés prématurés. Les indications chirurgicales étaient représentées par les affections du tube digestif dans 63,7% des cas et les anomalies de la paroi abdominale antérieure dans 24,5% des cas.

Une intervention chirurgicale a été réalisée chez 66,7% des nouveau-nés, toutes sous anesthésie générale avec intubation oro-trachéale. La mortalité hospitalière globale a été de 29,4%. Huit nouveau-nés sont décédés après leur sortie de l'hôpital portant la mortalité globale à 37,2%. Les affections congénitales ont entraîné 86,6% des décès. Le délai opératoire moyen des patients décédés était de 41h et 73,3% des patients sont décédés en post opératoire. La mortalité per opératoire a été nulle. La mortalité spécifique était de 40% chez les prématurés et de 33,3% chez les patients nés à terme, 60% chez les patients avec un poids de naissance < 2000 g, 30,5% pour les affections congénitales. Le décès était survenu dans 53,3% des cas au cours des premières 24 heures de vie.

**Discussion / Conclusion :** Les urgences chirurgicales néonatales sont source d'une mortalité élevée à Ouagadougou. Les difficultés de diagnostic anténatal des malformations congénitales, le retard à la prise en charge, l'absence d'un service de soins intensifs post - opératoire apparaissent comme des facteurs pronostiques péjoratifs.

**Mots clés :** Urgences chirurgicales néonatales, mortalité, facteurs pronostiques, Ouagadougou

## C11

### FACTEURS LIMITANT LE RESPECT DU RENDEZ-VOUS OPERATOIRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO (CHUYO)

SANOU J, BONKOUNGOU P G, BONKOUNGOU P, NIKIEMA R, KINDA B

**Introduction :** Le non respect du RDVO est un phénomène quotidien en chirurgie réglée, qui embarrasse aussi bien le personnel soignant que les patients. L'objectif de ce travail est d'étudier les facteurs qui limitent le respect du RDVO au bloc chirurgical de traumatologie du CHU-YO.

**Matériels et méthodes :** Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive menée du 1er mars au 31 août 2010. Ont été inclus tout le personnel de santé du bloc (4 chirurgiens, 1 médecin anesthésiste, 16 ISAR et 14 instrumentistes) et tous les patients programmés pour être opérés pendant la période de l'étude et dont l'intervention a été reportée au moins une fois, soit 58 patients.

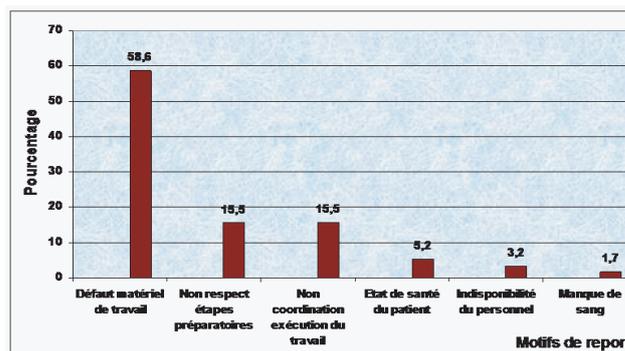
Les instruments de collecte comprenaient :

- un guide d'entretien avec les patients du bloc,
- un questionnaire auto administré adressé au personnel du bloc,

-deux grilles d'appréciation

### Résultats :

Fig. 1 Motifs de report des RDVO



Des résultats de notre étude, il ressort que le principal motif de report des interventions chez les patients de traumatologie est représenté par le manque de matériel. Cet état de fait est en rapport avec la vétusté du plateau technique, les ruptures de stock et aussi le faible niveau socioéconomique des patients, qui doivent, dans la plus part des cas acheter tout ou partie du matériel, certaines drogues et certains consommables nécessaires à l'intervention. Les problèmes organisationnels constituent le deuxième motif de report. Ils sont, entre autre, à l'origine d'un début tardif du programme opératoire (le premier coup de bistouri au plus tôt à 9h30) avec pour conséquence l'impossibilité pour les équipes de terminer le travail prévu pour la journée [1]. La perspective de l'intervention chirurgicale étant déjà anxiogène pour le patient, les différents intervenants de nos blocs opératoires ainsi que la direction de nos hôpitaux devraient travailler à minimiser les désagréments d'un RDVO. En outre, des outils modernes de gestion des blocs opératoires devraient être mis à disposition [2]. La satisfaction des patients et la qualité des soins sont à ce prix.

**Mots clés :** report – programme opératoire - motifs

## C12

### FORMATION CONTINUE EN ANESTHESIE-REANIMATION : ENQUETE AUPRES DES PARTICIPANTS DU 25<sup>EME</sup> CONGRES DE LA SARANF C.T.H.W. BOUGOUMA, R.A.F. KABORE, N. OUEDRAOGO

**Introduction** : En Afrique, la faiblesse de la démographie médicale demeure un déterminant essentiel de la qualité des soins. Cependant, l'amélioration de la qualité des soins passe aussi par la mise à jour régulière des connaissances des praticiens. Dans le domaine de l'anesthésie-réanimation, si la démographie connaît un certain essor, les données sur la formation médicale continue (FMC) restent insuffisantes. Le but de ce travail est d'analyser les données quantitatives et qualitatives sur la formation continue des participants au 25<sup>ème</sup> congrès de la Société d'Anesthésie-Réanimation d'Afrique Noire Francophone (SARANF).

**Matériels et méthodes** : Enquête par questionnaire auto-administré, réalisée au 2<sup>ème</sup> jour du congrès de la SARANF tenu à Ouagadougou du 27 au 29 Janvier 2010.

**Résultats** : Deux cent trente trois sur 490 participants ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponses de 47,55%. Ils étaient originaires de 16 pays avec une moyenne d'âge de 42,48 ans et un sex-ratio de 2,58. Il s'agissait d'infirmiers anesthésiste-réanimateurs (69,53%), de médecins anesthésiste-réanimateurs (15,88%) et d'étudiants (12%); les autres professionnels de santé représentaient 2,59% des cas. La plupart (93,4%) travaillaient dans le secteur publique. Dans 57,8% des cas, ils ont affirmé bénéficier régulièrement d'une FMC sous forme de congrès (45,79%), de séminaires (40,01%), de stages (10%) ou de cours (4,20%). Les formations sont financées par les participants eux-mêmes (16,74%) ou leur service (32,62%); elles se déroulent surtout au niveau national (60,47%) et très peu en dehors de la sous-région Afrique noire francophone (13,78%). Le nombre de formations variait de 1 à 15 par an. Presque tous (99,6%) ont reconnu l'impact positif des formations continues, 56,4% affirment qu'elles sont indispensables et 43,6% qu'elles sont utiles.

**Discussion / Conclusion** : une formation médicale continue régulière est assurée à un peu plus de la moitié des praticiens de l'anesthésie-réanimation en Afrique noire francophone, le plus souvent dans un cadre national. Des améliorations restent à faire, notamment sur la qualité et la diversification des types de formation et l'accessibilité des formations à l'étranger. Les ministères chargés de la santé devraient s'impliquer davantage dans la réglementation et la prise en charge financière de la FMC.

**Références** : KUA V., BELII A., PONTONE S. Enquête nationale sur la formation médicale continue des anesthésistes-réanimateurs. Annales françaises d'anesthésie et de réanimation A. 2006, vol. 25, n° 2, pp. 144-151.

**Mots clés** : Formation médicale continue, Anesthésie-réanimation, Afrique noire francophone.

## C13

### ETUDE DE LA MORTALITÉ AU NIVEAU DES URGENCES CHIRURGICALES DE L'HÔPITAL ARISTIDE LE DANTEC DE DAKAR DE 2004 À 2008

DIENG M, CISSÉ M, EL MAKHTOUM O, KONATÉ I,  
KA O, TOURÉ AO, NGOM G, DIA A, TOURE CT

**But** : Recenser la mortalité et identifier les causes de décès au niveau du service des urgences chirurgicales. **Matériel et Méthode** : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive allant de janvier 2004 à décembre 2008. Tous les patients admis aux urgences chirurgicales ont été pris en compte, sauf ceux relevant de la traumatologie osseuse adulte. Les différents registres nous ont servi de matériel d'étude. Nous avons recensé 15068 patients admis aux urgences chirurgicales dont 5755 (38%) avaient été opérés. Les mortalités opératoire et non opératoire ont été étudiées. **Résultats** : Un total de 246 décès a été enregistré parmi les 15068 patients, soit un taux de mortalité global de 1,6%. Parmi les 246 décès enregistrés, 133 étaient de sexe masculin et 113 de sexe féminin, soit un sex-ratio de 1,2. La mortalité opératoire était de 158 cas, soit 64,2% de l'ensemble des décès (n = 246) et 2,7% de l'ensemble des patients opérés (n = 5755). La mortalité non opératoire était de 88 cas, soit 35,8% de l'ensemble des décès (n = 246) et 1% des patients non opérés (n = 9313). Cent quarante neuf (149) cas des décès enregistrés concernaient des adultes (soit 60,5%) contre 97 pour les enfants (soit 39,5%). Et 121 cas concernaient les âges extrêmes (63 pour les moins de 12 mois et 58 pour les plus de 60 ans). Les pathologies digestives et pariétales prédominaient comme pathologies initiales liées au décès avec 156 cas répartis comme suit : 86 hommes et 70 femmes, 64 enfants et 92 adultes. Les causes secondaires de décès étaient dominées par les états de choc, 39% dont 40% de choc septique et la détresse respiratoire, 10,6% des cas.

**Conclusion** : Les taux de mortalité opératoire et non opératoire sont relativement faibles. Cependant une amélioration du plateau technique et des conditions d'exercice pourraient aider à l'abaissement de ces taux.

# C14

## OPINION DES FAMILLES DES PATIENTS SUR L'ACCUEIL DANS L'UNITE DE REANIMATION POLYVALENTE (URP) DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO (CHUYO) SANOU J, BONKOUNGOU P G, BONKOUNGOU P, NIKIEMA R, KINDA B

**Introduction :** Les patients admis en réanimation présentent toujours des pathologies sévères. Les annonces de diagnostic grave et pronostics vital ou fonctionnel réservés aux proches sont fréquentes, délicates mais nécessaires. Pour ces raisons l'accueil des familles revêt une importance particulière en milieu de réanimation. L'objectif de notre étude était de recueillir l'opinion des proches sur cette activité, partie intégrante de la prise en charge globale des patients, dans le but de l'améliorer.

**Matériels et méthodes :** L'étude avait pour cadre l'URP du CHUYO qui dispose de 12 lits Elle était de type transversal couvrant la période du 1er janvier au 31 décembre 2010, au cours de laquelle 199 patients ont été admis dans l'unité. La population de l'étude était constituée d'un membre de la famille ou un proche de chacun de ces 199 patients. Toutes ces personnes se sont prêtées à un entretien conduit par un médecin sénior.

### Résultats :

- Les sujets enquêtés étaient à 64,5 de sexe masculin. L'âge moyen des accompagnateurs inclus était de 35 ans, avec des extrêmes de 22 et 62 ans. Les enquêtés étaient à plus de 90 % résidant de la ville de Ouagadougou
- Plus de 80% des enquêtés avaient au moins le niveau secondaire
- Parmi les accompagnateurs enquêtés 38,80% avaient des liens filiaux avec les malades ; 12,90% étaient de la fratrie ; 9,70% étaient des conjoints. Les 13,2% restants étaient des amis, des voisins ou des collègues de service des malades
- De l'opinion des familles sur l'accueil : 70,97% des enquêtés ne sont pas satisfaits.
- Les suggestions faites pour améliorer la qualité de l'accueil sont résumées dans le tableau 1.

**Tableau 1 :** Répartition des suggestions des familles pour améliorer la qualité de l'accueil dans l'URP du CHUYO

Suggestions	effectif	%
Informé et éduquer les familles	128	
Créer un poste d'accueil et d'orientation des familles	57	
Renforcer le personnel en nombre	54	
Augmenter le nombre d'heures de visite	20	
Rationaliser les prescriptions	12	
Apporter plus de rigueur au travail	12	
Montrer plus d'empathie envers les patients et leurs proches	20	

**Discussion /Conclusion :** L'accueil est une activité exigeante, qui nécessite de la part de l'équipe soignante beaucoup de tact, de patience, d'empathie et une bonne organisation. Un livret d'accueil est disponible dans le service et facilite les explications. Mais l'analphabétisme important dans notre pays en limite la portée. Les exigences d'un accueil de qualité et la charge de travail élevée en réanimation font courir au personnel le risque d'épuisement professionnel. La présence d'un psychologue dans l'équipe ou la possibilité de lui faire appel constitue une aide précieuse. Les prestations en matière d'accueil doivent être régulièrement évaluées. Un questionnaire simple pourrait être remis aux patients ou aux proches en même temps que le livret d'accueil. Comme dans notre étude, il permettrait de connaître leur opinion des usagers sur l'accueil et leurs suggestions pour l'améliorer.

**Mots-clés :** Accueil – opinion – famille

## C15

### PROBLEMATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE PREHOSPITALIERE DES TRAUMATISES DE LA VOIE PUBLIQUE A OUAGADOUGOU SANOU J, BONKOUNGOU P, KABORÉ RAF, OUATTARA A, KINDA B, OUÉDRAOGO N.

**Introduction :** La traumatologie routière constitue un problème de santé publique en raison d'une morbidité importante et d'une lourde mortalité surtout précoce [1]. La qualité et la précocité de la prise en charge pré-hospitalière sont des facteurs déterminants du pronostic. Dans les principales agglomérations du Burkina Faso, la Brigade Nationale des Sapeurs Pompiers (BNSP) représente à l'heure actuelle la seule structure organisée officielle assurant la prise en charge pré-hospitalière des traumatisés de la voie publique, en plus de ses autres missions. L'objectif de ce travail était d'analyser les interventions de la BNSP de Ouagadougou pour les blessés de la route.

**Matériels et méthodes :** Du 31 août au 14 septembre 2010 nous avons observé les étapes de la prise en charge pré-hospitalière des traumatisés de la voie publique par une compagnie de BNSP, après avoir fait un inventaire de son équipement.

**Résultats :** L'équipe d'intervention est composée de 4 sapeurs pompiers militaires ayant une formation de secouriste. Elle est missionnée par le centre de régulation à la demande d'un tiers. La compagnie dispose de 5 véhicules PSR dont l'équipement se résume au matériel d'immobilisation et à une valise d'assistance respiratoire rudimentaire. Il n'y a pas de médicaments d'urgence ni de moniteurs. Il n'y a pas d'infirmier urgentiste ni de médecin à bord. Durant la période d'étude 67 interventions ont été réalisées au cours desquelles 88 traumatisés ont été pris en charge. Pour 84,9% des victimes les secours sont arrivés au lieu de l'accident dans un délai  $\leq 15$  minutes. Dans l'heure qui a suivi l'accident 85,22% des victimes ont été admis dans un centre de santé, et 65,9% d'entre elles ne présentaient aucune atteinte d'une fonction vitale. Deux blessés sont décédés avant l'arrivée des secours. Le bilan réalisé par les secouristes ne comportait pas de mesure des constantes et aucun geste médical n'a été réalisé pendant le transfert. La BNSP a transporté 96% des traumatisés au CHUYO.

**Discussion / Conclusion :** Une médicalisation de la phase pré hospitalière des soins aux traumatisés de la voie publique est nécessaire pour réduire la mortalité liée aux accidents de la circulation routière. En attendant l'effectivité d'un Service d'Aide Médicale d'Urgence au Burkina Faso, les ISAR en formation, les stagiaires internés et les résidents en Anesthésie - Réanimation pourraient avantageusement renforcer les équipes d'intervention de la BNSP. Ceci consacrerait une coopération utile entre les ministères chargés respectivement de la santé, de la défense et de l'enseignement supérieur. Mais l'amélioration de la prise en charge pré hospitalière ne saurait s'envisager sans celle concomitante des plateaux techniques et de l'organisation des structures de référence (hôpitaux de district, CHR, CHU) [2].

**Mots-clés :** Traumatologie routière, Ouagadougou, sapeurs-pompiers.

## C16

### PRISE EN CHARGE PRÉHOSPITALIÈRE DES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX : EXPÉRIENCE DE SOS MEDECIN SENEGAL SIGNATÉ BS, DIOP Y, DIOP MS

**Introduction :** 10% de la mortalité mondiale toutes causes confondues est due aux AVC. Au Sénégal toutes les études récentes montrent que L'AVC devient un véritable problème de santé publique. Le but de l'étude était d'évaluer le profil et la prise en charge des patients vus par la section SMUR de SOS MEDECIN SENEGAL présentant un AVC et de déterminer si les délais sont compatibles avec une thrombolyse précoce.

**Matériel et méthode :** Il s'agit d'une étude sur 8 ans du 01/01/1997 au 31/12/2006 regroupant les transports médicalisés des patients présentant une suspicion d'AVC.

**Résultats :** 97 patients ont été vus avec un Sexe ratio de 1,26. L'âge moyen était de 61,84 ans (avec des extrêmes de 21 à 88 ans). Les patients âgés de moins de 45 ans représentaient 12,4%. Les patients de moins de 80 ans représentaient 84,5%. 90,7% des patients avaient un facteur de risque cardiovasculaire. Dans les antécédents on retrouvait 63,9% d'HTA, 18,3% de récurrence d'AVC dont 3% d'AIT, 12,4% de diabète, 8,2% de tabagisme actif, 6% de cardiopathie et 3% d'IRC. 61% des patients avaient une altération de la conscience dont 12% de coma. Les signes les plus fréquemment retrouvés ont été : une hémiparésie dans 54,6% , une hémiparésie dans 10,3% , une aphasie dans 8,2% et une paralysie faciale isolée dans 7,2%. 71% des patients avaient une HTA de départ. Le temps entre l'apparition des symptômes et l'arrivée de l'équipe médicale variait de 10 mn à 15 jours. Le délai moyen de prise en charge était de 16,25 minutes (maximum 50 minutes). Le nombre de patients vus dans les 3 heures représentait 44,3 % (21,6% < 1 h, 30% < 90 mn et 37% < 2 h). 4% des patients ont été intubés et ventilés.

**Conclusion :** Les patients vus dans les 3 heures (44,3%) représenteraient les AVC pouvant bénéficier d'une filière de prise en charge optimale dans une unité neurovasculaire avec une thrombolyse éventuelle.

# C17

## PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX DANS LE SERVICE DE REANIMATION MEDICALE DE L'HOPITAL PRINCIPAL DE DAKAR WADE K.A. , NIANG EM, TRIKI A.; DIATTA B.

**Introduction :** Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) comportent classiquement les infarctus cérébraux et les hématomes intracérébraux. Les hémorragies méningées sont regroupées avec les AVC dans certaines statistiques. Ce n'est pas la règle, car leur étiologie et leur évolution sont sensiblement différentes. Aucune filaire dans prise en charge correcte de cette affection pourtant meurtrière n'est actuellement bien codifiée dans nos structures. Le but de notre étude était de poser la problématique de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux dans un service de réanimation en milieu Africain.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective sur un 03 ans (1er janvier 2008 au 31 décembre 2010), réalisée dans le service de réanimation de l'hôpital Principal de Dakar. Ont été inclus tous les patients ayant été admis pour accident vasculaire cérébral ischémique et/ou hémorragique confirmé par un scanner ou une imagerie par résonance magnétique.

**Résultats :** Vingt et quatre patients ont été retenus avec une moyenne d'âge de 64 +/- 17 ans et un sex-ratio H/F de 1/1. Les AVC ischémiques représentaient 62,5% des cas contre 37,5% pour les AVC hémorragiques. Les facteurs de risques retrouvés étaient : HTA (79 %), diabète (46%); cardiopathie (25%) et une récurrence d'accident ischémique et/ou hémorragique (9%). Le délai moyen de prise en charge était de 8 heures. Un déficit moteur était observé à l'admission chez 37,5 % des patients à droite, chez 29 % à gauche et chez 9 % bilatérale. Six patients (25%) avaient des signes d'hypertension intracrânienne. La TDM a été faite dans la majorité des cas (87,5%) et l'IRM dans 12.5% des cas. Pour les AVCH, trois atteintes de la cérébrale antérieure ont été retrouvées dans, trois inondations ventriculaires, deux atteintes de la sylvienne droite, une hémorragie capsulo-lenticulaire gauche. Pour les AVCI on avait noté cinq cas d'atteinte au niveau du territoire de la cérébrale antérieure, trois atteinte de la sylvienne droite, deux atteinte de la sylvienne gauche deux cas d'AVC massif. Neuf patients (37,5%) avaient un score de Glasgow < à 8 dont six avaient bénéficié d'une intubation et d'une ventilation mécanique. La létalité était de 41,66%, dont 60% pour les AVCH et 40% pour les AVCI ; 83,33% des patients ayant présenté une HTIC étaient décédés. Le score IGS moyen était de 33,5 pour les AVCI avec une mortalité prédite de 15%, et de 32,57 pour les AVCH avec une mortalité prédite de 13%. Le score de charge de travail était de 52. La durée moyenne de séjour était de 07 jours.

**Discussion / Conclusion :** Cette étude montre que les accidents vasculaires cérébraux sont responsables d'une forte mortalité par conséquent d'un coût non négligeable pour la société. La prise en charge se heurte à l'insuffisance des ressources humaines et matérielles.

**Mots clé :** Accident vasculaire cérébral/Réanimation

## C18

### GESTION PREHOSPITALIERE DES PATIENTS ADMIS AUX URGENCES MEDICALES DU CHU DE COCODY

TÉTCHI Y, COULIBALY K. T, OUATTARA A, ABHÉ CM, PÉTÉ Y, N'GUESSAN Y, KOFFI N, D, BROUH Y.

**Introduction :** La gestion préhospitalière des patients constitue un facteur influençant leur pronostic. Le but de notre étude est d'évaluer la prise en charge préhospitalière des patients admis aux urgences médicales.

**Patients et méthode :** Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive réalisée aux urgences médicales du CHU de Cocody sur six mois (Janvier-Juin 2010). Etaient inclus tous les dossiers des patients admis aux urgences médicales pendant cette période. L'étude portait sur les paramètres sociodémographiques, le mode de transport, le diagnostic et l'évolution immédiate.

**Résultats :** 1800 cas ont été colligés. L'âge moyen était de 44,8 ans +/- 19 ans (extrêmes : 15 ans et 91 ans). Le sex ratio était de 0,8 (H/F). 50,7% des patients venaient de leurs domiciles ; 24,7% des formations sanitaires périphériques ; 18,2% des hôpitaux généraux; 3,8 % des CHR et 2,6% des autres CHU. Les patients venaient de toutes les communes d'Abidjan, particulièrement celles de Cocody (26,2%), Yopougon (25,4%), Abobo (14%) et Adjamé (12,5%). 19% des patients étaient sans profession. Le transport des patients était non médicalisé dans 97,9% des cas (véhicule de transport en commun 60,9% ; véhicule personnel 20,4% et ambulance simple 16,6%). L'admission des patients se faisait pendant la journée (73,5%) et la nuit (26,5%). Le motif d'évacuation était dominé par les détresses neurologiques (44%), les syndromes abdominaux (22,2%), les détresses respiratoires (12,2). Les AVC (16%) et le paludisme grave (14,9%) prédominaient les pathologies diagnostiquées aux urgences. On notait 33,8% de décès dont 12% avant l'admission. 25% de décès étaient observés chez les patients admis pour AVC.

**Conclusion :** La gestion préhospitalière est mal organisée dans notre pays entraînant un taux de décès élevé et rendant difficile l'organisation du réseau des urgences.

