# DRAFT
# LIVRET DU CONGRES

35ème Congrès de la SARAF
Société d'Anesthésie Réanimation
d'Afrique Francophone
5ème Congrès de la SARMU MALI
Société d'Anesthésie Réanimation et
de Medecine d'Urgence du Mali
Les 27, 28, 29
Novembre 2019
Lieu :
Centre
International
de Conférences
de Bamako
(CICB)
Sous le haut patronage de
SEM. Ibrahim Boubacar KEITA,
Président de la République
Thèmes :
CICB
• Anesthésie Réanimation en obstétrique
• Catastrophes /Attentats terroristes
• Urgences Infectieuses
• Sécurité en Anesthésie
Symposium :
• Assurance Maladie Obligatoire(AMO) et amélioration de la PEC en Anesthésie Réanimation
• Douleur
• MTEV
Inscriptions :
Médecins spécialistes : 50 000 FCFA
Médecins généralistes : 40 000 FCFA
Infirmiers et étudiants : 30 000 FCFA
Président d'Honneur Congrès
Pr. DIALLO Abdoulaye
diallohpg@yahoo.fr
00 223 79 09 86 65
Président de la SARAF
Pr. TCHOUA Romain
00 241 07 91 13 82
rtrtchoua@yahoo.fr
Sécrétaire Général de
la SARAF
Président Comission
Scientifique
Pr. COULIBALY Youssouf
issou_fr@yahoo.fr
00 223 66 72 14 11
Président Comité local
d'Organisation
Pr. Diango Djibo M.
ddiango.dd@gmail.com
00 223 76 08 12 45
Sécrétairiat Général
du Congrès
Pr. KEITA Mohamed
00 223 66 72 26 88
Date limite de soumission des résumés : 31 Août 2019 à 00H
Secrétariat du Congrès : 00 223 66 72 26 88 / 00 223 64 67 19 39 • Email : sarmumali@gmail.com
Site web : www.sarmumali.org

# Le bureau de la SARAF

**Président :** Pr Ag TCHOUA Romain

| | |
|---|---|
| **Vice-président Afrique de l'ouest :** | Pr Ag BAWA Mahamane |
| **Vice-président Afrique centrale :** | Professeur ZE-MIKANDE Jacqueline |
| **Secrétaire général :** | Professeur COULIBALY Youssouf |
| **Secrétaire général adjoint :** | Docteur ASSOUAKON Patrice |
| **Trésorier général :** | Docteur CHAIBOU Maman Sani |
| **Trésorier adjoint :** | Docteur MBOMBO Wilfried |
| **Commissaires aux comptes :** | Docteur Esenie Agnès |
| | Professeur Aladji Seydou Dembélé |

# Le comité scientifique du congrès

**Président :** Pr Eugene Zoumenou

**Membres**

Docteur Eric AMISI

Professeur Mamadou Diarrah BEYE

Docteur Maman Sani CHAIBOU

Docteur Clotilde NJALL

Professeur Youssouf COULIBALY

Docteur Aladji Seydou DEMBELE

Docteur Wilfried MBOMBO

Docteur Papa Gueye

# Le Comité Local d'Organisation

**PRESIDENT D'HONNEUR :**
**Pr DIALLO Abdoulaye Kossi**

**PRESIDENT :**
**Pr. DIANGO Djibo Mahamane**

**MEMBRES :**

| | |
|---|---|
| **Pr. Youssouf** | **COULIBALY** |
| **Pr. Diénéba** | **DOUMBIA** |
| **Pr. Mohamed** | **KEITA** |
| **Pr. Broulaye M** | **SAMAKE** |
| **Pr. Nouhoum** | **DIANI** |
| **Pr. Aladji Seidou** | **DEMBELE** |
| **Fadima K** | **TALL** |
| **Seydina Alioune** | **BEYE** |
| **Hammadoun** | **DICKO** |
| **Thierno Madane** | **DIOP** |
| **Joseph** | **KONE** |
| **Mahamadoun** | **COULIBALY** |
| **Moustapaha I** | **MANGANE** |
| **Serima A** | **KOITA** |
| **André** | **KASSOGUE** |
| **Mahamadou C** | **CISSE** |
| **Mamadou** | **BENGALY** |
| **Brehima Bolimpe** | **COULIBALY** |
| **Mamadou K** | **TOURE** |
| **Abdouhamidou** | **ALMEIMOUNE** |
| **Boubacar** | **DIALLO** |
| **Amadou** | **SIDIBE** |
| **Aminata** | **DABO** |

**SECRETAIRES :**

| | |
|---|---|
| **Abdrahamane** | **COULIBALY** |
| **Mama Boubacar** | **BAMANI** |

# Le Mot du Président de la SARAF 2019

Cher(e)s collègues

Chers congressistes

Les précédents congrès de la SARAF au MALI ont eu lieu respectivement en 1996 et en 2007.Nous voici réunis 12 ans après, à Bamako avec nos collègues de la Société malienne d'Anesthésie Réanimation et Médecine d'Urgence pour organiser, le 35 ème congrès de notre Société.

Si parmi les objectifs fixés, celui de regrouper l'ensemble des membres de la SARAF tous les ans dans un pays de l'espace francophone est atteint, il nous appartient d'attirer un peu plus nos jeunes médecins anesthésistes réanimateurs et techniciens supérieurs d'anesthésie afin de leur offrir une plateforme de formation dans le cadre de leur développement professionnel continu.