**Mots clés :** gestion préhospitalière, urgence, transport médicalisé

## C19

### INFARCTUS DU MYOCARDE : ÉPIDÉMIOLOGIE ET PRISE EN CHARGE DANS LE SERVICE DE RÉANIMATION DE L'HÔPITAL PRINCIPAL DE DAKAR NIANG EHM ; WADE KA ; DIATTA

**Introduction :** L'infarctus du myocarde (IDM) est une nécrose ischémique systématisée du muscle cardiaque le plus souvent due à une thrombose occlusive brutale d'une artère coronaire. Le risque vital est très élevé à court et à moyen terme. Sa morbi-mortalité a toutefois été réduite de façon significative depuis 20 ans grâce à des progrès réalisés à plusieurs niveaux d'intervention.

**Buts :** Etudier le profil des patients admis en réanimation médicale pour un infarctus du myocarde. **Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les patients hospitalisés pour infarctus du myocarde dans le service de réanimation médicale de l'hôpital Principal de Dakar durant la période du 01 Janvier 2008 au 31 décembre 2010. Etaient étudiés le profil épidémiologique, les aspects cliniques, paracliniques et thérapeutiques, les complications à l'admission et la mortalité. Le diagnostic d'IDM reposait sur la présentation clinique, l'électrocardiogramme (sus-décalage persistant du segment ST sur au moins 2 dérivations précordiales contiguës ou de plus de 1 mm dans 2 dérivations bipolaires, ou d'une onde Q de nécrose) et les paramètres biologiques (dosage des troponines et de la fraction membranaire de la créatine phosphokinase).

**Résultats :** Quarante et neuf patients (3 %) étaient hospitalisés pour IDM, avec un sex-ratio de 3,45 et un âge moyen de 61 ans +/- 12,78 (88-28). Parmi les facteurs de risque, l'hypertension artérielle était retrouvée dans 57 % des cas, le diabète dans 40% des cas, le tabagisme dans 22 % des cas et 2 facteurs de risques étaient associés chez 30% des patients. Sept patients (14 %) avaient des antécédents d'affection coronarienne. Le délai moyen de d'admission était d'environ 18,9 heures +/- 47,2 (1-144). Dix sept patients (34,6%) avaient été thrombolysés dont 3 (6,1%) patients en pré-hospitalier. Le délai moyen de thrombolyse était de 6,7 heures +/- 6,4 (1-20). La localisation était antérieure dans 63 % des cas, inférieure dans 24% des cas, circonférentielle dans 6%. En cours d'hospitalisation, des complications à type de collapsus cardio-vasculaire (13 cas soit 22 %), d'œdème aigu du poumon (4 cas soit 8,2%) et de troubles du rythme (6 cas soit 12,24 %) étaient notées dont un avait bénéficié d'une mise en place d'une sonde d'entraînement externe sur BAV III. La létalité pour IDM était de 30%; le choc cardiogénique était la principale cause de décès (53 %).

**Conclusion :** Le délai entre la prise en charge médicalisée d'un patient présentant un IDM et la reperfusion coronaire doit être aussi bref que possible car le pronostic en dépend. La bonne connaissance des facteurs de risques cardiovasculaires dans nos pays devrait permettre une bonne prévention.

**Mots clés :** Infarctus du myocarde/ épidémiologie / prise en charge/ réanimation

## C20

### L'INTOXICATION AIGUE A LA PARAPHENYLENE DIAMINE A L'HOPITAL GENERAL DE REFERENCE (HGRN) DE N'DJAMENA : UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE MAJEUR

KABORO M, MADJITLOUM N, ZOUMENOU E, ASSOUTO P, LOKOSSOU T, CHOBLI M

**Introduction :** Les premiers cas d'intoxication aiguë à la paraphénylène diamine (IAPPD) ont été observés au Tchad en 1999 [1]. Depuis cette date, les cas d'IAPPD sont fréquemment observés à l'HGRN. L'objectif principal de l'étude était de montrer la population la plus concernée par cette intoxication. **Patients et méthode :** Cette étude prospective, a porté sur les patients admis pour intoxication en réanimation durant 3 ans (1er/01/2008 au 31/12/2010). Une fiche élaborée à l'avance a permis de recueillir les données épidémiologiques. **Résultats :** Durant 3 ans, 105 sur 987 patients admis en réanimation, l'ont été pour intoxication (soit 10,6% des admissions). 93 patients (9,42% des admis et 88,57% des intoxiqués), ont présenté une IAPPD et chez 12 patients (11,43% des intoxiqués), il s'agissait d'autres types d'intoxications. L'IAPPD a touché une population dont l'âge moyen était de 22,5 ans avec des extrêmes de 3 à 65 ans. Les tranches d'âge les plus concernées ont été: 11 à 20 ans et 21 à 30 ans avec respectivement 55 cas (59,1%) et 19 cas (20,4%). La prise du produit a surtout été notée entre 16 H et 18 H avec 37 patients (39,9% des cas). 9 femmes pour 2 hommes étaient concernées. Les célibataires (63 cas/67,7%), étaient les plus nombreux. Les patients du niveau d'étude secondaire étaient les plus nombreux (49 cas/52,7%). Les élèves (49 cas/52,7%) étaient les plus concernés. Ont été notées, les IAPPD volontaires dans un but d'autolyse dans 70 cas (75,3%), les accidentelles (12,9%) et les criminelles (11,8%). Les raisons du suicide étaient : le mariage forcé (26 cas/37,14% des tentatives d'autolyse), le reproche fait par les parents (15 cas/21,43%), le conflit avec le mari (12 cas/17,14%)... La fréquence moyenne annuelle d'IAPPD était de 31 patients. Une légère augmentation des cas d'IAPPD a été notée en avril (16,13%), septembre (10,75%) et octobre (12,90%). 32 patients étaient décédés (soit un taux de mortalité de 34,4%).

**Discussions/conclusion :** les décideurs doivent prendre des mesures pour diminuer les cas d'IAPPD qui est devenue un problème majeur de santé publique chez les jeunes au Tchad.

**Mots clés :** intoxication, paraphénylène diamine, jeunes, santé publique, Tchad

## C21

### LES TRAUMATISMES FERMES DU THORAX (TFT) AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO (CHUYO)

BONKOUNGOU P, SANOU J, BONKOUNGOU PG, DJAGBARE DY, TRAORÉ SS

**Introduction :** Les traumatismes du thorax constituent un motif fréquent de consultation aux urgences. Les accidents de la circulation routière (ACR) en sont responsables dans 70% des cas [1]. Ce travail avait pour objectif d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques des TFT au CHU-YO.

**Matériels et méthodes :** Il s'est agi d'une étude rétrospective descriptive sur 6 ans (2005-2010) au cours de laquelle 140 TFT consécutifs ont été colligés dans l'unité des urgences viscérales (UUV) du CHUYO. Ont été inclus 65 patients présentant un TFT, disposant d'une imagerie et d'un dossier médical exploitable.

**Résultats :** La moyenne d'âge était de 35,98 ans avec un sex ratio de 4. Le délai moyen de consultation a été de 24 heures avec des extrêmes de 1 heure et 23 jours. Les patients victimes de TFT ont été transportés dans l'UUV par une ambulance non médicalisée de la brigade nationale des sapeurs pompiers (BNSP) dans 72,3% des cas. Tous les patients convoyés par la BNSP provenaient de zones urbaines. Les ACR étaient en cause dans 83,1% des TFT. A l'admission, la douleur thoracique était constante chez tous nos patients. Parmi eux, 15,40% présentaient une détresse respiratoire et 4,6% étaient en état de choc hémorragique. Dans 50,8% des cas, le siège du traumatisme était à droite. Le bilan paraclinique a confirmé 21 cas d'hémothorax (32,3%), 8 cas de pneumothorax (12,3%), 11 cas d'hémopneumothorax (16,9%). Les lésions abdominales étaient les plus fréquentes des lésions associées (31,8%).

La prise en charge a consisté en une réanimation hydro-électrolytique associée à une oxygénothérapie dans 1,5% des cas, une transfusion sanguine associée à un apport de macromolécules chez 8 patients (9,23%) en choc hémorragique et un traitement antalgique dans tous les cas. Le drainage thoracique sous anesthésie locale a été réalisé chez 32 patients (49,2%), une thoracotomie sous anesthésie générale avec intubation orotrachéale dans 3,1% des cas. Une abstention chirurgicale a été observée chez 26 patients (40%). Un cas de pyothorax a été la seule complication enregistrée. Nous n'avons noté aucun cas de décès dans notre série.

**Discussion - Conclusion :** La population jeune et à nette prédominance masculine a été la plus concernée par les TFT. Le long délai à l'évacuation vers le CHU-YO est lié à l'absence d'une structure de prise en charge préhospitalière, à la distance, au mauvais état du réseau routier, au parc ambulancier insuffisant et vétuste et à un problème financier, l'évacuation étant à la charge du patient. Les épanchements pleuraux ont été fréquents au cours de TFT. Le drainage thoracique constitue donc un geste fondamental que les médecins des districts et des centres hospitaliers régionaux formés à la chirurgie d'urgence devraient réaliser, à condition de disposer du plateau technique nécessaire. L'indication d'une éventuelle thoracotomie exploratrice dépend en partie de l'évolution du drainage. La mortalité nulle observée dans notre série pourrait s'expliquer par les décès précoces des patients les plus gravement atteints avant leur arrivée au CHU-YO. La circulation routière étant la plus grande pourvoyeuse de TFT, des actions de prévention doivent être menées pour réduire leur incidence.

**Mots-clés :** Traumatismes fermés du thorax, Hémopneumothorax, CHU-YO

## C22

### LESIONS RESPONSABLES DES PERITONITES POSTOPERATOIRES (PPO) DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE ET DIGESTIVE (SCGD) DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO - CHU-YO BONKOUNGOU P , SANOU J, ZIDA M , BENA O N, KINDA B, TRAORE SS

**Introduction :** L'infection reste une préoccupation majeure après chirurgie abdomino-pelvienne [1]. Elle compromet l'acte chirurgical, est responsable d'un surcoût important et met souvent en jeu le pronostic vital. Les complications septiques intra-abdominales de la chirurgie digestive et pelvienne peuvent relever de multiples causes. Le but de ce travail était de cerner les lésions responsables des PPO dans le service de chirurgie générale et digestive (SCGD) du CHU-YO.

**Matériels et méthodes :** Il s'est agi d'une étude rétrospective des PPO du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2008. Durant cette période 4245 laparotomies ont été pratiquées dans le SCGD du CHU-YO. Parmi ces patients opérés, 65 (1,53%) ont présenté une PPO confirmée par une laparotomie faite aux urgences viscérales et ont tous été inclus dans l'étude. Les affections initiales étaient dominées par la perforation iléale d'origine typhique (14 patients), les appendicites (10 cas), les interventions sur l'utérus et les annexes (9 cas), la perforation d'ulcère gastroduodénal ((7 patients), les occlusions intestinales aiguës (7 patients) et la péritonite primitive (6 patients).

**Résultats :** Les différentes lésions ayant entraîné les PPO sont représentées dans le tableau I.

**Tableau I :** Lésions responsables des PPO.

Lésions	Nombre	(%)
<b>PPO diffuses</b>	<b>56</b>	<b>86,15</b>
Désunions anastomotiques	21	37,50
Perforations itératives	18	32,14
Perforation du rectum	1	1,79
Fuite biliaire	1	1,79
Persistance d'un abcès du foie mal drainé	2	3,57
Cause non évidente ou « laparotomie blanche » (sans drainage ou drainage insuffisant)	13	23,21
<b>PPO localisées</b>	<b>9</b>	<b>13,85</b>
Nécrose stomiale	1	11,11
Perforation iléale	1	11,11
Abcès du foie mal drainé	1	11,11
Désunion anastomotique	1	11,11
Cause non évidente ou « laparotomie blanche » (sans drainage ou drainage insuffisant)	5	55,56

**Discussion / Conclusion :** Les PPO peuvent se voir après tout type de chirurgie intra-abdominale ou pelvienne. Les PPO diffuses ont été les plus fréquentes dans notre série (86,15%), avec comme étiologies prédominantes les désunions anastomotiques (37,5%) [1]. Le risque de désunion anastomotique existe pour tout type de chirurgie, mais s'accroît nettement pour la chirurgie

«contaminée et sale ». Le lâchage de suture peut aussi être dû à l'ischémie tissulaire au niveau de l'anastomose consécutive à l'un ou plusieurs des facteurs suivants : points trop rapprochés, serrage excessif des fils, segment intestinal mal vascularisé, anastomose sous traction, microtraumatismes par la pince lors des sutures. Le respect des règles élémentaires en chirurgie et leur enseignement aux résidents en chirurgie pourraient contribuer à prévenir les complications septiques postopératoires [2].

**Mots-clés :** péritonites postopératoires ; étiologies CHU Ouagadougou.

## C23

### FACTEURS PRONOSTIQUES DES OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUËS MECANIQUES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO

R.A.F. KABORE , A. SANOU , F.M. HEBIE ,  
PZ. BONKOUNGOU , C BOUGOUMA,  
J. SANOU , N. OUEDRAOGO

**Introduction :** Les occlusions intestinales aiguës mécaniques sont des urgences chirurgicales abdominales relativement fréquentes. Elles ont une morbidité et une mortalité importantes malgré les progrès réalisés dans la prise en charge. Le but de cette étude est de déterminer les facteurs qui influencent le pronostic des occlusions intestinales aiguës mécaniques.

**Matériels et méthodes :** Etude prospective descriptive et analytique de 115 patients adultes admis dans le service de chirurgie générale et digestive du CHU Yalgado Ouédraogo sur une période de 9 mois.

**Résultats :** L'âge moyen était de 43,1 ans. Le délai moyen de consultation était de 79 heures (83,5% > 24 heures). Quatre vingt dix neuf patients (86,1%) ont été opérés, 4 patients sont décédés en pré opératoire et chez les 12 autres patients le traitement médical pré opératoire a permis une reprise du transit intestinal sur des occlusions sur brides et par obstruction par phytobézoards. Les complications post opératoires ont été notées chez 27 patients (27,3%) et dans 15 cas il s'agissait d'une complication infectieuse. La mortalité globale a été de 15,7%. L'altération de l'état général (index de Karnofsky à 20% (p<0,001), le score ASA III-IV (p=0,001)), le choc hypovolémique (p=0,033) et l'insuffisance rénale (p=0,045) étaient les facteurs associés aux complications. Les facteurs pronostiques de la mortalité étaient : l'âge ≥ 50 ans (p=0,003), l'association de tares (p=0,017), l'altération de l'état général (index de Karnofsky à 20% (p<0,001), le score ASA III-IV (p<0,001)), le choc hypovolémique (p=0,004) et l'insuffisance rénale (p<0,001).

**Discussion / Conclusion :** Les occlusions intestinales aiguës mécaniques demeurent une affection avec une morbi-mortalité élevée. Leur pronostic est influencé par l'âge, l'état général, le choc hypovolémique et l'insuffisance rénale. La consultation précoce et une réanimation péri opératoire adaptée sont indispensables pour améliorer ce pronostic.

**Mots clés :** occlusions intestinales aiguës, morbi-mortalité, facteurs pronostiques

## C24

### PRISE EN CHARGE DES PANCREATITES AIGÜES A LA REANIMATION DU CHU ARISTIDE LE DANTEC DE DAKAR BARBOZA D, GIHANE H, FEISSAL A, FALL ML, BAH MD, NDIAYE PI, NDOYE DIOP M, BEYE MD, DIOUF E.

**Introduction :** La pancréatite aiguë est un processus d'autodigestion de la glande pancréatique. Sa gravité est surtout liée à la présence d'une défaillance d'organe et/ou de complications locales. Elle nécessite une prise en charge pluridisciplinaire en unité de soins intensifs. L'objectif de notre travail était d'étudier la fréquence des pancréatites aiguës et d'évaluer la prise en charge diagnostique, thérapeutique et pronostique en réanimation.

**Matériels et Méthodes :** Il s'agit d'une étude transversale et descriptive réalisée sur une période de trois ans au Centre Hospitalier Universitaire de l'hôpital Aristide Le Dantec. Tous les patients qui présentaient une symptomatologie clinique et paraclinique évocatrice étaient inclus. L'âge, le sexe, la fréquence, la symptomatologie, l'étiologie, les signes de gravité (cliniques, biologiques, tomodensitométriques), la prise en charge thérapeutique et l'évolution sont les paramètres qui ont été étudiés.

**Résultats :** Quatre cas de pancréatites aiguës sur 823 patients hospitalisés ont été colligés soit une fréquence de 0,5%. Le sexe masculin était prédominant et l'âge moyen des patients était de 35,5 ans avec des extrêmes de 29 et 42 ans. Deux étiologies étaient retrouvées : une origine biliaire chez la seule femme et une origine alcoolique chez les trois hommes. La douleur épigastrique était au devant du tableau. Le dosage des enzymes pancréatiques (lipasémie et amylasémie) était effectué dès l'admission des patients aux urgences chirurgicales. Le scanner avait permis de confirmer le diagnostic et de déterminer le pronostic de la pancréatite aiguë (2 stade A et 2 stade C de Balthazar). Tous nos patients avaient bénéficié d'un traitement symptomatique pendant 48 heures. La durée d'hospitalisation était de 3,75 jours avec des extrêmes de 2 à 6 jours. L'évolution était favorable dès le deuxième jour avec diminution des signes fonctionnels et reprise de l'alimentation au troisième jour. Aucun décès n'était noté.

**Conclusion :** La pancréatite aiguë, véritable urgence thérapeutique, est rarement rencontrée dans nos structures, l'étiologie alcoolique était la plus retrouvée. Le pronostic était bon chez tous nos patients grâce à la prise en charge précoce en réanimation.

**Mots clés :** *Pancréatite aiguë grave-Réanimation-étiologies-Sénégal*

## C25

### PÉRITONITE PAR PERFORATION DE LA VÉSICULE BILIAIRE POST- TRAUMATIQUE À PROPOS D'UN CAS. BEYE MD, LEYE PA, FEISSAL A, HILAL G, BAR- BOZA D, TRAORÉ M, NDIAYE PI, NDOYE DIOP M, DIOUF E.

**Introduction** : La péritonite par perforation de la vésicule biliaire post traumatique est une situation clinique rare chez l'enfant. Elle est observée surtout chez l'adulte au décours d'accident sportif ou de la voie publique. Le diagnostic est souvent tardif car le tableau clinique peut évoluer longtemps à bas bruit. Nous en rapportons un cas chez un enfant au cours d'une contusion de l'abdomen.

**Observation** : L'enfant M K âgé de 15 ans a été admis aux urgences chirurgicales de l'hôpital Aristide le Dantec pour un syndrome douloureux abdominal évoluant depuis 03 jours. L'interrogatoire révélait une notion de traumatisme abdominal avec réception d'un coup de pied au niveau épigastrique survenu il y a trois semaines au cours d'une activité ludique. La symptomatologie était pauvre marquée par quelques épisodes de vomissements sans arrêt du transit ni fièvre associée. L'examen clinique notait un syndrome d'irritation péritonéale franc avec une contracture abdominale et un cri de l'ombilic. La numération formule sanguine montrait une hyperleucocytose à 15000GB/ mm<sup>3</sup> à polynucléaires neutrophiles. L'échographie abdominale et la ponction échoguidée confirmaient le diagnostic. Après une préparation préopératoire avec un remplissage vasculaire à base de cristalloïdes, la laparotomie exploratrice a été réalisée. L'exploration chirurgicale permettait : l'aspiration d'1,5 litres de liquide bilieux, de retrouver la perforation vésiculaire et la réalisation d'une cholécystectomie. Une antibiothérapie probabiliste à base de ceftriaxone et métronidazole a été instituée. Les suites opératoires étaient simples avec une reprise du transit à J2 postopératoire.

**Conclusion** : La perforation vésiculaire post traumatique est rarement décrite chez l'enfant. Malgré le retard diagnostique, l'évolution clinique peut être favorable sous traitement médical et chirurgical bien conduit.

**Mots-clé** : *Perforation vésicule biliaire-traumatisme abdominal- enfant.*

## C26

### FRÉQUENCE DES PATHOLOGIES DIGESTIVES ET PARIÉTALES RENCONTRÉES AU SERVICE DES URGENCES CHIRURGICALES DU CHU ARISTIDE LE DANTEC.

DIENG M, CISSÉ M, KONATÉ I, TOURÉ AO, EL  
MAKHTOUM O, KA O, NGOM G, DIA A, TOURE CT

**But** : Recenser les différentes pathologies digestives et de la paroi abdominale rencontrées aux urgences chirurgicales.

**Matériel et méthode** : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive allant de janvier 2004 à décembre 2008. Tous les patients ayant consulté aux urgences chirurgicales et présentant une pathologie digestive ou pariétale ont été pris en compte. Résultats : Nous avons recensé 15068 patients dont 3494, soit 23,2%, présentaient une pathologie digestive ou pariétale. Quatre types d'affections prédominaient, il s'agissait : des étranglements herniaires : 607 cas, soit 17,4% ; des occlusions intestinales aiguës (OIA) : 575 cas, soit 16,5% ; des péritonites aiguës généralisées (PAG) : 520 cas, soit 14,9 % ; des appendicites aiguës : 483 cas, soit 13,8 %. Les 607 cas d'étranglements herniaires étaient représentés par : 484 hernies inguinales ou inguino-scrotales (79,7%) ; 101 hernies ombilicales (16,6%) ; 18 hernies de la ligne blanche (3%) ; 4 hernies crurales (0,7%). Les péritonites aiguës généralisées étaient essentiellement d'origine appendiculaire (235 cas, soit 45,2%) et par perforation d'ulcère gastrique ou duodénal (154 cas, soit 29,6%). Les péritonites primitives comptaient pour 7,5% de l'ensemble des PAG avec 40 cas. Les volvulus étaient à l'origine de 17,4% des OIA organiques (88 cas) contre 13,6% pour les occlusions sur brides (69 cas), 11% pour les invaginations intestinales aiguës (56 cas) et 0,8% pour les occlusions sur diverticule de Meckel (4 cas). On notait, par ailleurs, 159 cas (4,5%) de malformations digestives et pariétales, 119 cas (3,4%) de contusions abdominales et 90 cas (2,6%) de plaies de l'abdomen.

**Conclusion** : Nous notons la prédominance des hernies étranglées, des occlusions, des péritonites surtout chez les adultes et des malformations digestives chez les enfants.

## C27

### PREVALENCE ET PRISE EN CHARGE PERIOPERATOIRE DE L'OBESITE : ETUDE MULTICENTRIQUE DANS LES HOPITAUX DE REFERENCE AU BENIN ZOU M E, LOKOSSOU TH, ASSOUTO P, KABORO M, CHOBLI M

## C28

### EXPERIENCE BURUNDAISE DE L'ANESTHESIE EN BOUCLE FERMEE

**Introduction :** L'augmentation de la prévalence de l'obésité à l'échelle mondiale s'accompagne d'une augmentation du nombre de patients obèses requérant une intervention chirurgicale et une anesthésie (1). Ces patients obèses posent de réels problèmes de prise en charge et présentent une morbidité périopératoire plus importante que les patients non obèses. L'objectif de la présente étude était de déterminer la prévalence de l'obésité dans la pratique anesthésique au Bénin et de décrire la prise en charge périopératoire des patients obèses dans notre contexte.

**Matériels et méthodes:** L'étude a consisté en une enquête observationnelle, transversale conduite du 1er Décembre 2010 au 30 Avril 2011 dans six hôpitaux universitaires ou régionaux répartis du Bénin. Ces hôpitaux sont tous des structures sanitaires publiques ou privées reconnues comme ayant un volume d'activité chirurgicale important. Après calcul de la taille de l'échantillon représentatif a été déterminé par la forme de Schwartz formula. Nous avons inclus 3971 patients consécutifs admis pour un acte chirurgical sous anesthésie. L'obésité a été définie par un indice de masse corporelle  $\leq 30$  kg/m<sup>2</sup>. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Epi-info 3.2.

**Résultats :** Sur les 3971 patients sélectionnés, il y avait 2826 femmes et 1145 hommes. Un IMC  $\geq 30$  a été retrouvé chez 384 patients. La prévalence de l'obésité dans cette population était de 9,67%. La prévalence était plus élevée chez les femmes (11%) que chez les hommes (6%) (p

**Discussion / Conclusion :** La prévalence et la gravité de l'obésité étaient moindres dans notre étude que celles décrites dans la littérature. La prédominance féminine a été confirmée. Bien que l'incidence dans notre étude soit moins élevée, l'obésité constitue une préoccupation importante pour le praticien en anesthésie au Bénin. L'anesthésie générale, l'obstétrique et l'IMC supérieur à 35 étaient les facteurs de risque de complications retrouvés.

**Références :** 1-World Health organization. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. www.who.int 4-Dindo D, Muller KM, Weber M, Clavien P-A. Obesity in general elective surgery. Lancet 2003; 361: 2032-35

**Mots-clé :** Obésité, anesthésie, chirurgie.

## C29

### LES RUPTURES DIAPHRAGMATIQUES POST TRAUMATIQUES : A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS.

L. KOHOU-KONÉ, P. YAPOYAPO, J. KOUAMÉ, H. EHOUNOUD, R. OUÉDÉ, Y. YAPOBI

**Introduction** : La découverte précoce d'une rupture diaphragmatique avec des complications cardio-pulmonaires d'emblée nous emmène à en discuter les risques péri-anesthésiques.

**Matériels et méthodes** : Nous rapportons deux cas cliniques de rupture traumatique du diaphragme chez des patients de 29 ans et 32 ans sans antécédents particuliers. Le premier a été victime de la chute sur l'hémithorax gauche d'un gros arbre. Le second à moto a été percuté par un véhicule.

**Résultats** : Le diagnostic de rupture diaphragmatique a été posé dans les deux cas par l'examen clinique et la radiographie thoracique conventionnelle. Le diagnostic était fait à l'admission dans les deux cas. Les complications cardio-respiratoires étaient au premier plan dans les deux cas à type d'hémopneumothorax gauche compressif dans le premier cas et d'hémithorax compressif associé à un état de choc cardio-vasculaire dans le deuxième cas. La prise en charge pré opératoire a consisté en l'oxygénation au masque à haute concentration, la pose d'une sonde naso gastrique et d'un drain pleural gauche. Le deuxième patient a bénéficié de la transfusion d'une unité de culot globulaire. Les deux patients ont été opérés sous anesthésie générale par thoracotomie postéro latérale gauche. L'intubation était sélective droite dans les deux cas, offrant aux chirurgiens de meilleures conditions d'exploration et de réparation des lésions constatées. Les lésions per opératoires étaient faites d'une plaie de la rate dans les deux cas, d'une nécrose colique, d'une plaie pulmonaire et d'une importante contusion pariétale chez le premier patient. La réintégration des organes herniés dans la cavité abdominale a toujours été possible dans les deux cas. L'alimentation a été autorisée après la reprise du transit digestif. L'analgésie post opératoire était assurée par une perfusion continue de morphine (0,3 à 0,5 mg/kg/j) au pousse-seringue électrique associé au propacétamol (15mg/kg/6h) +/- kétoprofène. Une aérosolthérapie au réveil et une kinésithérapie respiratoire dès le lendemain étaient systématiques. Les suites opératoires immédiates ont été marquées par une suppuration pariétale chez le premier patient.

**Discussion / Conclusion** Les ruptures diaphragmatiques bruyantes avec des complications cardio-respiratoires d'emblée constituent un défi majeur dans la prise en charge péri-anesthésique.

**Références** : 1- M. Ould-Ahmed, J.-N. Choplain, M. Andre, P. Mondine, L. Potier. Rupture diaphragmatique droite, de découverte tardive et fortuite à la consultation d'anesthésie. Ann Fr Anesth Réanim 2005 ; 24 : 58-60. 2- S. Takongmo, S. Nko'oAmvene, A.G. Juino, M.Nkam, E. Malonga. Les hernies diaphragmatiques post-traumatiques. A propos de trois observations récentes. Médecine d'Afrique Noire 1993, 40(1). 3- AS Estrera, MJ Landay, RN Mac Clelland. Blunt traumatic rupture of the right hemidiaphragm: experience in 12 patients. Ann ThoracSurg 1985; 39: 525-30.

**Mots clés** : *Diaphragme-rupture-traumatisme thoracique fermé.*

## C30

### AMPUTATION DE JAMBE AU DECOURS D'UN SYNDROME DE LYEELL PAR PRISE DE PARACETAMOL

WADE KHALIFA ABABACAR ; NIANG EL HADJI MALICK ; DIATTA BAKARY

**Résumé** : La nécrolyse épidermique toxique ou syndrome de Lyell est l'urgence dermatologique la plus grave. Elle résulte le plus souvent d'une allergie médicamenteuse. Elle est rare et imprévisible mais grave et potentiellement mortelle. Les survivants sont souvent exposés à de nombreuses complications et de lourdes séquelles.

Les auteurs rapportent un cas de syndrome de Lyell chez un adolescent de quinze ans au décours d'une prise de paracétamol pris en charge au niveau de la réanimation médicale de l'hôpital Principal de Dakar.

Cette toxidermie était apparue 10 jours après la prise médicamenteuse. Le tableau avait rapidement évolué vers une nécrolyse épidermique toxique atteignant plus de 50 % de la surface corporelle avec « signe de Nicolski » positif définissant le syndrome de Lyell.

Le patient avait présenté une atteinte ophtalmique quasi constante dans le Lyell et une insuffisance rénale.

L'évolution a été marquée par une complication infectieuse nosocomiale à *Acinetobacter baumannii* et une gangrène humide bilatérale des deux jambes qui avaient motivé une amputation bilatérale devant la survenue d'un choc septique. Le patient a été transféré dans un service d'appareillage après 45 jours de séjours en réanimation.

Le paracétamol est un antalgique antipyrétique d'utilisation très large dans nos régions. La survenue d'un syndrome de Lyell bien que rare reste une complication possible et potentiellement mortelle.

**Mots-clé** : *Lyell/Amputation/Paracétamol*

## C31

### UTILISATION DU MANDRIN D'EISHMANN AU CHU - TOKOIN. MOUZOU T., DR TOMTA K., HEMOU P.

**Introduction :** L'anesthésie générale est un acte médical qui s'accompagne d'une perte de conscience et en générale d'une perte des réflexes de protection des voies aériennes ; c'est pourquoi elle s'accompagne souvent de l'intubation endotrachéale. Actuellement, l'intubation difficile est la première cause des plaintes associées à des décès ou à des comas d'origine respiratoire selon l'enquête américaine ASA Closed Claims Study [1]. Dans la recherche d'une technique pratique, facile et moins coûteuse nous proposons l'utilisation du mandrin d'EISHMANN .

**Matériel et Méthode :** Il s'agit d'une étude prospective sur une période de neuf (09) mois, allant du 04Mai 2010 au 04 Février 2011. Et concernait les patients ayant une anesthésie générale avec intubation chez qui, deux tentatives d'intubation se sont soldées par un échec. Les principaux paramètres étudiés étaient : l'âge, le sexe, la classification ASA, la Mallampati, les critères d'intubation difficile, le déroulement de l'intubation, les accidents et incidents per et post opératoires.

**Résultats :** L'étude portait sur 54 patients âgés de 18 à 60ans. Une prédominance féminine était notée avec un sexe ratio de 0,8. La fréquence des intubations difficiles prévues était de (0,58% (, celle non prévue difficile représentait (62,96%) à cause des urgences.

Au terme de la consultation pré anesthésique, près de la moitié des patients (53,70%) étaient classés en Mallampati III et plus du quart des patients (27,78% ( en Mallampati IV. Selon la classification ASA, trente-neuf patients (25 ,93% ( étaient classés en ASAII et un patient (1,85% ( en ASAIII.

L'intubation difficile représentait (85,19% ( . Le mandrin d'Eishmann était utilisé vingt-un fois avec succès (100% ( . Les incidents et accidents per opératoires rencontrés étaient : les saignements (25,93% ( , œdèmes glottiques (38,80% ( .

**Discussion-Conclusion :** L'intubation difficile a représenté 85,19%. Le mandrin d'Eishmann était utilisé vingt-un fois avec succès (100% ( .

L'utilisation du mandrin d'Eishmann est en effet simple peu coûteuse et se révèle rapidement efficace pour toute les mains ; mais la gestion des intubations trachéales per opératoires mérite d'être améliorée.

**Mots-clé :** *Intubation difficile ; Mandrin d'Eishmann ; CHU TOKOIN*

## C32

### PRISE EN CHARGE D'UN TRAUMATISE CRANIO-CEREBRAL OUVERT PAR ARME A FEU DANS UN HOPITAL EN MILIEU DEFAVORISE DIOP A, WADE KA.

**Introduction :** Les traumatismes crâniens (TC) touchent chaque année des centaines de milliers de personnes dans le monde. Les plaies crânio-cérébrales par arme à feu (PCCAF) représentent moins de 1% de ces TC mais sont cependant responsables de 13% des décès par TC. Autrefois connus en milieu militaire, cet accident intéresse actuellement de plus en plus la population civile du fait de la prolifération des armes à feu et de des actes de terrorisme. Le but de cette observation est de rapporter notre expérience sur la prise en charge d'une PCCAF dans un centre hospitalier avec un service de réanimation sous équipé.

**Observation :** Il s'agissait d'un adulte jeune de 30 ans qui avait été victime d'un traumatisme crânien ouvert par arme à feu dans des circonstances peu connues. L'arme incriminée était de fabrication artisanale. L'examen avait retrouvé un orifice d'entrée au niveau de l'œil droit, sans orifice de sortie identifiée. Le score de Glasgow à l'admission était à l'arrivée était de 8/15, sans signes neurologiques de localisation, la pupille n'était pas examinable. La radiographie du crâne faite en l'absence de tomodensitométrie disponible avait mis en évidence des éclats de balles en intracrâniens. Une intubation oro-trachéale avait été réalisée associée à une neuro-sédation. L'avis des différents spécialistes concerné (neurochirurgien, ophtalmologiste) avait été obtenu la plupart par téléphone. Une tentative de transfert vers une structure de réanimation plus équipé avait été demandée, mais devant l'absence de place disponible, la prise en charge avait été poursuivie sur place. Un simple parage des palies a été effectué. Une trachéotomie par méthode chirurgicale a été effectuée à J 12. Le patient a eu à présenter un syndrome infectieux qui avait été étiqueté comme étant une infection nosocomiales, cependant aucun foyer n'a été identifié et en l'absence de germes, une antibiothérapie probabiliste a été effectuée ce qui avait permis de maîtriser l'infection. Le patient a été sevré de la ventilation mécanique au bout de 16 jours et une décanulation avait été possible à J22. Le patient était exéaté au bout de 31 jours. Le Glasgow Outcom Scale était égale à 5 (bonne récupération, déficit neurologique ou psychologique mineur).

**Conclusion :** Cette observation pose le problème de la prise en charge de certains types d'accidents dans nos pays en voie de développement où la chaîne de survie pour la protection des organes vitaux fait souvent défaut. Des efforts devrait être mis concernant l'équipement et le personnel au niveau des structures reculées du pays pour permettre pour permettre la prise en charge des blessés sur place au lieu de recourir à des transferts systématiques au niveau des capitales.

**Mots-clés :** *Traumatisme crânien/Arme à feu/Milieu défavorisé.*

## C33

### TRAUMATISE CRANIEN EN MILIEU DE REANIMATION DANS UN HOPITAL DE SECONDE REFERENCE AU MALI

BEYE SA, DJIBO MD, COULIBALY M, TOURE A, DICKO H, GOÏTA D, TOURE MK, LANDROVER Y, COULIBALY Y.

**Introduction :** Dans les pays en développement la prise en charge du traumatisé crânien se caractérise par l'absence de médecine préhospitalière et de service d'accueil des urgences, inexistence de la tomodensitométrie, l'approvisionnement insuffisant en produits sanguins labiles et accessibilité des structures hospitalières dans certains pays. L'objectif était d'évaluer la prise en charge du traumatisé crânien dans un hôpital de seconde référence au Mali.

**Malades et méthodes :** Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et analytique de Septembre 2009 à Décembre 2010 au service de réanimation polyvalente du CHR de Ségou. Elle a concerné les patients admis pour traumatisme crânien avec un séjour excédant 24 heures. Les paramètres étudiés étaient : l'âge, le sexe, la profession, le moyen de transport, le délai d'admission, le score de Glasgow, les lésions associées, les anomalies cliniques, la thérapeutique instituée et l'évolution. L'analyse a été faite sur SPSS version 17 avec calcul du risque relatif (RR) pour un intervalle de confiance (IC) 95%.

**Résultats :** Durant la période d'étude, 69 patients étaient admis pour traumatisme crânien sur un total d'admission de 504 soit 13,69%. La moyenne d'âge était de 31,44±18,99 ans avec un sexe ratio de 4/1. Les professions les plus touchées étaient les cultivateurs (28,98%), les élèves et étudiants (14,49%). La référence était nécessaire dans 73,97% des cas. Les moyens de transport utilisés étaient une ambulance (62,31%), un véhicule personnel (15,94%) et sapeurs pompiers (21,73%). Le délai moyen d'admission était de 22,98 heures avec des extrêmes allant de 4 à 150 heures. Dans 66,66% des cas, l'accident de la voie publique était le mécanisme en cause. La PCI était retrouvée chez 89,85% des patients avec une notion de vomissement lors du transport dans 14,49%. A l'admission la moyenne de la PAS et PAD étaient respectivement de 25,08±22,16 mm Hg et 73,52±14,55 mm Hg. La moyenne de la saturation pulsée en oxygène était de 96,01 avec des extrêmes de 73 à 100%. Dans 17,4% les lésions étaient localisées au niveau frontofaciale et une absence de lésions était notée dans 21,7% des cas. L'aspect des lésions était un hématome avec embarrure (12,9%), un hématome simple (19,4%), une plaie ouverte simple (33,9%) et une embarrure ouverte (8,1%). Les lésions associées étaient un traumatisme du membre inférieur (15,94%), un traumatisme du membre supérieur (5,79%), un traumatisme du rachis dorsolombaire (4,34%). Le score de Glasgow moyen était de 9,64±2,32 avec une anisocorie areactive (18,84%), une anisocorie (). Un déficit moteur et sensitif était retrouvé avec chacun 8,7%. L'imagerie était réalisée chez 27,52% des malades et une tomodensitométrie dans 7,24%. L'intubation avec assistance ventilatoire était instituée chez 32,25% des malades.

Les produits utilisés pour la neurosédation étaient le thio-pental (46,42%), le diazépam (53,57%), le fentanyl (100%). Une osmothérapie était instituée devant l'anomalie pupillaire dans 80% des cas. La durée moyenne de ventilation était de 25,78 heures avec des extrêmes de 3 à 254 heures. Les gestes de chirurgie ont consisté à un parage (33,33%) et une laparotomie (13,33%).

Au cours de l'évolution, 42,0s % des patients ont présenté une complication et 28,98% sont décédés. Les complications étaient hémodynamiques (4 cas), neurologiques (10 cas), infectieuse (15 cas) et métaboliques (1 cas). Les facteurs de risque de complications étaient le score de Glasgow inférieur ou égal à 10, la présence d'une anisocorie. Les facteurs de risque de décès : l'âge supérieur à 45 ans, la pâleur conjonctivale, la désaturation, le score de Glasgow inférieur ou égal 10, la présence d'une anomalie pupillaire, l'intubation trachéale et la survenue de complications.

**Conclusion :** La réduction de la morbidité des traumatisés crâniens passe par la mise en place d'une médecine pré hospitalière et le renforcement du plateau technique de notre structure.

**Mots clés :** *traumatisé crânien, réanimation, facteurs de risque.*

## C34

### BRULURE PAR FLAMME, DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE DANS LE MILIEU PEU EQUIPE : CAS DE LA CATASTROPHE DE SANGE EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

CIKWANINE B, ALUMETI M.D, NFUNDIKO K, MUKWEGE M, LUHIRIRI NANGA L, AHUKA OM.

**Introduction :** Les brûlures par explosion d'un gaz inflammable est une entité exceptionnelle. Le but de ce travail est de rapporter le cas de la calamité de Sange en évoquant les difficultés liées à la prise en charge dans un milieu peu équipé.

**Patients et méthode :** Il s'agit d'une étude rétrospective ayant colligée 21 dossiers de patients brûlés graves référés aux soins intensifs de l'Hôpital Général de Référence de Panzi après l'explosion accidentelle d'un camion citerne transportant environ 50000 litres d'essence. Un total de 432 personnes ont été affectées par cet accident avec 232 décès d'emblée et 76 autres patients décédés en cours d'hospitalisation soit dans les Hôpitaux et centres de santé périphériques. 21 patients ont été référés dans notre structure constituant ainsi l'échantillon de notre travail.

**Résultats :** Les malades nous ont été référés 22 heures après l'accident. Le sex ratio était de 2,5 en faveur des hommes. L'âge moyen des patients était de 28,1 ans (8 ans et 65 ans). La surface cutanée

**PRISE EN CHARGE DES BRULES  
A L'HOPITAL PRINCIPAL DE DAKAR**  
FALL M. M, SOUMARÉ C.T, NIANG E. M, NIANG B.,  
NIANG C.D, DIATTA B

brulée était en moyenne de 62% avec des extrêmes de 3% et 100%. La majorité des patients présentaient des brûlures mixtes de deuxième et troisième degré. Les localisations dominantes étaient les membres inférieurs (95% de cas), la tête et le cou (71% de cas) et périnée (61,9 % de cas). 12 patients présentaient les signes d'inhalation de la fumée.

Tous les patients étaient admis aux soins intensifs. Le bilan paraclinique fait de la numération formule sanguine, l'ionogramme, la fonction rénale et la radiographie du thorax était réalisé. La réanimation hydroélectrolytique basée sur la formule de PARKLAND et utilisant les cristalloïdes et les colloïdes. Une voie veineuse centrale était posée chez 61,9% de cas, une voie veineuse périphérique (28,6% de cas) ou encore une dénudation (9,5% de cas). La pose de la sonde vésicale (La diurèse horaire moyenne dans les huit premières heures était de 66cc) ; l'analgésie associant le Tramadol au Perfalgan (52,4% de cas), soit à la Morphine (47,6% des cas). L'antibiothérapie, la prophylaxie antitétanique (VAT-SAT) et la prévention de l'ulcère de stress (Cimétidine) étaient systématiques. Aucun traitement anticoagulant n'a été donné. Le traitement chirurgical consistait à un parage chirurgical. Chez 5 patients (23,8%) une aponeurosectomie était réalisée.

Evolution était marquée par 14 décès (66,4%) dus à la maladie de brûlés (infections et dénutrition). Sept cas de guérison (33,3%) sans séquelle étaient notés.

**Conclusion :** La brûlure par les gaz inflammables est de pronostic vital sévère d'une part par l'association des lésions cutanées étendues et les lésions pulmonaires par inhalation qu'elle entraîne. Le pronostic demeure sombre dans le milieu peu équipé où les mesures de réanimation ne sont pas toujours adéquates.

**Mots clés :** *Brûlures ; Gaz inflammable, Inhalation de fumée.*

**Introduction :** La brûlure est un accident potentiellement grave, pouvant mettre en jeu le pronostic vital dès que la surface corporelle brûlée (SCB) est supérieure ou égale à 10 %. En Afrique subsaharienne, la prise en charge des brûlés graves demeure problématique en l'absence de centres spécialisés. Au Sénégal, les brûlures graves constituent un véritable problème. Malgré les mesures de réanimations, la morbi-mortalité et les séquelles fonctionnelles sont souvent considérables.

**Patients et méthodes :** Ce travail prospectif, rapporte l'activité de l'unité de traitement des brûlés de l'HPD au sein de l'Unité de Soins Intensifs Chirurgicale (USIC), de septembre 2009 à juin 2011. Nous avons étudié les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques, le profil évolutif, et la morbi-mortalité de tous les brûlés admis.

**Résultats :** En 21 mois, 736 patients ont été admis à l'USIC, dont 39 brûlés. Les brûlés représentent 5,3% des admissions, environ 15 % de l'activité du service. Les accidents domestiques à 66,6%, sont au premier rang des circonstances de survenue, suivis des accidents du travail à 25,8%, et enfin des immolations à 7,6 %. Les mécanismes sont dominés par les brûlures thermiques à 82,1 %, suivies des brûlures électriques à 17,9 %. Les délais d'admission des patients sont longs avec une moyenne à 44 heures [1, 360a]. L'âge moyen de nos patients est de 30 ans [5, 83], avec un sexe ratio à 0,95 en faveur des femmes. La SCB moyenne était de 35 % [7, 100]. L'UBS moyen 57,82 % [7, 154]. La clinique à l'admission est dominée par les signes de sepsis, quelque fois associés à une ou plusieurs défaillances d'organes. Un cas de tétanos a été noté à l'admission. Aucun décès n'a été constaté en dessous de 20 % de SCB, contre 100 % de mortalité au dessus de 40 % de SCB. Trois patients ont bénéficié d'une greffe cutanée avant leur sortie. La mortalité globale est de 46,9 % (18 cas), essentiellement chez des patients qui présentaient des critères de ventilation au décours d'un choc septique. La survenue d'une infection, surtout nosocomiale à BMR est le principal facteur de risque de morbi-mortalité ; cette complication est remarquablement superposable à l'importance de l'UBS. La durée moyenne de séjour des brûlés est de 19 jours [1, 115], contre 8,5 à l'USIC.

**Conclusion :** La prise en charge des brûlés surtout dans ses formes graves est multidisciplinaire. Au Sénégal, l'absence de plateau technique relevé et de ressources humaines qualifiées est un handicap majeur. L'amélioration du pronostic vital nécessiterait, la prévention des infections nosocomiales, facteur principal de surmortalité. La réanimation des brûlés de plus de 50 % apparaît très aléatoire dans notre contexte.

## C36

### ANESTHÉSIE POUR CÉSARIENNE DANS LA PRÉ-ÉCLAMPSIE SÉVÈRE : ÉTUDE PROSPECTIVE À L'HÔPITAL

MATLABOUL FAWZAINI DE TOUBA.

BEYE MD, DIOP F, DIOP A, NDIAYE PI, LÈYE PA.

**Introduction :** La pré-éclampsie sévère et ses complications en particulier l'éclampsie est encore responsable d'une mortalité maternelle et infantile élevée dans nos structures de santé. L'objectif de cette étude était d'évaluer la fréquence, la prise charge anesthésique, le suivi postopératoire dans la pré-éclampsie dans un hôpital périphérique au Sénégal.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective sur six mois, de Aout 2010 à Décembre 2010 ayant inclus toutes les patientes admises pour pré-éclampsie sévère ayant bénéficié d'une anesthésie pour césarienne à l'hôpital Matlaboul Fawzaini de Touba. Les paramètres suivants étaient étudiés : l'âge, la parité, l'existence de troubles de la conscience, les antécédents, les traitements reçus, le type d'anesthésie et le retentissement hémodynamique, la surveillance postopératoire.

**Résultats :** Durant la période d'étude 216 cas de pré-éclampsie dont 112 cas de formes sévères sur un nombre total de 1110 accouchements étaient colligés (10%). Quarante vingt dix patientes (8%) parmi les patientes celles qui avaient présenté une pré-éclampsie sévère avaient eu une anesthésie pour accouchement. Chez ces patientes une notion d'HTA antérieure à la grossesse était notée dans 19%, une pré-éclampsie dans la ou les grossesses antérieures était présente dans 14%. Sur le plan thérapeutique, la nicardipine en monothérapie était utilisée dans 69% des cas. La césarienne avait été effectuée sous anesthésie générale dans 79% des cas et sous rachianesthésie dans 21% des cas. La rachianesthésie avait été faite avec une dose de bupivacaïne de 7,5 mg, associé à 25 µg de fentanyl. Aucun cas d'hypotension artérielle n'avait été noté. Des complications neurologiques à type d'éclampsie étaient présentes dans 35% des cas, alors que l'insuffisance rénale aiguë et le HELLP syndrome étaient présents respectivement dans 25 et 10% des cas. La mortalité maternelle en postopératoire durant la surveillance en réanimation était de 6,6%.

**Conclusion :** L'anesthésie pour césarienne au cours de la pré-éclampsie sévère est un véritable challenge. L'anesthésie générale reste le mode d'anesthésie prédominant en raison de la gravité. Les complications li Malgré le risque d'hypotension artérielle, la rachianesthésie reste la technique de choix en l'absence de contre-indications. Une dose réduite de 7,5 mg d'anesthésique local semble efficace avec moins de risque d'hypotension artérielle. L'amélioration de la prise en charge passe par la prévention avec une surveillance rigoureuse de la pression artérielle chez les femmes enceintes.

**Mots clés :** Pré-éclampsie sévère- anesthésie - complications.

## C37

### PRÉVENTION DES NAUSÉES ET VOMISSEMENTS POSTOPÉRATOIRES EN CHIRURGIE GYNÉCO-OBSTÉTRICALE : QUEL INTÉRÊT POUR LA DEXAMETHASONE

SAMAKE B.M., GOITA D., KENFACK T.J.H., COULIBALY Y.

**Objectif :** L'objectif de ce travail était d'évaluer la place de la dexaméthasone en prophylaxie des nausées et vomissements postopératoires (NVPO) en chirurgie gynéco-obstétricale.

**Patients et méthode :** Il s'agissait d'une étude randomisée à simple insu dans les services d'anesthésie-réanimation et de gynéco-obstétrique du centre hospitalier universitaire Gabriel Touré de Bamako de septembre 2009 à mars 2010. Les patientes étaient randomisées en deux groupes A et B. Le groupe A recevait 4 mg dexaméthasone en dose unique intraveineuse si le poids était inférieur ou égal à 60 kg et 8 mg si le poids était supérieur à 60 kg à l'induction. Le groupe B ne recevait aucun traitement préventif. Le critère de jugement était la survenue de nausées et vomissements en postopératoire. L'analyse des données a été faite avec le logiciel Epi info 2000. Les tests statistiques utilisés étaient le Khi2 avec un seuil de signification fixé à  $P < 0,05$ .

**Résultats :** Les NVPO étaient survenus chez 9,37 % des patientes du groupe A ayant reçu la prophylaxie et 28,12 % chez les patientes du groupe B sans prophylaxie avec  $P = 0,0006$  et  $RR = 0,33$  [0,14-0,79]. La reprise alimentaire était effective chez 78,12 % des patientes du groupe A entre 24 et 36 heures contre 59,38 % chez les patientes du groupe B avec  $P = 0,02$  et  $RR = 1,32$  [1,03-1,62]. Les crises avaient duré entre 5 à 10 min dans 100 % des cas chez les patientes du groupe A contre 22,22 % chez celles du groupe B avec  $P = 0,0008$  et  $RR = 4,50$  [1,90-10,68]. **Conclusions :** La dexaméthasone à dose unique de 4 mg chez les patientes de moins de 60 kgs et de 8 mg chez les patientes de plus de 60 kgs réduit de façon considérable le risque de survenue des NVPO en chirurgie gynéco-obstétricale.

**Mots clés :** NVPO chirurgie gynéco-obstétricale, Prophylaxie, Dexaméthasone

## C38

### ANESTHÉSIE POUR CÉSARIENNE DANS UN HÔPITAL DE SECONDE RÉFÉRENCE AU MALI

BEYE SA, DIALLO B, TRAORÉ B, DJIBO MD, KO-KAÏNA C, TOURÉ MK, DICKO H, GOÏTA D, MALLÉ A, COULIBALY Y.

**Introduction :** La césarienne est une modalité d'accouchement qui ne cesse d'augmenter à travers le monde notamment dans les pays en voie de développement. La conduite de l'anesthésie pour césarienne est une anesthésie à risque élevé en raison des modifications physiologiques de la grossesse.

L'objectif de notre travail était d'identifier les facteurs favorisant la morbidité néonatale et les incidents anesthésiques per opératoires.

**Malades et méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective et analytique de janvier à Décembre 2010 au centre hospitalier de Ségou. Les parturientes admises pour césarienne en urgence ou en programme étaient incluses dans cette étude. Les paramètres de l'étude étaient l'âge, l'indication chirurgicale, le type d'anesthésie, les produits utilisés, l'hémodynamique péri opératoire, les incidents per opératoires, l'Apgar du nouveau né à la première et cinquième minute. Le recueil des données a été effectué sur Excel et l'analyse statistique avec SPSS version 17. La variable dépendante était le score d'Apgar et les variables explicatives étaient les différents paramètres de l'étude. Le risque relatif était calculé pour un intervalle de confiance (IC) à 95% avec une probabilité  $p < 0,05$ .

**Résultats :** Durant la période d'étude, 520 césariennes ont été réalisées sur un total de 1254 interventions au bloc opératoire soit 41,46%. La tranche d'âge 15-25 ans était la plus représentée avec 52,8%. La césarienne était réalisée en urgence dans 74% et dans 26% en programme. Les indications de césarienne étaient un DFP (34,8%), un utérus cicatriciel (19,9%), une hémorragie du 3ème trimestre (11%), une anomalie du bassin (7,7%), une prééclampsie (7,3%), une pré-rupture (6,6%) Le type d'anesthésie était une rachianesthésie (62,9%), une anesthésie générale (37,1%). Les produits utilisés à l'induction anesthésique étaient la suxaméthonium (8,8%), la kétamine (28,3%), le thiopental (8,7%). L'association bupivacaïne-fentanyl était utilisée pour la rachianesthésie. La moyenne de la tension artérielle systolique (TAS) était de  $184,46 \pm 22,74$  à l'induction ; de  $132,38 \pm 21,82$  à l'induction et  $121,98 \pm 24,29$  à l'incision. Les incidents anesthésiques étaient une tachycardie (19,9%), une hypotension artérielle (14,6%), une hypertension artérielle (6,9%), une bradycardie (1,5%) et un

arrêt cardiaque (0,2%). Les incidents per opératoires étaient plus nombreux dans le groupe anesthésie générale ( $p < 0,0001$ ).

A la première minute l'Apgar du nouveau-né était inférieur à 7 dans 42,1%. A la cinquième minute, 18,5% des nouveaux-nés avaient un score inférieur à 7. Les nouveaux-nés du groupe rachianesthésie ont vite récupéré après réanimation ( $p < 0,00001$ ). La mortalité néonatale était de 7,5%. Les facteurs de risque de morbidité néonatale étaient l'âge de la parturiente entre 15-25 ans, le contexte d'urgence de l'intervention, la kétamine, l'anesthésie générale, les incidents anesthésiques. La rachianesthésie réduisait le risque de survenue de la morbidité néonatale.

**Conclusion :** Les facteurs de risque de morbidité néonatale identifiés sont l'âge, le contexte d'urgence de l'intervention, la kétamine et l'anesthésie générale. Les incidents per opératoires étaient plus fréquents sous anesthésie générale. La rachianesthésie procure les meilleurs scores néonataux.

**Mots clés :** anesthésie, morbidité néonatale, incidents per opératoires, facteurs de risque.

## C39

### LA MORBIMORTALITÉ MATERNELLE EN MILIEU DE RÉANIMATION TROPICALE

BEYE SA, TRAORÉ B, TRAORÉ A, DJIBO MD, GOÏTA D, DICKO H, TOURÉ MK, KOKAÏNA C, COULIBALY Y.

**Introduction :** La morbidité maternelle est une mesure importante du développement humain et social. Elle reste un indicateur de la condition féminine en particulier de l'accès des femmes aux soins de santé et la femme dont le système de santé répond à leurs besoins. L'objectif de notre étude était d'évaluer la morbidité maternelle en identifiant les dysfonctionnements et les insuffisances notées lors de leur prise en charge en milieu de réanimation dans un hôpital de seconde référence au Mali.

**Malades et méthodes :** Il s'agissait d'une étude prospective et analytique de janvier 2009 à Décembre 2010 au service de réanimation polyvalente du CHR de Ségou. Elle concernait les parturientes admises pour une urgence médicale ou chirurgicale survenant en pré, per ou post partum sur une période allant de la 6ème semaine d'aménorrhée au 42ème jour après un accouchement ou une césarienne. Les paramètres de l'étude étaient l'âge, la provenance, la gestité, la parité, le délai d'évacuation, le motif d'admission, l'hémodynamique d'admission, le bilan para clinique, le type d'anesthésie, la thérapeutique, les dysfonctionnements liés à la structure et le devenir des parturientes. L'analyse a été faite sur SPSS version 17 avec calcul du risque relatif (RR) pour un intervalle de confiance (IC) 95%.

## C40

### EVALUATION DE L'INTENSITÉ DES TRANCHÉES UTÉRINES APRÈS ACCOUCHEMENT NORMAL À L'HÔPITAL CENTRAL DE YAOUNDÉ

ESIÉNÉ A, NANA K. A, AFANÉ E. A, MBU E. R.

**Résultats :** Durant la période, 96 parturientes étaient admises en réanimation pour un total d'admission de 596 soit 16,10%. La moyenne d'âge était de 24,32±7,13 ans. Le lieu de provenance était le bloc opératoire (74%), la maternité (25%), direct (1%). Dans 27,1% les parturientes étaient primipares avec une moyenne de parité de 2,28±2,39 et une moyenne de gestité de 3,11±2,48. Les parturientes étaient hypertendues dans 11,5% et ont été césarisées dans 11,5%. Dans 45% des cas les parturientes étaient référées avec un délai moyen de 112,52 minutes (12 à 534 minutes). Les motifs d'admission en réanimation étaient une surveillance post opératoire (74%), une crise convulsive (21,9%), une insuffisance cardiaque (3%) et une altération de la conscience. A l'admission, 28,91% avaient un score de Glasgow entre 9-13 avec une moyenne de 14,04±1,82. La PAS était inférieure à 100 mm Hg chez 18,8%, et supérieure à 140 mm Hg chez 42,7% et une PAD supérieure à 100 mm Hg chez 29,2%. A la biologie une anémie était retrouvée chez 19,8% et une thrombopénie chez 27,1%. L'urée et la créatininémie étaient élevées chez 16,7% des malades et les transaminases élevées (8,2%). La goutte épaisse était positive chez 27,1% des malades. Au plan thérapeutique, le traitement institué était un antihypertenseur (31,3%), une antibiothérapie (92,7%), un anticonvulsivant (15,6%), un anticoagulant (5,2%), le sulfate de magnésium (42,7%), une transfusion sanguine () et une assistance ventilatoire (). Une intervention chirurgicale était réalisée chez 73,95%. L'anesthésie générale avec intubation était la technique pratiquée dans 66,2%. Les incidents étaient anesthésiques (70,4%) et chirurgicaux (3,1%) Les incidents chirurgicaux étaient une ligature des deux uretères et une perforation de vessie. L'évolution était marquée par la survenue de complications dans 20,8%. Les complications étaient hémodynamiques (11), héliop syndrome (3), insuffisance rénale aiguë (5), une occlusion (1). ). Durant la prise en charge, 9,37% des parturientes ont été confrontés à un dysfonctionnement de service. Les types de dysfonctionnement concernaient : épuration extrarénale, disponibilité de produits sanguins labiles, et médicaments. Les différents modes de sortie étaient un transfert (88,5%), une évacuation (1) et décès (10,4%). La moyenne d'âge des décédées était de 24,50±6,88 ans contre 24,3±7,19 ans pour les non décédées. La durée moyenne de séjour était de 45,15±24,02 heures. Les facteurs de risque de morbidité étaient l'incident anesthésique, le délai d'évacuation supérieur à 1 h 30 minute et la survenue de complications.

**Conclusion :** La réduction de la morbidité maternelle passe par une bonne organisation de la référence évacuation par le raccourcissement du délai d'évacuation et le renforcement du plateau technique de l'hôpital.

**Mots clés :** Morbidité maternelle, dysfonctionnement, délai d'évacuation, Ségou.

**Introduction :** Le traitement des tranchées utérines reste insuffisant dans notre milieu en dépit de nombreux protocoles mis au point pour la prise en charge de la douleur en obstétrique. A la maternité principale, l'administration de paracétamol est systématique dans les suites de couches normales. Le but de cette étude était d'évaluer l'efficacité de ce protocole.

**Patientes et méthode :** Etude comparative randomisée en double aveugle. Etaient incluses, toutes les femmes ayant eu un accouchement normal par voie basse, présentant des tranchées d'intensité modérée ou sévère et consentantes. Critères d'exclusion : avoir des tranchées d'intensité légère ou être incapable d'utiliser une échelle visuelle analogique. Après accord du comité d'éthique, le recrutement était effectué en salle de post-partum puis, le consentement écrit des femmes était obtenu. Un numéro ayant été attribué à chaque femme, deux groupes ont été créés. Chaque femme avait reçu une boîte de médicaments codée contenant 30 gélules de paracétamol dosées à 500mg ou de placebo et devait recevoir 60mg/kg/24 heures. Le groupe I était constitué des femmes qui avaient reçu un numéro impair et une boîte codée par un nombre impair ; le groupe II de celles qui avaient un numéro pair et une boîte codée par un nombre pair. L'intensité des tranchées était évaluée avant chaque prise de médicaments et une heure après pendant la durée deux jours, puis en externe par appels téléphoniques. Les variables recherchées étaient consignées sur une fiche technique. Il s'agissait de l'âge, la parité, le délai de survenue, l'intensité, l'évolution des tranchées sous traitement, et leur durée. Le seuil significatif était  $p \leq 0,05$ .

**Résultats :** Au total, 92 accouchées ont rempli nos critères d'inclusion dont 46 sous paracétamol et 46 sous placebo. Dans chaque groupe 29 accouchées avaient des tranchées d'intensité modérées et les 17 autres avaient des tranchées d'intensité sévères. Leur âge moyen était de 29,75±4,87 ans. Soixante et onze (77,2%) étaient multipares.

Les tranchées sont survenues dans un délai de quelques minutes à 35 heures et, chez 58 femmes (63,04%) dans les 5 heures. Les tranchées se sont amendées entre le 3ème et le 9ème jour post-partum avec un pic de fréquence au 4ème jour (41/92 -44,56%). La régression de la douleur était

## Prise en charge des pré-éclampsies sévères et éclampsies en anesthésie-réanimation à l'Hôpital Gynéco-obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé.

J. Ze Minkandé, E. Nnomoko, A. Afane Ela, J. Tehem, A. Esiené, P. Foumane, F. Binam.

progressive dans les deux groupes ( $p \leq 0,05$ ). Après la troisième prise de médicament, la douleur d'intensité sévère persistait chez 21 femmes dont 15 sous placebo et 6 sous paracétamol ; 26 femmes sous paracétamol et 19 sous placebo avaient déjà des tranchées d'intensité légère.

**Discussion/Conclusion** : Notre étude montre que l'administration systématique de paracétamol ne prend pas en compte l'intensité des tranchées utérines. Dans notre échantillon, 34 (37%) femmes avaient des tranchées d'intensité sévère. Le paracétamol, est un antalgique du palier 1 de l'OMS, une évaluation préalable permet une prescription adaptée de l'analgésie; le placebo révèle l'évolution naturelle des tranchées utérines.

**Mots clés:** *tranchées utérines, intensité, paracétamol*

**Introduction** : La pré éclampsie sévère et l'éclampsie sont des urgences vitales associées à une importante mortalité maternelle et infantile. Le pronostic des patients dépend de la qualité du plateau technique et des protocoles thérapeutiques utilisés dans les services hospitaliers.

L'objectif de cette étude a été d'étudier la prise en charge des cas de ré-éclampsies sévères et éclampsies reçus dans le service d'anesthésie-réanimation de l'Hôpital Gynéco-obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé.

**Méthodologie** : Nous avons mené une étude prospective, descriptive et analytique durant trois mois. Nous avons inclus toutes les patientes admises dans le service de réanimation pour une pré-éclampsie sévère ou une éclampsie. Les variables étudiées ont été les signes cliniques à l'admission, les perturbations biologiques, la technique d'anesthésie, le protocole anti-hypertenseur, les complications et le délai de normalisation de la tension artérielle (TA).  
**Résultats** : cinquante patients ont été inclus dont 44 % de primipares. La moyenne d'âge a été de  $27,5 \pm 3$  ans. Les signes cliniques retrouvés ont été l'élévation de la TA (90%), les céphalées dans 62% des cas, les œdèmes (72%) et une protéinurie (96%). La pré-éclampsie sévère a été la forme clinique retrouvée dans 74% des cas contre 26 % de cas d'éclampsie. Le diagnostic des formes cliniques posait l'indication d'une césarienne en urgence. L'anesthésie générale a été réalisée dans 75 % des cas et la rachianesthésie dans 25% des cas. Une thrombopénie à moins de 100 000 plaquettes a été retrouvée dans 34 % des cas. Le protocole anti-hypertenseur a consisté en une monothérapie (84%) à base de Nicardipine administré par voie orale ou intra veineuse (84% des cas). La bithérapie (16%) a associé la nicardipine au labetalol ou à l'alpha-méthyl-dopa. Le délai de normalisation de la TA a été en moyenne de 06 jours pour les monothérapies et de 07 jours pour les bithérapies. Un traitement anti-convulsivants à base de sulfate de magnésium a été utilisé chez 60 % des patients. Les complications maternelles (26 %) ont été l'insuffisance rénale aigue (66%), l'œdème aigu du poumon (11% des cas) et l'encéphalopathie hypertensive dans 11% des cas. La complication fœtale la plus fréquente a été la prématurité (28 %).

**Conclusion** : cette étude montre que la pré éclampsie sévère et l'éclampsie entraînent des graves complications maternelles et fœtales d'où la nécessité d'utiliser un protocole anti hypertenseur standardisé afin d'améliorer la prise en charge et diminuer la survenue des complications.

**Mots clés** : prise en charge, prééclampsie, éclampsie, anesthésie-réanimation

## C42

### ANALGESIE PERIDURALE OBSTETRICAL EN HOPITAL GENERAL: QUALITE ET RISQUE EL HAIRY, A. HENINI, Y. DELETTREZ

**Introduction :** en France 6% des anesthésies réalisées sont liées à l'accouchement. On note 800.000 naissances/an dont 20% de césariennes et 50 à 60% de péridurales pour l'analgésie obstétricale (400 à 500.000 actes/an). Patientes et méthodes : rétrospectivement du 1/1/ 2008 au 31/12/2010, nous avons étudié tous les dossiers des parturientes ayant eut une APDO. Nous avons analysé le dossier d'anesthésie, évaluer la douleur à l'aide de l'EVA avant et après pose de l'APD, le questionnaire pré anesthésique, la fiche d'information sur la péridurale, de satisfaction et la participation aux cours de préparations à l'accouchement. Nous avons utilisé un kit, respecté un protocole (ropivacaine 0,1% associée au sufentanil à 0,25 mcgr/ml en S.E) et observé une surveillance monitoring hémodynamique et de l'hémostase. Résultats : sur 1738 naissances nous avons noté 1251 accouchements sous APD (soit 72%, moyenne France 50-60%), 309 césariennes (17,7%, moyenne France 20%, USA 30%), 8 blood patch (0,6%, maux de tête violent 1% APD), et 621 femmes participant aux cours de préparation (35,7%). Discussion : l'APDO soulage la douleur intolérable du travail, limite les risques maternelles (décompensation), obstétricaux (hémorragie, césarienne, manœuvres d'extraction) et d'anesthésie générale en urgence (mendelson). L'accouchement sans douleur est un droit en France (100% remboursé). Conclusion : la pratique de l'APDO en présence continue d'un médecin anesthésiste dédié à la maternité, le respect des procédures protocoles préétablis, l'information la communication et consentement des parturientes permet d'améliorer le confort et minimiser la morbidité et les risques du péripartum.

**Références :** 1-réalités en gynécologie-obstétrique N°134-2008, B. LANGER 2-AFAR, V25, N6 : 569-576 ; 2006, M. PALOT 3-Obstetric Anaesthetists' Association – janvier 2008

**Mots clés :** *analgésie, qualité, risques, progrès techniques et pharmaceutiques*

## C43

### INTÉRÊT DE LA RACHIANALGÉSIE AU COURS DU TRAVAIL OBSTETRICAL ESIÉNÉ, J. ZE MINKANDÉ, MP ETORI, R. BENGONO, E. NNOMOKO, A. AFANE ELA, E. MBOUDOU.

**Introduction :** L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui conduisent à l'expulsion du fœtus et des annexes. Il se résout en une douleur sévère pour la plupart des femmes. Ce qui a motivé le développement de diverses techniques d'analgésie. La rachianalgésie est une technique qui consiste à injecter une solution anesthésique (anesthésique local +morphinique) dans l'espace sous-arachnoïdien, au contact des nerfs rachidiens de la moelle. Elle n'entraîne ni bloc moteur, ni bloc sympathique et prolonge l'analgésie.

**Méthodologie :** Nous avons mené une étude prospective et descriptive qui s'est déroulée sur 12 mois allant de juin 2009 à juin 2010 à l'Hôpital Central de Yaoundé et l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé. Etaient incluses dans cette étude : les parturientes multipares présentant une dilatation cervicale d'au moins 6 cm, avec une présentation céphalique. Toute parturiente présentant un risque obstétrical ou une contre-indication à la ponction lombaire était exclue. Le recrutement se faisait en salle de travail. L'association Bupivacaine 2,5 mg + fentanyl 25µg a été utilisée pour l'analgésie. Les variables étudiées étaient les paramètres vitaux, le niveau moteur éventuel (score de Bromage), le niveau sensitif supérieur, l'intensité de la douleur (EVA), l'évolution des contractions utérines et du travail obstétrical et le mode d'accouchement. Résultats : Nous avons recueilli 40 parturientes : 42,5% étaient à leur troisième accouchement. La moyenne d'âge de nos parturientes était de 28,83 ± 5,83 ans, la moyenne d'âge de grossesse était de 39 ± 1,2 semaines d'aménorrhée. Trente parturientes n'avaient aucune information sur la rachianalgésie. La ponction lombaire a été réalisée au niveau L4-L5 dans 60% des cas et les aiguilles de 27 gauges utilisées chez 27 parturientes. Après 10 minutes, 38 parturientes avaient déjà un score d'EVA < 3. Nous avons noté 17 cas de faiblesse musculaire. Nous avons observé 6 cas de prurit transitoire pendant 15 minutes. Aucune modification significative du rythme cardiaque fœtal n'a été observée. La pression artérielle est restée stable. La durée moyenne du travail était de 54 minutes. Le mode d'accouchement a été normal dans 92,5% des cas, 5% avec ventouse et 2,5% des cas par césarienne. Les céphalées ont été observées dans 15% des cas, mais aucune parturiente n'a bénéficié d'un blood-patch. **Conclusion :** La rachianalgésie est une technique d'analgésie qui présente une simplicité de réalisation. Elle est sûre, facile, d'installation rapide, entraîne très peu de modifications de la dynamique utérine et du rythme cardiaque fœtal. Elle trouve son indication en Afrique chez les parturientes hyperalgésiques ou chez celles nécessitant un accouchement instrumental.

**Mots-clés :** accouchement, rachianalgésie, obstétrique

## C44

### PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POST OPERATOIRE A L'HOPITAL NATIONAL DE NIAMEY- NIGER

CHAIBOU MS., SANOSSI S., SANI R., DADDY H,  
ASSOUMANE TN., ABARCHI H., CHOBLI M.

**Introduction :** La prise en charge de la douleur post opératoire est depuis longtemps devenue un véritable problème pour les anesthésistes. Dans les pays développés cette prise en charge s'est améliorée avec la diversité des molécules ; l'anesthésie locorégionale et l'apparition du concept d'analgésie multimodale. Dans les pays en voie de développement le manque de structure adaptée à la prise en charge de la douleur rend difficile le contrôle de la douleur post opératoire. Cette étude a pour but d'évaluer la prise en charge de la douleur post opératoire à l'Hôpital National de Niamey.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective, descriptive réalisée du 12 Mars 2009 au 12 Juin 2009. 553 patients âgés de plus de 6 ans, opérés dans le département de chirurgie de l'Hôpital National de Niamey ont été inclus. Les paramètres suivants ont été étudiés : la technique d'anesthésie réalisée, le type de chirurgie, les antalgiques utilisés. L'intensité de la douleur a été évaluée avec l'une des trois échelles suivantes en fonction du degré de compréhension du patient : Echelle verbale simple (EVS), échelle numérique (EN) ou l'échelle visuelle analogique (EVA) à 12 heures; 24 et 48 heures post opératoires.

**Résultats :** L'âge moyen de nos patients était de 39 ans, les hommes représentent 53,2 % et les femmes 46,8 soit un sex-ratio de 1,14. Seize patients (2,89 %) étaient sous antalgique avant la chirurgie. 83,72% étaient classés ASA1. La chirurgie ostéoarticulaire et pelvienne étaient les plus réalisées dans respectivement 30,20% et 30% des cas. L'anesthésie générale a été effectuée chez 50,63 % des patients, la rachianesthésie chez 48,28% et le bloc plexique pour 1,08%. L'EVS a été utilisée chez 72% des patients, l'ENS chez 14,40 % et l'EVA chez 13,60 %. Sur les patients évalués par l'EVA; 29,30 % avaient un score en dessous de 7 à la 12ème heure; 5,40 % and 0 % à 24 et 48 heures post opératoires. Dans la catégorie EN; 33,80% ; 8,80 % et 2,50% respectivement à 12 heures, 24 et 48 heures. Evaluation par l'EVS ; 33,90%; 8,3% et 2,10% avaient une échelle entre 3 et 4 respectivement à 12; 24 et 48 heures. 236 patients (42,67 %) ont bénéficiés d'une seule molécule antalgique; 308 (55,69 %) une association de deux antalgiques et neuf patients (1,62 %) ont bénéficiés d'une triple association. Les effets secondaires rencontrés étaient dominés par les nausées et vomissements (197 patients) ; soit 35,62 %.

**Conclusion :** La prise en charge de la douleur postopératoire souffre encore de lacunes liées au problème de disponibilité des molécules, à l'insuffisance de formation des acteurs et au manque de structures spécialisées. L'amélioration cette condition passe par une évaluation adaptée de l'intensité de la douleur, un protocole thérapeutique simple ; efficace et accessible à tous.

**Mots clés :** Douleur – postopératoire - Hôpital National Niamey

## C45

### RACHIANALGESIE A LA MORPHINE EN CHIRURGIE GYNECO-OBSTETRICALE : QUEL INTERET DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POST OPERATOIRE ?

TOURE M.K. ; GOITA D., DICKO M.; J. KONE,  
BEYE S.A.; DOUMBIA D. ; COULIBALY Y.

**Introduction :** L'analgésie post opératoire reste une préoccupation majeure dans la prise en charge du malade par le médecin anesthésiste-réanimateur. Même si l'utilisation de morphine va été bien cernée pour l'administration continue par voie péridurale, l'administration d'un bolus par voie sous-arachnoïdienne reste une situation à risque. Notre travail avait pour but d'étudier les bénéfices ainsi que les effets indésirables de l'administration d'une dose faible de morphine en intrathécale après une chirurgie gynéco-obstétricale au Centre Hospitalier Mère-Enfant de Bamako.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective, descriptive transversale, étalée sur 6 mois, janvier à juin 2011 au centre hospitalier mère enfant « le Luxembourg » de Bamako incluant les patientes opérées pour chirurgie gynéco-obstétricale justiciable d'un séjour soit en soins attentifs, ou en unité de soins intensifs n'ayant pas de contre indication ni à la rachianesthésie et à l'administration de la morphine. L'injection intrathécale est faite au niveau de L3-L4 ou L4-L5, avec administration de 0,1mg de morphine. L'efficacité est évaluée par l'EVA en (H0) puis repris en H1, en H2, H4, H6, H8, H11, H24 et H48ème ; la tolérance à la rachianalgésie, par la tension artérielle, la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire et la SpO2. Les effets secondaires recherchés étaient le prurit, les nausées vomissements, la détresse respiratoire, et la reprise du transit. La satisfaction du patient était classée en 3 (Très satisfait, satisfait, ou non satisfait).

**Résultats :** durant la période d'étude 120 patientes ont répondu à notre critère d'inclusion. Les principales indications chirurgicales étaient : la polymyomectomie (62,5%), la césarienne (30%), l'hystérectomie (5%), la kystectomie (2,5%). A l'admission en SSPI, 82,3% des patientes avaient une EVA entre 0 et 3 ; 13,2%, entre 7 et 10 et 4,5% entre 4 et 6, sur une évolution de 24 à 48 heures, on notait une tendance statistiquement significative à la baisse. On notait également une tendance générale à la stabilité de la pression artérielle de l'ensemble des patientes depuis l'admission jusqu'à H 48. Les patientes initialement tachycardes (100-120 battements/min) avaient tendance à normaliser leur pouls au fur et à mesure des heures (entre 80 et 90 min). L'ensem-

ble des malades ont gardé une fréquence respiratoire stable durant les 48 heures post rachianalgésie. Toutes les patientes avaient eu à l'admission et ont gardés une saturation supérieure à 90% pendant les 48 heures de surveillance. Pour ce qui concerne les effets secondaires, les NVPO (6,6%), venaient en tête suivis du prurit 1,6%. Aucun cas de détresse respiratoire et de trouble de transit n'a été décrit. La majorité des patientes étaient satisfaites ou très satisfaites de la rachianalgésie. La majorité des patients n'ont pas eu besoins de titration de morphine par voie IV. 30 patientes (soit 29,1%) avaient nécessité une faible dose de morphine (Inf à 4 mg) contre 10 patientes (soit 8,3%) qui ont reçu une forte dose de morphine IV (Sup à 4 mg).

**Conclusion :** La rachianalgésie est une technique analgésique efficace dans le postopératoire immédiat, facile de réalisation, économique, satisfaisante, permettant une consommation moindre d'opioïde, avec une amélioration de la qualité du post opératoire immédiat.

**Mots clés :** analgésie, morphine, rachianalgésie.

---

## C46

### PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AIGUE AUX URGENCES

#### CHIRURGICALES DE L'HOPITAL

#### NATIONAL DE NIAMEY- NIGER

CHAIBOU MS, SANI R, ADEHOSSI E,  
SANOUSI S, GBETIN AG, GAGARA M,  
IDRISSA A, MADOUGOU M, CHOBLI M.

**Introduction :** La douleur constitue un des motifs de consultation dans les services d'urgence. Contrairement aux pays développés, où la douleur est prise en charge dès le ramassage du blessé, dans les pays en voie de développement les patients arrivent aux urgences avec des douleurs parfois intenses. Le but de cette étude est d'évaluer la prise en charge de la douleur aigue aux urgences chirurgicales de l'Hôpital National de Niamey.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective, descriptive réalisée dans le service des urgences chirurgicales du 7 Janvier au 7 Février 2008. 326 patients âgés de plus de 6 ans admis aux urgences chirurgicales ont été inclus. Les variables suivantes ont été analysées : l'âge, le motif d'admission, le traitement antalgique institué. L'évaluation de la douleur a été faite à l'aide de l'une des trois échelles selon le degré de compréhension du patient : Echelle verbale simple (EVS), l'échelle visuelle analogique (EVA) et l'échelle numérique (EN).

**Résultats :** L'âge moyen de nos patients était de 29±17 ans. Les hommes représentaient 73,62% et les femmes 26,38 %; soit un sex-ratio de 2,79. L'étiologie traumatique dominait avec 75,15 % ; suivie des abdomens aigus dans 14,11 %. La douleur a été évaluée avec l'EVA dans 56,13% des cas, l'EVS dans 40,79 % et l'EN 3,06 %. 71% des patients évalués par l'EVA avaient un score supérieur à 7 à l'admission.

La douleur était le plus souvent intense ou très intense selon l'EVS (45,95 % et 29,05 %). Pour l'échelle numérique, chez 60% le score est supérieur à 7.

Le traitement antalgique le plus utilisé était le paracétamol chez 197 patients (60,42%) ; ce dernier était utilisé seul chez 81 patients. L'association paracétamol-dextropropoxyphène était la plus prescrite (33,13%). 30,06% de nos patients n'ont pas bénéficié d'antalgique, la morphine a été utilisée chez seulement quatre patients. Un seul patient a bénéficié d'un bloc analgésique. L'évolution sous traitement fait ressortir une satisfaction des patients dans la grande majorité des cas avec 89,65% de douleur modérée à faible à la sortie des urgences.

**Conclusion :** La prise en charge souffre encore de lacunes liées à des facteurs limitants : notion de fatalité, situation d'urgence, manque de personnel et de moyens. L'amélioration de cette situation passe par une évaluation adaptée de l'intensité, une thérapeutique suivant un protocole simple et peu onéreux, l'analgésie multimodale et l'analgésie locorégionale.

**Mots clés :** Douleur, urgences chirurgicales, évaluation, Hôpital National de Niamey.

## C47

### ÉVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POST-OPÉRATOIRE EN CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

E. NNOMOKO, P. FOUMANE, J. ZE MINKANDÉ, A. AFANE ELA, BAYIHA, MVONDO ONANA PV, F. BINAM.

**Introduction:** La douleur post opératoire est la préoccupation majeure du médecin anesthésiste réanimateur, du fait des complications qu'elle peut engendrer. De nombreux travaux portent sur la question mais peu sont retrouvés en gynécologie dans notre milieu, d'où notre étude dont l'intérêt était d'évaluer la prise en charge de la douleur post opératoire en chirurgie gynécologique.

**Méthodologie :** Nous avons mené une étude descriptive et prospective allant d'octobre 2010 à février 2011 dans les services d'anesthésie réanimation et de gynécologie de l'Hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé.

**Résultats :** Notre étude a recensé 100 patientes, la moyenne d'âge était de 39 ans avec des extrêmes de 16 et 77 ans. 52% des patientes étaient ASA 1, 44 % ASA 2. Les chirurgies réglées représentaient 93% des cas et la coelioscopie étaient l'indication opératoire la plus pratiquée (32%). 84% des interventions se passaient sous anesthésie générale. L'association fentanyl- thiopental-vécuronium était utilisée dans 84,52% des cas à l'induction et l'isoflurane en entretien dans 96% des cas. Lors d'anesthésie locorégionale la bupivacaïne et le fentanyl étaient les principales molécules utilisées. L'analgésie préemptive a été entreprise correctement chez 97% des patientes et le paracétamol la molécule la plus prescrite. La kétamine a été utilisée dans 25% des cas pour la prévention de l'hyperalgésie post opératoire. L'analgésie multimodale était de règle et l'EVA était utilisée chez 94% d'elles. 81% étaient satisfaites de l'analgésie en période post opératoire.

**Conclusion :** Il ressort de cette étude que la prise en charge de la douleur post opératoire est en nette progression à l'Hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé.

Mais il est important d'assurer la formation et le recyclage permanent du personnel, le respect scrupuleux des protocoles adoptés.

**Mots-clés :** douleur post opératoire, anesthésie, gynécologie.

## C48

### MANIFESTATIONS PSYCHIATRIQUES PERI-OPERATOIRES AUX CLINIQUES

#### UNIVERSITAIRES DE KINSHASA

LUKEBA N.T, N'SITU M.A, MIFUNDU B.A, MAMPUNZA M.S

**Introduction :** L'acte opératoire est un événement de la vie qui entraîne chez le patient des manifestations psychologiques allant de simples bouleversements émotionnels à une vraie souffrance psychologique qui pouvant se traduire par des manifestations psychiatriques telles que l'anxiété pathologique, la dépression ou à des épisodes délirants aigus. Ces manifestations psychiatriques dépendent de plusieurs facteurs notamment le cadre de l'intervention, la personnalité du patient et de la façon dont l'équipe chirurgicale et anesthésique le gère en péri-opératoire. Le but de cette étude est de contribuer à la prise en charge globale et intégrale des patients pendant la période péri-opératoire.

**Matériels et méthodes :** C'est une étude descriptive transversale réalisée aux Cliniques Universitaires de Kinshasa durant la période du 6 mars au 31 juillet 2008. Elle portait sur 50 patients devant être opérés et recrutés selon la méthode de sondage de convenance. A la veille de l'intervention chirurgicale, tous les patients recrutés ont bénéficié d'une évaluation sociodémographique, clinique psychiatrique et psychométrique. En postopératoire, chaque patient a bénéficié de trois évaluations qui associaient un bilan clinique psychiatrique et psychométrique dès que le patient était lucide. Un bilan clinique au cours de la deuxième évaluation au troisième jour et une troisième avant la sortie du patient. L'analyse statistique a été effectuée par le test chi-carré. La valeur p.

**Résultats :** En période pré-opératoire, l'anxiété a été la manifestation psychiatrique la plus importante (50% des patients). Près de 30% des patients l'avaient exprimé sous forme des manifestations somatiques et 18% sous forme des manifestations psychologiques. En postopératoire, les complications postopératoires étaient retrouvées chez près de 67% des patients qui avaient un niveau d'anxiété très élevé ( $p = 0,0027$ ). Les manifestations psychiatriques post-opératoires étaient : insomnie (30%), délires aigus, agitation, dépression et psychose puerpérale dans 24% des cas.

**Discussion / Conclusion :** Cette étude montre l'évidence des manifestations psychiatriques en péri-opératoire et la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire des patients en pré et postopératoire.

**Références** 5. Gillies MAM, Baldwin FJ. Do patient information book lets increase perioperative anxiety ? Sur.J. Anaesthesiol. 2001; 18 : 620-622. 6. Goetzmann L., Klaghager R., Wagner et al. Psychosocial need for counselling before and after a lung, liver or allogenic bone marrow transplantation results of a prospective study. Hopital Universitaire de Zurich. 11. Johnston M., Carpenter L.: Relationship between pre-operative anxiety and state psychol. Med. 1980 :10: 361-7.

**Mots clés :** Manifestations psychiatriques, périopératoire, patients, évaluation clinique.

## C49

### ANESTHESIE POUR LA CHIRURGIE THORACIQUE AU CHU DE BRAZZAVILLE OTIOBANDA G.F., MAHOUGOU-GUIMBI K.C., BODZONGO D.

**Introduction :** La prise en charge anesthésique d'un patient de chirurgie thoracique pose plusieurs problèmes spécifiques au médecin anesthésiste-réanimateur : parfaire l'évaluation pré opératoire, connaître les diverses modalités techniques de l'intubation sélective, savoir conduire une ventilation unipulmonaire, choisir et mettre en place une technique d'analgésie adéquate, traiter les complications post opératoires précoces. Le but de ce travail était d'évaluer la prise en charge péri opératoire de la chirurgie thoracique au centre hospitalier et universitaire de Brazzaville.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique, réalisée sur la période allant de janvier 2009 à Août 2011. Ont été inclus dans cette étude tous les patients opérés pour la chirurgie thoracique au bloc opératoire du CHU de Brazzaville. Nous avons étudiés les paramètres épidémiologiques, anesthésiques et chirurgicaux

**Résultats** Au total, 40 patients ont été opérés. L'âge moyen était de 39,07±15 ans avec des extrêmes allant de 02 à 70 ans. Le sexe masculin a représenté 65% des cas. Les antécédents étaient dominés par la tuberculose pulmonaire dans 37,5% des cas. Le diagnostic était représenté par les séquelles de tuberculose dans 17,5% des cas suivie de l'aspergillome, les traumatismes, et les tumeurs dans 12,5% des cas chacun. Les patients étaient ASA 1 et 2 avec respectivement 57% et 40% des cas. La ventilation était standard dans la plupart des cas. L'analgésie post opératoire était dominé par la voie générale dans 80% des cas et la rachianalgésie à la morphine dans 12,5% des cas. Les complications per opératoires étaient représentées par le saignement dans 25% des cas, la tachycardie et l'hypotension artérielle dans 20% des cas respectivement. Les hypnotiques utilisés étaient le propofol (45%), le penthotal (42,5%) et la kétamine (12,5%). Le geste chirurgical réalisé était : la lobectomie dans 57,5%, la décortication pleurale dans 12,5%, la thorcotomie exploratrice dans 12,5% et la biopsie dans 10% des cas. La transfusion sanguine avait concerné 57,5% des patients. Trois cas de décès soit 7,5% ont été noté par hémorragie.

**Discussion / Conclusion :** La prise en charge anesthésique des patients pour chirurgie thoracique est caractérisée par une faible morbi-mortalité. L'analgésie postopératoire reste encore dominée par la voie générale.

**Mots clés :** Anesthésie, chirurgie thoracique, Brazzaville

## C50

### VALVE DE HEIMLICH OU ASPIRATION CONTINUE DANS LE DRAINAGE DES PLEURESIES PURULENTES DE L'ENFANT : ETUDE PROSPECTIVE A PROPOS DE 42 CAS.

DIATTA S, BA PS, NDIAYE A, DIENG PA, GAYE M, CISS AG, DIARRA O, FALL ML, BA M, BASSE I, KANE O, NDIAYE M.

**Introduction :** L'étude de la mortalité dans un service d'urgence permet d'apprécier la qualité des soins qui s'y pratique afin d'améliorer cette prise en charge.

Le but de notre étude était d'identifier les facteurs de mortalité aux urgences de notre hôpital.

**Matériel et méthode :** Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, sur 12 mois (Mai 2009-Avril 2010) portant sur tous les décès enregistrés aux urgences médicales du CHU de Cocody. Etaient exclus de l'étude tous les patients arrivés décédés. Notre étude avait porté sur les paramètres épidémiologiques, cliniques, para cliniques et thérapeutiques.

**Résultats :** Nous avons enregistré 841 décès sur 3587 patients, soit une létalité de 23 %. L'âge moyen était de 46,88±17,76 ans (extrêmes 15 et 99 ans) le sexe ratio de 1,17 (H/F). La majorité des patients provenaient de leur domicile (51,7%) et étaient transportés à 97% par un véhicule non médicalisé . un coma grave (GCS<7) était noté dans 49,2% des cas . Nous avons noté une altération de l'état général chez 62 % des patients, une anémie sévère (Hb<6 g/dl) chez 59,6% et une détresse respiratoire chez 73%. Le délai moyen de prise en charge par un médecin était de 52 min (extrêmes 19 et 71 min). Le bilan paraclinique d'urgence était honoré complètement par un tiers des patients. Le temps mis pour honorer la première ordonnance était > 60 min pour 39 % des patients. 32 % des patients avait bénéficié d'une oxygénation, et 29 % la transfusion sanguine requise . L'on a noté 6 % de décès dans les 60 premières min. La durée moyenne de séjour était de 26 h (extrêmes : 8 h et 120 h).

**Conclusion :** Le transport non médicalisé, les longs délais de prise en charge, l'absence d'un chariot d'urgence, l'inexistence d'une sécurité sociale, l'insuffisance du plateau technique sont autant de facteurs qui concourent à alourdir le taux de décès dans notre structure d'urgence.

**Mots clés :** décès / urgences/ audit / transport médicalisé.

## C51

### COMPLICATIONS PERI OPERATOIRES DE LA CHIRURGIE D'EXERERE PULMONAIRE

A L'INSTITUT DE CARDIOLOGIE D'ABIDJAN(ICA)

ITÉKÉ F.R., YAPO YAPO P. , KOHOU-KONÉ L. , EHOUNOUD H., KOUAMÉ J., Y. YAPOBI

**Introduction :** la chirurgie d'exérèse pulmonaire est en plein essor et constitue un challenge longtemps redouté par l'anesthésiste réanimateur à cause des complications qu'elle engendre. Le but de cette étude était d'évaluer les complications péri opératoire de la chirurgie d'exérèse pulmonaire.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique sur une période de six ans. 40 dossiers complets des patients ayant bénéficié d'une exérèse pulmonaire étaient colligés et analysés. Les variables suivantes étaient étudiées : l'âge, le sexe, les antécédents, l'état clinique, le protocole anesthésique, les complications per et post opératoire et l'évolution.

**Résultats :** l'âge moyen était de 43,3 ans avec une prédominance masculine (sexe ratio 2,6). Les poumons détruits, séquelles de tuberculose constituait le principal diagnostic pré opératoire (%). Tous les patients avaient une fonction respiratoire pré opératoire (spirométrie et gazométrie) acceptable. Les sondes à double lumière étaient utilisées dans 20% des cas. Aucun patient n'avait bénéficié d'une analgésie péridurale thoracique. La durée moyenne de l'intervention était de 5,7 heures pour les lobectomies et de 6,7 heures pour les pneumonectomies. L'atélectasie (47,5%) et la pneumopathie (22,5%) constituaient les principales complications pleuro pulmonaires post opératoires. Les complications cardio-vasculaires étaient dominées par les troubles du rythme 53,3% (tachycardie supra ventriculaire 62,7% et Fibrillation Auriculaire 18,2%), dont 65% au cours des pneumonectomies. La chute tensionnelle était l'incident per opératoire prédominant (62,5%). L'hémorragie était présente dans 15% des cas et avait nécessité une reprise chirurgicale. L'hyponatrémie (40,7%), était la principale complication métabolique. L'anémie était observée dans (62,5%) des cas et l'insuffisance rénale aigue dans 12,5%. 6% des patients avaient contractés une infection nosocomiale avec comme principaux germes en cause : Klebsiella.P (33,3%) et Pseudomonas .A (33,3%). Un décès (2,5%) suite à un choc hémorragique et septique décompensés après une reprise chirurgicale, à J3 post pneumonectomie était observé.

**Discussion / Conclusion :** La chirurgie d'exérèse pulmonaire est à risque, avec des complications pulmonaires et cardio-vasculaires majeures. Cela nécessite une bonne sélection des patients, une prise en charge per et post opératoire codifiée et validée.

Références 1- K. Abe, Shimizu, M. Takashina, H. Shiozaki, I. Yoshiya. The effects of propofol, isoflurane and sevoflurane on oxygenation and shunt fraction during one-lung ventilation. *Anesth Analg* 1998; 87: 1164 – 1169. 2- S. Adnot, B. Raffestin. Vasoconstriction pulmonaire hypoxique. In: Weitzenblum E, Denolin H éd. Hypertension artérielle pulmonaire. Paris: Masson, 1993: 40-52. 3- D. Amar, N. Roistacher, M.E. Burt, R.A. Reinsel, R.J. Geinsberg, R.S. Wilson. Clinical and echocardiographic correlates of symptomatic dysrhythmias after non cardiac thoracic surgery. *Chest* 1995; 108: 349 – 354.

**Mots clés :** Complications-péri opératoires- exérèse pulmonaire

## C52

### PRISE ENCHARGE DU PNEUMOTHORAX EN CHIRURGIE THORACIQUE :

A PROPOS DE 60 CAS.

DIATTA S, NOUNDA S, NDIAYE A, GAYE M, CISS G, BA PS, DIENG PA, FALL ML, DIARRA O, KANE O, NDIAYE M.

**Introduction :** Le pneumothorax est un épanchement aérien dans la cavité pleurale. Le tabagisme constitue l'un des principaux facteurs de risque. Plusieurs modalités thérapeutiques sont possibles allant de la simple observation, au drainage jusqu'à la chirurgie.

**Objectif :** le but de notre étude est de rapporter les résultats de la prise en charge du pneumothorax dans le service de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire du CHUN de Fann de Dakar.

**Patients et Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur l'analyse des dossiers de patients hospitalisés pour pneumothorax entre janvier 2004 et mars 2011(7 ans) dans le service de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire du CHUN de Fann de Dakar. Nous avons analysé les paramètres suivants : l'âge, le sexe, les facteurs de risque, la symptomatologie clinique et paraclinique, les aspects thérapeutiques ainsi que les complications. Il s'agit de 54 hommes (90%) et 6 femmes (10%) soit un sexe ratio de 9. L'âge moyen des patients était de 41,40 ans avec des extrêmes de 4 mois et 76 ans. Les principaux facteurs de risque de pneumothorax retrouvés dans notre série étaient le tabagisme (76,67%) et la tuberculose pulmonaire (18,33%). Le pneumothorax récidivant représentait 29,5% des patients. La symptomatologie clinique était dominée par la douleur thoracique (91,69%), la dyspnée (88,99%) et la toux (64,99%). Les autres signes fonctionnels respiratoires ont été rares : hémoptysie (2 cas). La radiographie du thorax notait un pneumothorax était de grande abondance dans (74,99%) des cas, avec une déviation du médiastin dans (38,33%). la localisation pleurale droite était plus fréquent, notait dans 63,33 %. Dans 4 cas (6,67%) le pneumothorax était bilatéral. LE TDM thoracique réalisé dans le bilan étiologique a permis de noter une dystrophie bulleuse dans 85% des cas. Sur le plan thérapeutique, l'exsufflation a été utilisée dans 1 cas et le drainage thoracique dans 52 cas (86,67%). la durée moyenne de drainage était de 19,15 jours avec des extrêmes de 2 à 60 jours. Nous avons observés 13 cas (21,31%) d'échec du drainage pleural. La chirurgie a été indiquée dans 28 cas (43,33%) devant : la persistance des fuites aériques après drainage (échec du drainage thoracique), la récurrence du pneumothorax et la dystrophie bulleuse compressive. Les voies d'abord utilisées ont été : la thoracotomie postéro-

latérale dans 27 cas (45%) et la videothoracoscopie dans 1 cas. Les gestes chirurgicaux étaient une pleurectomie simple dans 6 cas (10%), une lobectomie dans 2 cas (3,33%), une bullectomie dans 18 cas (30%), et une pneumonectomie dans 2 cas (3,33%). Les différents gestes d'exérèse pulmonaire étaient associés à une pleurectomie dans 8 cas (13,33%). L'intubation sélective était réalisée chez un patient pour un abord thoracoscopique. **Résultats** : Les suites opératoires étaient simples dans 50 cas (83,33%). La durée moyenne d'hospitalisation était de 21 jours [2 jours à 63jours], les complications précoces de la chirurgie étaient dominées par l'infection à type d'empyème sur les cavités d'exérèse pulmonaire (3cas) traités par un simple drainage et un cas de suppuration de la plaie opératoire. Un cas décès était noté chez un nourrisson à la suite d'un coma hypoglycémique. Les complications tardives après la chirurgie étaient à type de récurrence contralatérale du pneumothorax dans 3 cas, jugulait par un drainage aspiratif. Le délai moyen de suivi des patients est de 3,7 ans [5mois-6ans].

**Conclusion** : pathologie courante en pratique médicale. Les causes sont multiples dominées par la tuberculose dans nos pays. Le traitement est fonction de la tolérance, de l'état du parenchyme sous-jacent, de l'existence ou non d'une récurrence, et est multidisciplinaire (pneumologues, chirurgiens thoraciques, radiologues, réanimateurs).

## C53

### PROBLEMATIQUE DE LA VENTILATION MECANIQUE DANS UN SERVICE DE REANIMATION EN MILIEU TROPICAL : EXEMPLE DE L'HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES PRINCIPAL DE DAKAR.

WADE KA , MOULOUNGUI SOUGOU PE ,  
NIANG EHM , DIATTA B.

**Introduction** : La Ventilation Artificielle (VA) fait partie des techniques de suppléance couramment utilisées en réanimation pour traiter les défaillances d'organes notamment neurologiques et respiratoires. Cependant, elle garde ses effets secondaires qui sont loin d'être négligeables parfois associées à une surmortalité. L'objectif de notre étude était d'analyser la morbi-mortalité, le devenir des patients et les facteurs prédictifs d'une ventilation mécanique prolongée en réanimation.

**Patients et méthodes** : Nous avons réalisé une étude rétrospective sur 30 mois allant du 1er janvier 2008 au 30 juin 2010. Etaient inclus tous les patients qui avaient bénéficié d'une ventilation

mécanique durant la période de l'étude. Les paramètres étudiés étaient : les données socio-démographiques, le diagnostic principal, les indications de la ventilation mécanique, la durée, les complications, les facteurs liés à la ventilation mécanique de longue durée.

L'analyse des données était faite en analyse univariée grâce au logiciel SPSS avec un test t de Student, le  $\chi^2$  et des tests corrigés quand l'effectif était réduit. Un  $p < 0,05$  était retenue comme significatif.

**Résultats** : L'incidence des patients ayant bénéficié d'une ventilation mécanique était de 28,69% avec un sex-ratio H/F de 1,72 et un âge moyen de 39,14 ans +/-18,25 [4-90 ans]. Près de la moitié des patients (48,52%) n'avait aucun antécédent ou terrain particulier.

Le paludisme grave (19%), les maladies neurologiques (18%) et les affections respiratoires (16%) représentaient les premiers motifs d'admission pour lesquels les patients avaient été ventilés. Parmi les 237 patients qui avaient bénéficié d'une ventilation mécanique, 31 patients (13,08%) seulement l'avaient été au-delà de 10 jours. La durée moyenne de séjour en réanimation de tous les patients ventilés était de 9,96 +/-10,51 jours [1- 88]. L'évolution était favorable chez 75 patients soit 31,64%. Cependant, sur les 31 patients ventilés au-delà de 10 jours, seuls 6 avaient eu une évolution favorable, 19,35 %. La mortalité était de 66,66% (la létalité des patients ventilés au-delà de 10 jours était de 80%).

Les pneumopathies nosocomiales acquises sous ventilation mécanique représentaient la majorité des complications avec un taux de 57%. Les principaux germes isolés au cours de ces pneumopathies étaient essentiellement l'Acinetobacter baumannii et le Klebsiella pneumoniae avec respectivement 39% et 22%. L'existence d'une défaillance neurologique à l'admission ( $p=0,047$ ) était statistiquement corrélée à une durée de ventilation mécanique prolongée avec un Odds ratio = 2,4. La survenue d'une pneumopathie nosocomiale multipliait par 7,8 la durée de la ventilation mécanique ( $p=0,000$ ).

**Conclusion** : La ventilation mécanique reste un moyen très important dans la prise en charge des patients de réanimation dans nos pays en développement. Cependant, il s'agit d'un outil malheureusement considéré comme un luxe dans certaines de nos structures qui trouvent encore une peine à se procurer de cette technologie. Son utilisation se heurte souvent dans nos conditions d'exercice à une surmortalité notamment liée à la survenue d'infections nosocomiales souvent sans ressources thérapeutiques.

**Mots-clés** : Ventilation mécanique/Milieu tropical /Réanimation.

## C54

### LA DISSECTION AORTIQUE SEVERE :QUE FAIRE EN MILIEU DEFAVORISE ?

OWONO ETOUNDI P., AFANE ELA A., NGO  
NONGA B, NKO'O AMVENE S.

La dissection aortique est une affection rare, grave, de présentation clinique variable et rapidement mortelle en l'absence d'une prise en charge en urgence et adéquate. Il s'agit d'un clivage longitudinal de la média aortique avec mise en communication de la néo-cavité intra pariétale avec la vraie lumière et irruption de sang sous pression entre les deux parties clivées de la paroi. Cette pathologie survient surtout chez les patients hypertendus. D'autres causes plus rares sont rencontrées tel le syndrome de Marfan [1, 2, 3]. Les complications les plus graves sont celles qui touchent le cœur et n'arrivent que si la dissection concerne l'aorte ascendante. Cette dernière constitue donc une urgence médico-chirurgicale absolue [3, 4]. Le diagnostic d'un cas de dissection aortique sévère dans le service de réanimation polyvalente de l'Hôpital Central de Yaoundé a conduit les auteurs à poser le problème de sa prise en charge. Mr H.S., 67 ans, hypertendu depuis 15 ans, contrôlé par Icaz\* 1cp/j et Tritazide\* 1 cp/j, a été admis au service de réanimation le 13-02-2007 à 8 h 30 pour douleur thoracique constrictive irradiant vers le dos et l'abdomen, accompagnée de transpiration abondante, de refroidissement des extrémités et de fatigue intense. Le patient conscient à l'admission présentait un état de choc : pâleur cutanéomuqueuse, extrémités froides, arythmie cardiaque, PA=60/40 mmHg, Pouls=112/min faible, FR=30/min. Un cathéter sous clavier droit a été mis en place et le remplissage vasculaire a été mis en route sous surveillance continue des paramètres (Pouls, PA, FR, Diurèse horaire, SpO2, PVC). Les bilans biologiques étaient normaux : NFS, ionogramme plasmatique, urée, créatininémie, TP, TCK, CPK, CPKMB, Troponine. L'ECG était normal. Le scanner thoraco-abdominal a mis en évidence une dissection aortique sévère type A de Stanford avec épanchement péricardique et pleural bilatéral (Fig. 1). Devant ce tableau, la morphine, le propranolol et la dobutamine ont été ajoutés au traitement. 48 heures après l'admission, le patient est décédé dans un tableau de tamponnade alors qu'un dossier d'évacuation sanitaire vers l'Europe avait été mis en route.

Bien qu'étant rare, la dissection aortique devrait faire partie des discussions diagnostiques de toutes les douleurs aiguës thoraciques, abdominales ou lombaires survenant sur terrain d'hypertension artérielle. Le scanner thoracique permet un diagnostic rapide. Mais, la prise en charge d'urgence reste problématique surtout en ce qui concerne la dissection aortique type A de Stanford. Le traitement médical qui permet de maintenir une hémodynamique compatible avec la survie est réalisable. Mais l'acte chirurgical qui a pour objectif de prévenir la rupture de l'aorte et la tamponnade, et qui se fait sous circulation extra-corporelle demeure impossible. Aucun hôpital de référence au Cameroun ne dispose de plateau technique adéquat pour la prise en charge en urgence d'une telle pathologie. Il en est de même pour bon nombre de pays d'Afrique Noire où l'on dispose d'un scanner capable de faire le diagnostic d'une dissection aortique sévère, où l'on y trouve des spécialistes formés et qualifiés pour sa prise en charge. Mais le plateau technique et le matériel nécessaire pour ce faire sont inexistant. L'évacuation sanitaire vers les pays du nord reste la dernière alternative. Le coût élevé de la prise en charge dans ces pays, les délais de mise en route souvent allongés et le transport à très haut risque de ce patient instable ne peuvent qu'assombrir le pronostic. Alors, que faire que faire devant une dissection aortique sévère dans notre milieu?

## C55

### MORBIDITE ET MORTALITE EN CHIRURGIE MITRALE DE L'ADULTE AU SENEGAL

MAHOUNGOU GUIMBI KC, ELLENGA MBOLA FB,  
OTIOBANDA GF, FALL ML, BA MD, KANE O.

**Introduction :** la chirurgie valvulaire mitrale dans le contexte africain s'adresse avant tout aux complications cardiaques du rhumatisme articulaire aigu, notamment valvulaires [1, 2]. Il s'agit d'une chirurgie lourde, à cœur ouvert, et à risque péri-opératoire, en particulier en milieu tropical africain. Le but du travail est de rapporter la morbidité et la mortalité opératoires des patients adultes admis pour une chirurgie valvulaire mitrale.

**Patients et méthode :** il s'agit d'une étude rétrospective menée du 1er janvier 2005 au 31 décembre 2007, au service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire du Centre Hospitalier de FANN. L'étude portait sur tous les patients d'âge supérieur ou égal à 16 ans, ayant bénéficié d'une chirurgie sur la valve mitrale.

**Résultats :** au total, 54 patients d'âge moyen  $28,6 \pm 10,7$  ans ont été opérés pendant la période d'étude. Le sex-ratio (H/F) était de 0,25. Les épisodes d'insuffisance cardiaque avant la chirurgie étaient présents chez 26 (48,1%) patients. L'arythmie complète par fibrillation auriculaire représentait le trouble du rythme pré-opératoire le plus fréquent. Trente et trois patients (61,1%) avaient leur dyspnée au stade II de la NYHA au moment de l'intervention. La chirurgie était mitrale exclusive dans 49 cas (90,7%). La durée moyenne de la CEC avoisinait  $111,3 \pm 54,1$  min. elle était hypothermique chez 48 (88,9%) patients. La fibrillation ventriculaire au déclampage aortique (38,9% des cas) et l'hypotension artérielle (29,6% des cas) représentaient les incidents per-opératoires les plus retrouvés. Le taux de mortalité précoce était de 11,1%. Les causes de décès étaient essentiellement cardiaques (9,25%).

**Conclusion :** la morbidité et la mortalité de la chirurgie valvulaire mitrale de l'adulte sont encore significatives. Une prise en charge précoce et un suivi rigoureux des patients présentant le rhumatisme articulaire aigu devront permettre une amélioration de la situation.

**Références :** 1-Bach JF. Presse Méd 1986 ; 15 : 2043-45. 2-Lemaire V. Concours Méd 1992 ; 114 : 2275-77

**Mots clés :** morbidité, mortalité, chirurgie mitrale

## C56

### COMPLICATIONS HEMODYNAMIQUES POSTOPERATOIRES DE LA CHIRURGIE DU RETRECISSEMENT MITRAL. ETUDE RETROSPECTIVE

#### SUR DEUX ANS AU SENEGAL

FALL ML, BAH MD, NDIAYE PI, LÉYE PA,  
NDOYE MD, BÉYE MD, KANE O

**Objectifs :** évaluer les complications hémodynamiques postopératoires précoces de la chirurgie du rétrécissement mitral (RM) pour améliorer la prise en charge.

**Patients et méthodes :** il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire du centre hospitalier universitaire national de FANN (CHUN) du 1er janvier 2008 au 30 Décembre 2009. Ont été inclus dans notre étude les patients opérés de rétrécissement mitral pur et ceux opérés pour une maladie mitrale à prédominance sténosante.

**Résultats :** 41 patients était inclus dans notre étude, l'âge moyen était de 30ans  $\pm$  11,6 avec des extrêmes de 11 à 62 ans et le sex-ratio de 0,37 soit 30 femmes contre 11 hommes. Les indications chirurgicales étaient un remplacement valvulaire dans 32 cas, une commissurotomie à cœur ouvert chez 7 patients et 2 malades avaient bénéficié d'une commissurotomie à cœur fermé. La durée moyenne de clampage aortique était de 54,53 minutes et celle de la circulation extra corporelle (CEC) était de 81,10 minutes.

Une hypo-volémie était retrouvé chez 16 patients avec une pression veineuse centrale (PVC) inférieure à 5, une hypo-contractilité était présente chez 17 malades avec une fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) altérée, 14 cas d'oligo-anuries, un seul cas de tamponnade et 11 cas de trouble du rythme.

**Conclusion :** Les résultats de cette étude doit nous conforter dans la compréhension du profil postopératoire des patients opérés d'un rétrécissement mitral et de permettre une meilleure approche des ces patients depuis le premier contact à la consultation préopératoire.

**Mots clés :** complications hémodynamiques – CEC – rétrécissement mitrals

## C57

### PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NÉ APRÈS CÉSARIENNE AU CHU TOKOIN

MOUZOU T., TOMTA K., HEMOU P.

**Introduction :** La conduite à tenir devant le nouveau-né de mère césarisée impose une prise en charge adéquate et prompte assurée par un personnel qualifié, ceci permettra :

-de réduire l'incidence des séquelles neurologiques

-la sauvegarde de l'intégrité du cerveau et les fonctions vitales du nouveau-né lors de son adaptation à la vie extra-utérine.

L'objectif de ce travail était d'évaluer la prise en charge des nouveaux nés de mères césarisées.

**Matériel et Méthode :** Il s'agit d'une étude prospective de 255 NN extraits par césarienne à la maternité du CHU-Tokoïn du 10 septembre au 10 novembre 2008. L'analyse des indications de césarienne, de la fréquence de l'anesthésie rachidienne et de l'anesthésie générale, de l'intervalle entre l'induction anesthésique et l'extraction du fœtus, des scores d'APGAR, de la corrélation entre les indications et types de réanimation néonatale ont composé l'étude de la prise en charge du nouveau né de mères césarisées.

**Résultats :** la fréquence des accouchements par voie haute (césarienne) a été de 20,53% des cas. Cette étude a révélé que 70,2% des césarisés ont eu un âge gestationnel supérieur à 37 Semaines d'aménorrhée ; La SFA (38,4%) ; l'utérus cicatriciel (22,4%) ; l'éclampsie et la pré-éclampsie (12,5%) ; présentation de siège (6,3%) sont les principales indications de la césarienne. La rachianesthésie était la technique anesthésique prioritairement pratiquée soit 4/5 contre 1/5 pour l'anesthésie générale. L'AG est apparue plus dépressur de la capacité adaptative néonatale que la rachianesthésie.

Le protocole anesthésique I est le plus pratiquée (95,91%) et le plus dépressur que le protocole II d'AG ; Les indications de réanimation néonatale des césariens a donné 66,7% de bon résultat.

**Conclusion :** La prise en charge du NN après césarienne ne doit pas être considéré comme un acte banal. Elle doit être précoce, adéquate et réalisée par un personnel qualifié pour prévenir les risques et agressions chez le NN puis qu'elle souffre de manque de personnels qualifiés, d'une bonne organisation et de matériel adapté.

**Mots-clé :** Césarienne , césariens , Tokoïn , CHU

## C58

### SEDATION POUR TOMODENSITOMETRIE

#### CHEZ L'ENFANT AU CHU DE COCODY

PÉTÉ Y, OUATTARA A, ABHÉ CM, N'GUESSAN Y,  
COULIBALY KT, KOFFI N, TETCHI Y, BROUH Y

**Introduction :** De nos jours, l'activité hors bloc opératoire du médecin anesthésique tend à s'accroître avec l'avènement des nouvelles technologies d'imagerie (scanner et l'IRM). Ces explorations sont difficiles chez l'enfant à cause de la peur et l'agitation. Dans nos pays en voie de développement, la sédation pour exploration scanographique chez l'enfant constitue une nouvelle expérience pratiquée par très peu d'équipes d'anesthésistes. Le but de notre travail est de présenter l'expérience de cette pratique de sédation pour imagerie chez l'enfant dans notre hôpital.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective, descriptive réalisée au CHU de Cocody (services d'anesthésie et d'imagerie) sur une période de deux ans (janvier 2009- Décembre 2010). Elle a porté sur tous les enfants vus en consultation d'anesthésie pour la réalisation d'une tomodensitométrie. Les paramètres épidémiologiques, cliniques et organisationnels ainsi que les protocoles de sédation ont été étudiés.

**Résultats :** Nous avons enregistré 178 cas. L'âge moyen des patients était de 22,12 mois (extrêmes : J7 et 10 ans) avec une prédominance masculine (67,9%). Tous les enfants avaient un bilan rénal normal, et la majorité présentaient une pathologie neurologique (86,7%) ; venaient ensuite les pathologies digestives(11,4%). 21% des actes ont été faits en urgence. Le score d'A.S.A. montrait : ASA I (16,4%), ASA II (12,4%), ASA III (71,18%), ASA IV (0,02%). Tous les enfants avaient bénéficié d'une prémédication avec l'hydroxyzine sirop (0,5mg/Kg) à domicile tôt le matin. Une voie veine périphérique avait été prise chez tous les patients systématiquement. Le temps d'attente avant l'examen était en moyenne de 2h. Une sédation légère dès l'admission en salle d'attente était nécessaire chez 42,6% des enfants avec le midazolam (0,025mg/Kg). Puis 15min avant l'examen, (97,8%) des enfants avait bénéficié d'une sédation par titration faite de Midazolam (0,025 à 0,1 mg/Kg) associé à la Kétamine (1mg/Kg) ; et 2,2% avec diazépam (0,1mg/Kg) et kétamine (1mg/Kg). La durée moyenne de l'examen était de 11min en présence du médecin anesthésiste dans la salle, habillé avec une tenue de protection. Les paramètres de surveillances pendant l'examen étaient pris de façon manuelle. Les enfants étaient tous admis en salle de réveil, pour une durée de surveillance inférieure à deux heures dans 98,6%. L'examen s'est bien déroulé

pour presque tous les enfants avec une satisfaction complète du radiologue et des parents. Toutefois, nous avons noté un retard de réveil chez 4 enfants (0,02 %) pour lesquels une hospitalisation de jour a été nécessaire, dont un décès à J4 d'hospitalisation lié à la pathologie neurologique (hydrocéphalie compressif).

**Conclusion :** La sédation pour exploration scanographique chez l'enfant est réalisable dans notre structure hospitalière. Toutefois le long délai d'attente avant l'examen et le manque de matériel de surveillance adapté peuvent être corrigé par une meilleure organisation avec les radiologues ainsi que la mise en place de locaux adaptés, équipés d'un minimum de matériel de surveillance.

**Mots clés :** sédation, tomodensitométrie, enfant.

## C59

### ETUDE COMPARATIVE DE DEUX PERIODES SUR DIFFERENTS ASPECTS DE L'INVAGINATION INTESTINALE AIGUE (IIA) AU CHU ARISTIDE LE DANTEC

(HALD).

G.NGOM,M.CHAKROUN,O.NDOUR,  
A.FAYE/FALL, N.A.NDOYE,M.NDOYE

**Introduction :** L'invagination Intestinale aiguë est l'urgence chirurgicale abdominale la plus fréquente chez le nourrisson. Nous nous proposons de comparer deux périodes afin de dégager des recommandations.

**Patients et méthodes :** Nous avons comparé deux périodes ; 1965 -1987 avec 18 cas d'invagination rapportés et 2000 - 2010 avec 75 cas d'IIA. Les différents aspects étudiés étaient l'incidence, le délai diagnostique, le taux d'utilisation de lavement diagnostique, le recours à l'échographie, au lavement thérapeutique, la morbidité et la mortalité.

**Résultats :** Il y a actuellement beaucoup plus de cas annuels. Le délai diagnostique est devenu plus long passant de 2 jours à 5, 3 jours. Le lavement diagnostique est passé de 40% en 1989 à 0% en 2010. Le recours à l'échographie est passé de 0% en 1985 à 46, 7% en 2010. La morbidité est restée identique. La mortalité a augmenté passant de 12% en 1989 à 22,7% en 2010.

**Conclusion :** La prise en charge et l'invagination intestinale n'est pas encore optimale malgré les progrès de l'imagerie et de la réanimation.

## C60

### MORBIDITE ET MORTALITE LIEES AU TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'INVAGINATION INTESTINALE AIGUE CHEZ L'ENFANT A DAKAR

G.NGOM,D.ND/BADIANE,O.NDOUR,A.FAYE/FALL,  
N.A.NDOYE,M.S.DIOP,M.NDOYE.

**Introduction :** L'invagination intestinale aigue pose encore des problèmes de prise en charge dans les pays en développement. Le but de ce travail est d'étudier la morbidité et la mortalité liées au traitement chirurgical de l'invagination intestinale aigue chez l'enfant à Dakar.

**Matériels et méthodes :** l'étude est rétrospective et s'est déroulée entre Janvier 2000 et Août 2010. Soixante quinze enfants ont présenté une invagination intestinale aigue. Ils avaient un âge moyen de 16 mois [50 jrs-13ans] avec un sexe ratio de 2,1. Nous avons étudié la morbidité et la mortalité liées au traitement chirurgical de l'invagination intestinale aigue. L'analyse statistique a été réalisée en utilisant le test de khi 2 avec un seuil de significativité  $p < 5\%$ .

**Résultats :** Quatorze enfants ont présenté une complication post-opératoire soit une morbidité de 18,7%. Il s'agissait essentiellement de complications viscérales. La mortalité était de 22,7%. Elle était élevée chez les enfants vus après 48 heures et ayant bénéficié d'une résection intestinale ( $p < 0,05$ ).

**Discussion / Conclusion :** Notre morbidité est identique à celle des auteurs africains mais nettement supérieure à celle retrouvée en Occident. La mortalité suit la même tendance et est essentiellement liée au long délai diagnostique.

## C61

### LA PRÉVENTION DES DOULEURS INDUITES PAR LES SOINS CHEZ L'ENFANT AU CENTRE MÈRE ET ENFANT DE YAOUNDÉ

J. ZE MINKANDÉ, A. PONDY, JM. BOB OYONO,  
MOHAMADOU, R. BENGONO, A. AFANE ELA, F.  
BINAM.

**Introduction :** Les douleurs induites sont des douleurs provoquées par les gestes des soignants. Elles peuvent se surajouter à une douleur de fond. Les soignants considèrent souvent ces douleurs comme étant de courte durée, ne nécessitant pas une prévention. En pédiatrie, ces douleurs ont longtemps été négligées, la douleur étant difficile à apprécier chez l'enfant. Mais ce sont les douleurs les plus fréquentes chez l'enfant. L'infirmier étant un soignant prodiguant des soins douloureux doit être en première ligne dans la prévention des douleurs induites. Ceci a motivé une étude pionnière sur un état des lieux de la prévention des douleurs induites par les soins infirmiers dans notre contexte.

**Méthodologie :** Nous avons mené une étude descriptive transversale sur une période de 5 mois (Novembre 2009 – Mars 2010), dans les services de réanimation, oncologie et hospitalisation pédiatrique du Centre Mère et Enfant de la Fondation Chantal Biya de Yaoundé. Etaient inclus les enfants de 5 – 15 ans qui recevaient des soins infirmiers dans les services sus-cités et dont les parents avaient consenti. Les enfants non communicants et inconscients étaient exclus. Les variables analysées étaient l'acte douloureux, les moyens de prévention pharmacologiques ou non, et l'intensité de la douleur induite avec l'outil d'évaluation (EVA).

**Résultats :** La taille de l'échantillon était de 96 enfants. Les actes douloureux les plus fréquents étaient : l'injection intraveineuse directe lente (25,7%), la pose de voie veineuse (17,1%), le pansement (14,3%). Les trois moyens de prévention les plus utilisés étaient : la présence parentale (31,4%), l'injection lente (25,7%) et la distraction de l'enfant (20%). Les douleurs induites étaient faibles dans 48,57% des cas, moyennes dans 18,57% des cas, fortes dans 18,57% des cas et très fortes dans 14,29% des cas.

**Conclusion :** La douleur induite est une réalité sous-évaluée dans notre contexte. Ceci est plus important dans un service de pédiatrie. Une insuffisance de la prévention de douleurs induites en est la cause. L'établissement de protocoles de prévention dans les formations sanitaires ainsi que des formations continues permettraient une amélioration de la qualité des soins.

**Mots-clés :** douleur induite, acte douloureux, prévention.

## C62

### LES COMPLICATIONS PER ET POST-OPÉRATOIRES CHEZ L'ENFANT À L'HÔPITAL GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE ET PÉDIATRIQUE DE YAOUNDÉ

J. ZE MINKANDÉ, E. NNOMOKO, F. MOUAFO TAMBO, M. NGOWÉ NGOWÉ, A. MINKONÉ, G. ANDZE, F. BINAM.

**Introduction :** La chirurgie pédiatrique est une discipline en plein essor au Cameroun. Le succès des interventions chirurgicales dépend de la gestion des complications per et post opératoires par l'équipe d'anesthésie. La fréquence des complications peri opératoires en chirurgie pédiatrique reste élevée dans notre contexte. Cette étude a permis de rapporter et étudier les complications peri opératoires liées à la chirurgie pédiatrique à l'hôpital gynéco-obstétrique de Yaoundé.

**Méthodologie :** Nous avons mené une étude prospective, descriptive et analytique durant trois mois. Les patients de 0 à 15 ans dont les parents étaient consentants ont été inclus.

**Résultats :** Soixante enfants ont été inclus dont 72 % de sexe masculin et 10 % de prématuré. Les variables étudiées ont été les complications per opératoires, les complications post opératoires et le devenir des patients. Le risque anesthésique a été évalué ASA 1 dans 53,3 % des cas. L'anesthésie générale a été effectuée dans 91,7 % cas. Un médecin anesthésiste a supervisé 95 % des interventions. Les autres interventions ont été supervisées par un résident d'anesthésie. Les complications per opératoires sont survenues dans 38,8% des cas. Les complications cardio-vasculaires per opératoires (74 % des cas) les plus fréquentes ont été la tachycardie (59% des cas), les arrêts cardiaques (17,6 % des cas) et l'hypotension (17,6 % des cas). Les complications respiratoires per opératoires les plus fréquentes (35 % des cas) ont été la désaturation (62,5 % des cas) et le laryngospasme (25% des cas). Les complications post opératoires sont survenues dans 50% des cas pendant les 12 premières heures. Le laryngospasme et l'hyperthermie ont été les complications post opératoires les plus fréquentes durant les 12 premières heures (16,6% des cas). Les patients âgés de moins d'un an ont été la tranche d'âge la plus concernée par les complications per et post opératoires (73,3 % des cas). Les patients ASA 3 et 4 ont présenté au moins une complication dans 90 % des cas. Les décès enregistrés qui sont survenus uniquement durant la période post-opératoire.

**Conclusion :** Cette étude montre que les complications surviennent surtout en période per opératoire. Le risque de complication est corrélé à la pathologie congénitale, à la classification ASA et à l'âge de l'enfant. Il est donc nécessaire de renforcer la formation continue du personnel chargé de la prise en charge des pathologies néonatales et congénitales de l'enfant.

**Mots clés :** chirurgie pédiatrique, complications per et post opératoires, facteurs de risque.

## C63

### BACILLES À GRAM NÉGATIF NON FERMENTAIRES AU LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE DU CHNU DE FANN À DAKAR (SÉNÉGAL).

DIA ML, FALL I, KA R, DIAGNE R, SARR AM, CISSÉ MF, SOW AI.

**Introduction :** Les bacilles à Gram négatif non fermentaires sont souvent responsables d'infections nosocomiales et parfois communautaires. Pour mieux mettre en évidence leur impact infectieux au CHNU de Fann, nous avons procédé au niveau du laboratoire de bactériologie à une étude rétrospective qui avait pour objectifs de déterminer leur prévalence, leur profil bactériologique et leur sensibilité aux antibiotiques.

**Matériels et méthodes :** C'est une étude rétrospective qui a couvert la période allant du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2009. Les données ont été obtenues à partir des registres de paillasse du laboratoire et exploitées avec le logiciel Epi info dans sa version 6.4.

**Résultats :** Notre étude a porté sur 1659 germes dont 137 souches de bacilles à Gram négatif non fermentaires, soit une prévalence de 8,25% sur les deux ans d'étude. La majeure partie des souches a été isolée dans la tranche d'âge [15 – 50 ans] avec une légère prédominance féminine (51,5%). *Pseudomonas aeruginosa* est l'espèce la plus fréquemment isolée avec un pourcentage de 73%, suivi d'*Acinetobacter* spp (14,6%) ; viennent ensuite *Acinetobacter baumannii* (10,2%), *Pseudomonas* spp (1,5%) et *Stenotrophomonas maltophilia* (0,7%). En fonction du produit pathologique, les prélèvements de pus (plaies post opératoires, escarres, otites...) étaient les plus fréquents suivis des urines avec respectivement 55 (40,14%) et 43 (31,38%) souches de bacilles non fermentaires. Le service des maladies infectieuses a enregistré la fréquence la plus élevée (56,8%), suivi de la Pneumologie (14,9%), de la neurologie (12,9%), de la Chirurgie thoracique et cardiovasculaire (11%) et enfin de la Neurochirurgie (6,4%).

En fonction de la sensibilité aux antibiotiques:

- bêta-lactamines: *Pseudomonas aeruginosa* a présenté la plus grande sensibilité avec une résistance moyenne de 12,32%. Par contre le genre *Acinetobacter* s'est montré plus résistant avec 37,68% pour *Acinetobacter baumannii* et 51,24% pour *Acinetobacter* spp. *Stenotrophomonas maltophilia* présente une résistance naturelle pour la plupart des bêta-lactamines.

- Aminocyclitolides : cette famille d'antibiotiques a donné les résultats les plus satisfaisants avec des taux de sensibilité de 77,18% pour *Pseudomonas aerugi-*

nosa, 61,5% pour *Acinetobacter baumannii* et *Acinetobacter* spp.

- Quinolones et divers : nous avons noté une grande résistance des souches isolées à ces antibiotiques qui étaient auparavant actifs sur ces dernières.

**Conclusion** : Ces résultats montrent que les bacilles à Gram négatif non fermentaires continuent d'occuper une part importante dans les isolats du laboratoire, une fréquence assez élevée dans les services mais aussi une résistance de plus en plus importante vis-à-vis des antibiotiques habituellement utilisés en thérapeutique humaine, d'où la nécessité d'insister sur la prévention en cernant les facteurs de risques d'émergence, de persistance et de dispersion de ces souches.

**Mots clés** : *Bacilles non fermentaires, Antibiotiques, Sénégal.*

---

## C64

### INFECTIONS NOSOCOMIALES (IN) A LA REANIMATION POLYVALENTE DU CHU ARISTIDE LE DANTEC DE DAKAR :

#### ETUDE PROSPECTIVE SUR DEUX ANS.

FALL ML, DIOUF E, NDOYE MD, NDIAYE PI, LEYE PA, BEYE MD, BAH MD, KANE O, SALL BK.

**Objectifs** : évaluer l'incidence des infections nosocomiales, la fréquence des différents types d'infections ainsi que les germes isolés dans notre réanimation.

**Patients et méthodes** : il s'agit d'une étude prospective sur deux ans du 1er novembre 2005 au 30 octobre 2007, réalisée à la réanimation polyvalente du centre hospitalier universitaire Aristide Le DANTEC de Dakar. Tous les patients hospitalisés pour une pathologie non infectieuse et pendant plus de 48 heures étaient inclus. Les IN étaient définies selon les critères du Centers for disease control (CDC).

**Résultats** : durant la période de l'étude nous avons hospitalisé 703 patients, 96 avaient contracté une infection nosocomiale (13,6%) avec un sex ratio de 0,95. Les IN étaient réparties comme suite : 57 bactériémies, 46 infections respiratoires, 38 infections urinaires, 23 infections de plaie opératoire, 8 veinites et 2 méningites. Les bacilles à Gram négatif (BGN) étaient les plus fréquemment rencontrés avec 78%, les bacilles à Gram positif (BGP) 18% et le candida 4%.

**Conclusion** : l'intérêt d'une étude prospective des infections nosocomiales dans nos contextes réside sur le fait d'une évaluation des

moyens de lutte contre ces IN mais aussi de fournir une base de données pour évaluer leur efficacité.

**Mots clés** : *infection nosocomiale - étude prospective - réanimation polyvalente- Afrique noire.*

---

## C65

### PRISE EN CHARGE DU TETANOS EN REANIMATION : A PROPOS DE 33 COLLIGES DANS LE SERVICE DE REANIMATION DE L'HOPITAL PRINCIPAL DE DAKAR.

NIANG EHM, WADE KA, DIEYE C, NDIAYE M, DIATTA B.

**Introduction** : Le tétanos est une maladie toxico-infectieuse non immunisante non contagieuse due à *Clostridium tetani*. Il reste un problème de santé publique dans nos régions.

**Buts** : Etudier l'incidence du tétanos en réanimation africaine, d'évaluer la morbi-mortalité et d'établir des facteurs pronostiques.

**Patients et méthodes** : Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les patients admis pour tétanos dans le service de réanimation médicale de l'Hôpital Principal de Dakar durant la période du 01 Janvier 2002 au 31 Décembre 2005. Ont été étudiés les paramètres épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs.

**Résultats** : Durant notre période d'étude, 33 patients ont été admis pour tétanos soit 1,28 % des hospitalisations. Le sexe ratio H/F était de 2/1. La moyenne d'âge était de 30,21 (6-75). La tranche d'âge la plus représentative se situait entre 16 et 25 ans (39,39%). La porte d'entrée intramusculaire était la plus représentative (25%), suivie des plaies chroniques (18%), et les blessures au pied (18%). Dans 6 % des cas la porte d'entrée n'a pas été retrouvée. La durée moyenne d'hospitalisation était de 18,4 jours (3-54). La moyenne annuelle d'hospitalisation était de 8 patients par année. La mortalité était élevée (54 %). L'incubation était en moyenne de 8,84 jours. L'invasion courte en moyenne de 1,5 jours. Le trismus était présent chez 94 % des patients. Les paroxysmes tonico-clonique étaient présents chez 85 % des patients. Parmi nos patients 12 % étaient peu graves (score 0 et 1 ou groupe 1), la majeure partie (61 %) étaient de gravité modérée (score 2 et 3 ou groupe 2) et 27 % étaient très graves (score 4 et plus ou groupe 3). On avait noté une corrélation entre la gravité et la mortalité. Douze patients (36,8%) avaient présenté une dysautonomie. Vingt et deux patients (66,6%) avaient présenté une infection nosocomiale avec une prédominance des pneumopathies nosoco-

miales (83%). Deux patients avaient des complications de décubitus à type d'escarres retrouvés au niveau des fesses, des talons, et de la nuque.

**Conclusion:** Toxi-infection redoutable, le tétanos reste un problème de santé publique en Afrique noire. Toute la gravité de cette affection réside dans sa mortalité qui reste élevée malgré une prise en charge adaptée en réanimation. Les structures de réanimation étant rares en Afrique noire, l'essentiel du traitement doit être préventif.

**Mots clé :** *Tétanos/ Réanimation/Milieu tropical.*

## C66

### INFECTIONS NOSOCOMIALES EN REANIMATION A L'HIAOBO: INCIDENCE ET PROFIL BACTERIOLOGIQUE

M MANDJI LAWSON, E SOUGOU, A SIMA-ZUE, A EL WALI, D MANLI, R TCHOUA

**Introduction :** L'objectif de ce travail est d'identifier les germes responsables des infections nosocomiales et leur incidence.

**Matériels et méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective effectuée sur une période de 12 mois allant de janvier à décembre 2008. Tous les patients ayant présenté une infection nosocomiale ont été inclus dans notre étude. Pour tous les patients, nous avons relevé les données démographiques, les facteurs de risque d'infections nosocomiales, la durée d'hospitalisation et l'évolution. En cas d'infection, le site, le germe responsable et sa sensibilité aux antibiotiques ont été recueillis.

**Résultats :** Durant cette période, 132 patients avaient été hospitalisés. Le nombre total d'infections nosocomiales était de 92, soit 69% des cas. La densité d'incidence était de 70 pour mille jours d'hospitalisation. Les germes fréquemment retrouvés étaient *Klebsiella pneumoniae* (18 cas), *Enterobacter cloacae* (17 cas) et *Pseudomonas aeruginosa* (10 cas). La répartition au niveau pulmonaire était de 45% pour *Klebsiella pneumoniae* et de 40% pour *Pseudomonas aeruginosa*. Dans les hémocultures et les cultures de cathéters, 35% pour *Enterobacter cloacae*, 17% pour *Staphylococcus aureus* et 11% pour *Acinetobacter baumannii*. Dans les urines 30% pour *Klebsiella pneumoniae*, 28% pour *Candida albicans*, 14% pour *Enterobacter cloacae* et 14% pour *Staphylococcus aureus*.

**Discussion / Conclusion :** La connaissance du profil bactériologique fournie aux réanimateurs, est un indicateur de la qualité des soins. Ce dernier permettra la prévention et le contrôle des infections nosocomiales grâce à l'identification des priorités locales.

**Mots clés :** *Infections nosocomiales, incidence, réanimation.*

## C67

### LECTURE INTERPRETATIVE DE L'ANTIBIOGRAMME DES ENTEROBACTERIES AU LABORATOIRE DE BACTERIOLOGIE DU CHNU DE FANN A DAKAR (SENEGAL)

DIA ML, GUEYE AL, KA R, DIAGNE R, SARR AM, CISSÉ MF, SOW AI

**Introduction :** Les entérobactéries constituent l'une des plus importantes familles de bactéries rencontrées en pathologie infectieuse. Leur sensibilité aux antibiotiques est très variable d'où la nécessité de toujours faire un antibiogramme sur les souches appartenant à cette famille. Cet antibiogramme doit néanmoins être interprété car les résistances des bactéries ne s'expriment pas toujours. L'objectif de notre étude était de faire l'état des lieux sur la résistance aux antibiotiques des entérobactéries isolées au laboratoire de bactériologie du CHNU de Fann.

**Matériels et méthodes :** C'est une étude rétrospective qui a concerné la période allant de mai 2006 à juin 2009. Les données ont été obtenues à partir des registres du laboratoire de bactériologie et exploitées avec le logiciel Epi info dans sa version 6.4.

**Résultats :** Sur 772 souches étudiées, le genre *Escherichia* était le plus fréquent avec un pourcentage de 47,04%, suivi des genres *Klebsiella* (28,14%) et *Enterobacter* (11,57%). Ces bactéries provenaient en majorité d'infections urinaires et de pus. Le profil phénotype sauvage a été retrouvé chez toutes les espèces avec un pourcentage de 100 % pour le genre *Serratia*, 72,97% pour *Salmonella*, 66,66% pour les genres *Proteus* et *Providencia*.

Les pénicillinases à haut niveau ont été plus fréquentes chez le genre *Shigella* et *Escherichia* avec respectivement 48,14% et 36,91%. Pour ce qui concerne les pénicillinases à bas niveau le genre *shigella* à prédominé (25,92%), suivi du genre *Escherichia* (22,77%). Nous avons noté 8,8% de souches exprimant une céphalosporinase inducible chez les bactéries du genre *Proteus*. Le phénotype bêtalactamase à spectre élargi (BLSE) était absent chez les *Salmonelles* et *shigelles*, mais était présent chez *Enterobacter* (48,95%), *Klebsiella* (47,56%) et *Escherichia* (18,32%). Une quarantaine de souches (4,92%) n'avait pas pu être interprétée pour cause de rupture de disques d'antibiotique.

**Discussion / Conclusion :** La lecture interprétative de l'antibiogramme est indispensable pour le choix d'une antibiothérapie adaptée. Le biologiste a l'entière responsabilité du bon déroulement de cette analyse. Toutefois un dialogue entre le clinicien et le biologiste s'avère toujours nécessaire pour une bonne conduite du traitement antibiotique.

**Mots clés :** *Lecture interprétative, Antibiotiques, Sénégal.*

## C68

### PROFIL BACTERIOLOGIQUE DE LA PNEUMOPATHIE ACQUISE AU SERVICE DE REANIMATION DU CHU DE COCODY

ABHE CM, OUATTARA A, COULIBALY KT, PETE Y, N'GUESSAN Y, KOFFI N, TETCHI YD, BROUH Y

**Introduction :** la pneumopathie acquise représente la deuxième localisation des infections nosocomiales et la première en réanimation.

**Objectif :** décrire les aspects bactériologiques de la pneumopathie acquise.

**Matériel et Méthode :** étude prospective descriptive s'étendant sur 18 mois (mars 2010 – septembre 2011) au service de réanimation du CHU de Cocody. Ont été inclus tous les patients ayant une pneumopathie acquise avec confirmation bactériologique.

**Résultats :** 45 patients ont été retenus. L'âge moyen était de  $46,8 \pm 51$  ans (extrêmes 11 et 87 ans). A l'admission, 89% des patients ont été intubés et mis sous assistance ventilatoire et 11% étaient non-intubés sans assistance ventilatoire. 93,6% des patients avaient une antibiothérapie préalablement instituée. En cours d'hospitalisation, 13,3% des patients intubés ont bénéficié d'une ré-intubation et 37,8% d'une trachéotomie. La pneumopathie acquise survenait dans un délai moyen de  $8,2 \pm 6$  jours (extrêmes 3 et 24 jours). Les prélèvements bronchiques protégés ont isolé les bactéries suivantes : *Pseudomonas aeruginosa* (21,1%), *Escherichia coli* (18,4%), *Klebsiella pneumoniae* (15,8%), *Streptococcus pneumoniae* (15,8%), *Staphylococcus aureus* (13,1%), *Acinetobacter baumannii* (5,3%), *Enterobacter aerogenes* (5,3%), *Proteus mirabilis* (2,6%), *Staphylococcus méthi-R* (2,6%). L'*Escherichia coli* était le plus fréquent chez les patients non-intubés (66,6%), le *Pseudomonas aeruginosa* chez les patients intubés à l'admission (22,8%), le *Streptococcus pneumoniae* chez les patients ré-intubés (50%) et le *Klebsiella pneumoniae* chez les patients trachéotomisés (26,7%). 44,4% des bactéries (*Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter aerogenes*) étaient multi-résistantes et sensibles à l'imipénem. Les résultats de l'antibiogramme ont permis de modifier l'antibiothérapie préalable dans 93,3% des cas. Le décès survenait dans 64,4% des cas et serait imputable à la pneumopathie acquise dans 11,1% des cas.

**Conclusion :** Bien que discutée, la pneumopathie acquise aggraverait le pronostic des patients, notamment lorsqu'elle se développe chez les patients les moins graves ou qu'elle est due à des bactéries multirésistantes.

**Mots-clé :** bactériologie – pneumopathie acquise – réanimation

## C69

### PRISE EN CHARGE DES SUPPURATIONS INTRACRÂNIENNES : ASPECTS THÉRAPEUTIQUES, ÉVOLUTIFS ET PRONOSTIC.

BAH M.D., FALL L., NDOYE Y., SAFARI P., KANE O.

**Introduction :** Les abcès du cerveau et les empyèmes sous-duraux sont des suppurations intracrâniennes collectées respectivement dans le parenchyme cérébral et au niveau de l'espace sous-dural. Il s'agit d'affections fréquentes et graves dans nos régions et dont la prise en charge est médico-chirurgicale. **Objectifs :** Evaluer la prise en charge péri-opératoire, les complications post-opératoires et le pronostic.

**Patients et Méthode :** Il s'agit d'une étude rétrospective sur dossiers de patients admis en neurochirurgie pour une suppuration intracrânienne du 1er Novembre 2008 au 31 Octobre 2011 et ayant bénéficié d'une trépano-évacuation. Nous avons recueilli pour chaque patient la stratégie de prise en charge péri-opératoire, les complications post-opératoires et le pronostic.

**Résultats :** Un abcès cérébral et un empyème sous-dural étaient respectivement retrouvés dans 17 et 9 cas. L'âge moyen était de 19 ans [8- 45 ans]. Le score de Glasgow moyen était de 9 [4- 15]. Le syndrome de Bergman était retrouvé dans 46% des cas. Huit patients (31%) présentaient des images d'engagement cérébral à la TDM cérébrale. Tous les patients avaient bénéficié d'une trépano-évacuation dans le cadre de l'urgence. Le thio-pental et le propofol étaient les hypnotiques employés dans respectivement 65 et 35% des cas. Sept patients (27%) ont bénéficié d'une administration de Mannitol en pré-opératoire. Vingt et un patients (81%) étaient admis en réanimation neurochirurgicale. La durée moyenne du séjour y a été de 4 jours [24 H -18 jours]. La bactériologie était pauvre avec 88% de cultures stériles. L'antibiothérapie associait ceftriaxone, gentamycine et métronidazole dans 69 % des cas et céfotaxime, gentamycine et métronidazole dans 31% des cas. Il s'agissait d'un traitement antibiotique à large spectre à l'aveugle initialement, et adapté secondairement à l'antibiogramme, si celui-ci était disponible. 81 % des patients avaient bénéficié d'une corticothérapie à base de méthylprednisolone à forte dose (3-4 mg/Kg/j) durant 7 à 10 jours. Tous les patients avaient bénéficié d'un traitement anticomitial. En cours d'hospitalisation, les complications survenues étaient à type de choc septique (2 cas), de pneumopathie sous ventilation mécanique (2 cas) et d'acido-cétose diabétique (1 cas). 5 cas de décès (19%) avait été notés. **Conclusion :** Les suppurations intracrâniennes restent des affections graves du fait du risque d'engagement cérébral. Les mesures de neuroprotection doivent être entreprises précocement pour éviter une aggravation neurologique secondaire. Tout comme le geste chirurgical, l'antibiothérapie et la corticothérapie gardent une place de choix.

## C70

### PLACE DE L'ASSOCIATION AG-ALR DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POSTOPÉRATOIRE AU COURS LA CHIRURGIE ABDOMINOPEL- VIENNE MAJEURE AU CHU ARISTIDE LE DANTEC DE DAKAR.

BEYE MD, NGOMAS JF, LEYE PA, FALL ML,  
NDIAYE PI, DIOUF E.

**Introduction :** L'ALR périmédullaire est envisagée en complément de l'AG dans le but d'assurer une bonne analgésie per et surtout post-opératoire, de diminuer la réponse neuro-endocrinienne et sympathique liée au stress chirurgical et de limiter les effets respiratoires post-opératoires d'une chirurgie abdominale majeure. Ce travail avait pour but de faire le point sur l'impact de l'association AG-ALR périmédullaire dans la prise en charge de la douleur per et postopératoire en chirurgie abdominopelvienne majeure de l'adulte à l'Hôpital Aristide Le Dantec.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective de janvier 2010 à août 2011. Nous avons colligé tous les patients ayant bénéficié d'une association AG+IOT et ALR périmédullaire en chirurgie programmée. Nous avons utilisé les fiches d'anesthésies, les registres d'hospitalisation et les dossiers médicaux des patients pour évaluer l'impact de cette technique anesthésique sur la prise en charge de la douleur per et post-opératoire immédiate. L'âge, le sexe des patients, le type de chirurgie, et le type d'ALR étaient notés, ainsi que l'intensité de la douleur postopératoire à l'aide de l'échelle visuelle analogique (EVA) pendant 48 heures, et la reprise du transit.

**Résultats :** Cette étude avait concerné 180 patients dont 43 hommes (23,9%) et 137 femmes (76,1%). L'âge moyen était de 49,7 ans pour des extrêmes allant de 15 à 80 ans. Il s'agissait uniquement d'actes opératoires programmés. Les principaux types de chirurgie étaient: la chirurgie carcinologique gynécologique dans 60% des cas et la chirurgie carcinologique digestive avec 36,66% des cas. Deux techniques d'ALR étaient utilisées, la péridurale avec mise en place d'un cathéter dans 82 cas (45,56%), et la rachianesthésie à la morphine dans 98 cas (54,44%). Les anesthésiques locaux utilisés pour la péridurale étaient la bupivacaine 0,125% ou la ropivacaine 0,2%. Un score d'EVA  $\geq 3$  à la toux ou à la mobilisation à J2 post-opératoire étaient retrouvés chez 45 patients (25%). L'ablation du cathéter péridural était réalisée au plus tard à J3 post-opératoire. La reprise du transit avant J3 postopératoire a été notée chez 116 patients (64,44%).

**Conclusion :** Notre étude a concerné essentiellement la chirurgie abdominopelvienne carcinologique. Il s'agit d'une chirurgie lourde aussi bien par le terrain sur lequel elle est pratiquée, que par les répercussions et les complications périopératoires qu'elle entraîne. L'ALR associée à l'AG+IOT constitue une technique anesthésique de choix pour une prise en charge optimale de la douleur post-opératoire. Elle permet une épargne morphinique considérable et une réduction de leurs effets secondaires.

#### Mots clés :

Anesthésie locorégionale – Douleur post-opératoire – chirurgie abdominopelvienne majeure.

## C71

### ETUDE DU TAP BLOC DANS L'ANESTHÉSIE ET L'ANALGÉSIE POSTOPÉRATOIRE DANS LA CHIRURGIE DE LA RÉGION INGUINALE EN AMBULATOIRE CHEZ L'ENFANT.

TRAORÉ MM, NDIAYE PI, FEISSAL A, LÉYE PA,  
DIOP A D, HILAL GF, BARBOZA D, BEYE MD,  
DIOUF E.

**Introduction :** Le bloc du plan abdominal transverse (TAP block selon les anglo-saxons), également appelé bloc au triangle lombal de Jean Louis Petit est un bloc de diffusion, sans neurostimulation, de plus en plus utilisé en analgésie post-opératoire dans la chirurgie de la paroi abdominale. Il constitue une bonne alternative au bloc ilio-inguinal et ilio-hypogastrique dans la chirurgie de la région inguinale. L'objectif de ce travail était d'évaluer d'une part l'efficacité anesthésique du TAP block et d'autre part son apport dans l'analgésie postopératoire dans la chirurgie de la région inguinale chez l'enfant en ambulatoire.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective réalisée au service d'anesthésie réanimation de l'HALD sur une période de trois mois (Mars à Mai 2010) chez des enfants âgés de moins de 6 ans proposés pour une chirurgie inguinale en ambulatoire. Après un monitoring de l'ECG, de la PANI et de la SPO2, une induction inhalatoire pure à l'halothane était effectuée, suivie de la mise en place d'une voie veineuse périphérique et de la réalisation du TAP bloc selon la technique classique décrite par John Mc Donnell. Après aseptie de la peau une aiguille type Stimuplex A (Braun) 24G à biseau court (30°) de 25 mm de long était utilisée pour injecter une solution d'anesthésique local (lidocaïne 2% et de bupivacaine 0,5%) à raison de 0,5ml/kg. La réussite du bloc était jugée sur l'absence de réponse motrice et de variations hémodynamiques après une stimulation douloureuse au niveau du site opératoire 5 min après la réalisation du bloc et permettait l'incision chirurgicale. Toute augmentation de la fréquence cardiaque et/ou de la PAM de plus de 20% était considérée comme un échec et du fentanyl (à la dose de 2µg/kg) était administré en bolus. En post-opératoire, la douleur était évaluée après le réveil par l'échelle de CHEOPS à H1, H2, H4 et H6; une analgésie supplémentaire avec du paracétamol en IV à la dose de 15mg/kg associée à l'acide niflumique en suppositoire, était administrée devant un score supérieur à 7 dans les 6 heures. La sortie était prévue après la sixième heure postopératoire en l'absence de complications.

**Résultats :** Cent quatre patients d'âge moyen 30 mois  $\pm$  16,5 (extrêmes : 2mois et 5 ans) avec une

prédominance masculine, ASA 1 dans 98,6% des cas, ayant bénéficié d'une chirurgie de la région inguinale étaient colligés.

Le temps moyen de réalisation du bloc était de 2 minutes (extrêmes : 1 et 3 minutes).

Le bloc anesthésique était jugé satisfaisant à l'incision et pendant la chirurgie dans 95,4% des cas. Aucune complication peropératoire n'était notée.

Durant la période postopératoire, la douleur était faible avec un score de CHEOPS entre 5 et 6 à H1, H2, H4 et H6 chez 42 patients (95,2%). douze patients avaient reçu une analgésie supplémentaire dans les six heures.

**Conclusion :** Le TAP bloc, validé en analgésie postopératoire dans les cicatrices de laparotomie constitue une bonne alternative au bloc ilio-inguinal et ilio-hypogastrique dans la chirurgie inguinale chez l'enfant. Les faibles taux d'échecs notés dans notre étude sont superposables à ceux notés avec le bloc ilio-inguinal et ilio-hypogastrique. L'apport de l'échographie permettrait d'améliorer la précision de la technique.

**Mots-clés :** TAP bloc- anesthésie-douleur postopératoire-ambulatoire

---

## C72

### BLOC PARAVERTÉBRAL THORACIQUE DANS LA CHIRURGIE DU SEIN: ETUDE PRELIMINAIRE AU CHU ARISTIDE LE

DANTEC DE DAKAR.

HILAL G, BARBOZA D, FEISSAL A,  
NDIAYE PI, KARTITI A, FALL M.L,  
BAH MD, NDIAYE PI, BEYE MD.

**Introduction :** Le bloc paravertébral thoracique tient une place prépondérante dans la prise en charge de la douleur post opératoire particulièrement dans la chirurgie du sein. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'apport du bloc paravertébral dans l'analgésie postopératoire des patients devant bénéficier d'une chirurgie du sein.

#### **Patients et méthodes :**

Il s'agit d'une étude transversale descriptive, sur une période de 6 mois (d'Avril à Septembre 2011) ayant concerné les patientes qui ont bénéficié d'un bloc paravertébral thoracique pour une chirurgie programmée du sein à l'Hôpital Aristide Le Dantec.

Nous avons étudié les paramètres suivants: l'âge, le type d'intervention sur le sein, la zone de ponction du bloc paravertébral, le volume injecté, le temps de réalisation, l'association ou non à une anesthésie générale, les incidents et accidents et la nécessité d'un supplément d'analgésie.

**Résultats :** Durant cette période, 54 patientes ont bénéficié d'un bloc paravertébral thoracique. L'âge moyen était de 45 ans (extrêmes : 13 et 74 ans). Les principales indications chirurgicales étaient : les mastectomies, les tumorectomies et les exérèses larges de tumeurs du sein. L'injection était réalisée entre T2 et T6, elle était soit unique avec 20cc de ropivacaine à 0,2%, soit étagée en 2 ou 3 injections pour certaines tumorectomies simples à la dose de 0,75%. Le temps moyen de réalisation était de 6,8 minutes. L'anesthésie générale avec intubation oro-trachéale était réalisée dans 85% des cas, l'anesthésie générale au masque dans 11%, le bloc paravertébral isolé était réalisé dans un seul cas. Aucun incident ou accident n'a été noté durant cette période. Dans 85% des cas les patients avaient bénéficié d'un supplément d'analgésie en postopératoire immédiat à base de paracétamol associé ou non au tramadol ou au néfopam.

#### **Conclusion :**

Le bloc paravertébral thoracique est en pleine expansion dans notre structure améliorant la prise en charge des malades devant bénéficier d'une chirurgie du sein. La facilité de réalisation et la faible morbidité de cette technique en font une indication de choix pour l'analgésie post opératoire dans le cadre de la chirurgie mammaire.

**Mots-clés :** Bloc paravertébral thoracique-  
Chirurgie du sein- Analgésie postopératoire

## C73

### BUPIVACAÏNE EN INFILTRATION PARIÉTALE : INTÉRÊT DANS L'ANALGÉSIE POSTOPÉRATOIRE EN OBSTÉTRIQUE

SAMAKÉ B.M., KOUAM K.G.A.,  
GOITA D., COULIBALY Y.

**Objectif :** L'objectif de notre étude était d'évaluer l'effet de l'infiltration pariétale de la plaie chirurgicale dans la prise en charge de la douleur post-césarienne.

**Patients et méthode :** Il s'agissait d'une étude transversale, portant sur un recrutement de cas hospitalier des patientes opérées pour césarienne au service de gynéco-obstétrique et d'anesthésie réanimation du C.H.U. Gabriel Touré de Bamako du 29 Avril au 1er Novembre 2010. En per opératoire, il a été réalisé chez toutes les patientes une infiltration pariétale de la plaie avec de la Bupivacaïne MarcaineR 0,5% (20ml) soit un total de 200 mg. Dans des conditions d'asepsie rigoureuse le chirurgien procédait à l'infiltration après fermeture des plans musculoaponévrotique et sous cutané. L'analyse des données a été faite avec Ep. Info.2000 et le test de CHI2 était utilisé avec un seuil de signification fixé à  $P < 0,05$ .  
**Résultats :** Pendant la période d'étude 43 parturientes opérées sous anesthésie générale et 43 parturientes opérées sous rachianesthésie étaient colligées. A 12 heures postopératoire 86 % des parturientes opérées sous anesthésie générale avaient un EVA compris 0-3 contre 62,8 % sous rachianesthésie avec  $P=0,01$  et  $RR=2,12$  [1,04-4,32]. A 18 heures postopératoire 76,7 % des parturientes opérées sous anesthésie générale avaient un EVA compris 0-3 contre 76,7% sous rachianesthésie ( $P = 1$ ). A quarante huit heures toutes parturientes avaient un EVA compris entre 0-3. **Conclusion :** Infiltration pariétale d'anesthésique local (bupivacaïne) de la plaie chirurgicale au cours de la césarienne modifie la douleur post césarienne de modérée à intense à faible dans les 48 premières heures Postopératoire.

**Mots clés :** Infiltration pariétale d'anesthésique local, Bupivacaïne, césarienne.

## C74

### L'ANESTHÉSIE LOCO-RÉGIONALE À L'HIAOBO

JM MANDJI LAWSON, E SOUGOU, A SIMA-ZUE, A  
EL WALI, D MANLI, R TCHOUA

**Introduction :** Le but de cette étude est d'effectuer un bilan d'activité de 18 mois d'activité anesthésique locorégionale à l'HIAOBO.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective allant du 1er janvier 2010 au 30 juin 2011, concernant tous les patients ayant bénéficiés d'une anesthésie locorégionale(ALR). Pour les blocs périphériques étaient répétés à l'aide d'un neurostimulateur(Stimuplex HNS 11 Braun)et par des aiguilles de neurostimulation de différents calibres. Pour les anesthésies péridurales, un miniset avec mandrin avait été utilisé. Les rachianesthésies se pratiquaient à l'aide d'aiguilles spinales de Quincke de différents calibres et les anesthésies de l'oeil se pratiquaient avec des aiguilles de 25 gauge de 3 cm de longueur. Les produits utilisés étaient le lidocaïne, la bupivacaïne la ropivacaïne, la mépivacaïne, la L-bupivacaïne et un morphinomimétique(fentanyl ou sunfentanyl).

**Résultats :** Durant cette période, 2890 patients avaient été opérés à l'HIAOBO, parmi lesquels 1128 avaient bénéficié d'une ALR, soit 39%. Nous avons retrouvé un sexe ratio de 1/1,5. L'âge des patients variaient entre 9 ans et 81 ans. La rachianesthésie était la technique la plus réalisée dans 32% des cas, suivie par les blocs des membres dans 4% des cas. Le bloc du plexus cervical superficiel et profond était le moins réalisé avec 0,05% des cas. Dans cette étude, 10 échecs avaient été constatés avec la rachianesthésie, soit 0,008% des cas. Aucun incident ou accident n'avait été noté.

**Discussion / Conclusion :** L'ALR est de pratique courante à l'HIAOBO. Ceci est une opportunité pour le département d'anesthésie de la Faculté de Médecine et de la Pharmacie de Libreville de promouvoir ces techniques d'anesthésie au Gabon.

**Mots clés :** ALR, Techniques, HIAOBO

## C75

### ANESTHESIE CAUDALE : ETUDE PROSPECTIVE COMPARANT LES CARACTERISTIQUES ANESTHESIQUES DE LA ROPIVACAINE ET DE LA BUPIVACAINE

DIOP/NDOYE M., BEN M'RAD Y, EL HAJOU I A, NDIAYE P I, LEYE A., FEISSAL, HILAL G. F, BARBOZA D, BEYE M, DIOUF E

**Introduction :** L'anesthésie caudale est une anesthésie péridurale des racines de la queue de cheval au niveau du canal sacré, accessible chez le jeune enfant par ponction du hiatus sacré. Elle est couramment réalisée dans notre structure mais jusque là avec la bupivacaïne. L'objectif de cette étude est de comparer les caractéristiques anesthésiques de la Bupivacaine et de la Ropivacaine par voie caudale.

**Matériels et méthodes :** 100 enfants, ASA 1, sans aucun antécédent, sont inclus successivement dans cette étude prospective. Les 50 premiers ont eu un bloc caudal avec de la bupivacaine 0,25% (groupe B), et les 50 derniers avec de la ropivacaine 0,2% (groupe R). Les 2 groupes étaient comparables tant sur les données démographiques, que sur la durée d'anesthésie et de chirurgie.

L'intervention était réalisée sous anesthésie générale avec ou sans intubation, complétée par un bloc caudal. Le volume d'anesthésique local utilisé était identique dans les deux groupes et était adapté au poids. L'analgésie per-opératoire a été évaluée grâce à l'enregistrement de la Fc, de la Fr et de la PAM et l'analgésie postopératoire par des scores adaptés à l'âge.

Nous avons comparé pour les deux produits: le niveau et l'efficacité du bloc sensitif (modifications du pouls, de la tension artérielle à l'incision), la présence ou non d'un bloc moteur, la durée de l'analgésie, les complications.

**Résultats :** L'âge moyen était de 25 mois  $\pm$  19,57 pour un poids moyen de 11,08 kg avec des extrêmes de 3 et 20 kg.

Les paramètres respiratoires et hémodynamiques choisis comme témoins de la qualité d'analgésie per opératoire sont restés stables dans la limite des 20% après 5 mn chez tous les patients. Les types de blocs obtenus, la durée de l'analgésie sont représentés par le tableau.

Aucune complication immédiate ou tardive liée à l'anesthésie caudale ou à la toxicité des AL n'a été retrouvée.

Tableau :

Caractéristiques de l'anesthésie	Bloc sensitif	Bloc moteur	Durée de l'analgésie post-op (mn)	Txté
Bupi 0,25% (50 cas)	50	02	327 $\pm$ 144	0
Ropi 0,2% (50 cas)	50	00	341 $\pm$ 156	0

**Discussion / Conclusion :** La ropivacaine 0,2 produit un bloc sensitif et moteur de durée et d'efficacité similaires à celles obtenues avec un volume égal de Bupivacaine 0,25. Du fait de sa moindre cardiotoxicité connue, la Ropivacaine représente pour l'anesthésiste- réanimateur un produit de choix pour le bloc caudal en chirurgie pédiatrique.

**Mots clés :** anesthésie caudale – Bupivacaine – Ropivacaine - analgésie péri-opératoire.

## C76

### LES BLOCS DE LA FACE CHEZ L'ENFANT

DIOP/NDOYE M., EL HAJOU I A, KARTITI A, LEYE A., BEN M'RAD Y, LEYE A., FEISSAL, HILAL G. F, BARBOZA, NDIAYE P I, D BEYE M, DIOUF E

**Introduction :** Le développement ces dernières années de l'ALR en chirurgie pédiatrique s'est étendu à la face surtout pour les fentes labio-palatines. Le but de cette étude est d'évaluer l'efficacité des blocs de la face et leur innocuité chez l'enfant.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective sur 10 mois, et 16 fiches d'anesthésie ont été analysées. Les paramètres étudiés sont : l'âge, l'indication chirurgicale, le type de bloc et le temps de réalisation, les produits utilisés, les complications. L'efficacité de l'analgésie per-opératoire était jugée à partir des modifications de la Fc et de la PAM à l'incision et l'efficacité de l'analgésie post-opératoire est analysée pendant le séjour en salle de réveil.

**Résultats :** L'âge moyen était de 57,4 mois avec des extrêmes de 4j et 16 ans. Les patients étaient classés ASA I ou ASA II. Les blocs réalisés étaient : le maxillaire (8 fentes labio-palatines et 5 fentes labiales complexes), le bloc infra orbitaire (2 fentes labiales simples), le bloc auriculo temporal (1 reliquat embryonnaire de l'oreille gauche). Tous les enfants bénéficiaient d'une anesthésie générale sans morphinique, d'une intubation oro ou naso-trachéale, mise en place d'un packing et d'un bloc facial. Une ponction bilatérale était réalisée avec une aiguille de 25 mm à biseau court, un mélange de bupivacaïne 0,5% et de xylocaïne 2%, à la dose de 1ml pour les nouveau-nés, 2 ml pour les nourrissons, 3 ml pour les enfants. La ponction se faisait pour le bloc maxillaire par voie supra-zygomatique, pour les bloc infra orbitaire et

auriculo temporal par voie transcutanée. Le temps de réalisation du bloc variait entre 5 et 10 minutes. Aucun incident n'a été noté. L'ALR seule a suffi à assurer une bonne analgésie per-opératoire chez tous les patients. L'analgésie post-opératoire était évaluée par des scores adaptés à l'âge et aucune demande d'antalgique n'a été notée durant la première heure de séjour en salle de réveil.

**Discussion / Conclusion :** Les blocs de la face représentent une technique sûre pour l'analgésie péri-opératoire en pédiatrie, permettant ainsi d'éviter les effets secondaires des morphiniques et assurer un bon réveil et une bonne analgésie post opératoire au moins sur une heure. Une étude prospective permettra de mieux évaluer la durée du bloc sensitif.

**Mots clés :** *Blocs de la face - analgésie- enfant*