L'autre objectif poursuivi est le partage d'expérience dans un domaine où les innovations et les progrès se font à une très grande vitesse, et imposent d'engager des réformes et des changements dans nos pratiques en tenant compte du contexte dans lequel nous évoluons.

Enfin, nous espérons que ce congrès sera une fois de plus l'occasion de consolider les liens entre Médecins anesthésistes réanimateurs du groupe francophone et de contribuer à la production scientifique de cette spécialité.

Les thèmes qui seront développés tout au long de ces trois journées reflètent les préoccupations de l'heure. Il s'agit de l'anesthésie réanimation en obstétrique qui revient chaque année ,des catastrophes lors des attentats terroristes sujet d'actualité dans cette région d'Afrique, des urgences infectieuses et de la sécurité en anesthésie.Ces thèmes traités à travers des conférences, symposia, table-ronde, communications et ateliers seront animés par des experts de la SARAF et des différentes sociétés scientifiques partenaires venant du du Maghreb et d'Europe .

Nous remercions Monsieur le Président de la République du Mali,et tout son Gouvernement, les autorités de la Ville de Bamako pour avoir accepté d'accueillir ce Congrès et surtout pour leur appui logistique , matériel et financier considérable qui a permis à la SARMU de relever le défi de l'organisation.

Vive Bamako 2019 et Vive la SARAF

**Pofesseur Romain TCHOUA**

# Mot du Président de la Commission Scientifique

***Professeur Eugène ZOUMENOU***

Chers Maîtres
Chers Collègues
A chaque congrès, la Commission Scientifique de la SARAF et le Comité d'Organisation concocte un programme scientifique consensuel, en tenant compte de vos desiderata. Notre objectif, cette année a été de vous permettre de revoir les fondamentaux de l'anesthésie, de la réanimation et de la médecine d'urgence mais aussi de vous présenter les nouveautés dans les différents aspects de notre pratique. Le programme de la SARAF 2019 allie théorie et pratique pour faire de notre congrès une véritable opportunité de renforcement des capacités.
Ainsi, les thématiques abordées cette année sont variées et couvrent :

- L'anesthésie-réanimation en obstétrique
- L'anesthésie en chirurgie cardiovasculaire
- Les pathologies de l'hémostase
- Les traumatismes graves
- Les urgences abdominales
- L'anesthésie pédiatrique
- Les urgences respiratoires
- Les urgences cardiocirculatoires
- La gestion des attentats et des catastrophes
- Les innovations en anesthésie-réanimation
- La sécurité au bloc opératoire

Un programme spécial est proposé aux paramédicaux, qui aborde plusieurs aspects de leurs préoccupations quotidiennes.
En précongrès, le Comité d'Organisation organise des ateliers d'échographie et de rédaction médicale.
Nous remercions le Bureau de la SARAF pour la confiance accordée à la Commission Scientifique et aussi le Comité d'Organisation pour sa constante sollicitude.
Nous souhaitons un bon Congrès 2019 à tous et un agréable séjour à Bamako.

**Professeur Eugène ZOUMENOU**

# Mot de Bienvenue du Président du Comité d'Organisation

***Professeur Djibo Mahamane DIANGO***
*ddiango.dd@gmail.com*
*00223 6674 6855*

Au nom du comité d'organisation, je tiens à remercier le Président de la République du Mali, son Excellence Monsieur Ibrahim Boubacar Keita, pour avoir autorisé et son soutien inestimable à l'organisation du présent congrès. Nous remercions également le ministre de la santé et de l'action sociale (Michel Hamala SIDIBE) pour son appui financier et son grand plaidoyer.

Aussi, voudrais-je rendre hommage au fondateur de la SARMU-Mali et président d'honneur du congrès, notre maitre professeur Abdoulaye K Diallo pour ses efforts inestimables, sa disponibilité et son accompagnement. Nous remercions tous nos maitres qui ont fait le déplacement vers Bamako.

Depuis 1984 date de la création de l'Association francophone d'Anesthésie – réanimation et de Médecine d'Urgence à Cotonou (République du Bénin) 35ème Congrès ont été organisés.

Le Mali après 1996, 2007 accueille pour la 3 ème fois cette rencontre scientifique du donné et du recevoir. Le congrès aura lieu au CICB situé au bord du fleuve Niger, totalement rénové et mis aux normes internationales en matière de sonorisation et de vidéo-projection.

Le respect de la tradition par l'organisation d'un précongrès en deux volets. Le volet dédié aux ISAR sera focalisé sur la pratique de l'anesthésie en obstétrique, l'échographie en anesthésie locorégionale, en cardiologie, en pneumologie qui sera animé au profit des étudiants au diplôme de spécialisation et des médecins.

Nos concitoyens nous pressent de nous saisir de préoccupations qui les affectent et nous avons le devoir d'intervenir en leur faveur.

C'est notamment dans cette optique qu'il a été convenu que les thèmes porteront cette année sur l'Anesthésie en obstétrique, la prise en charge médicale des Catastrophes / Attentats Terroristes, les Urgences infectieuses et la Sécurité en anesthésie. Ces thèmes s'imposaient à nous de manière impérieuse et je me réjouis que nous ayons choisi d'en faire l'objet de notre congrès.

Je pense aussi aux différentes questions qui seront abordées au cours des communications ou même dans les stands auprès des firmes pharmaceutiques et des équipementiers.

Bamako verra l'élection d'un nouveau bureau de la SARAF lors d'une assemblée générale et une rencontre des ISAR.

Nous espérons que ce congrès, qui verra la contribution d'experts de tous les domaines d'application de l'anesthésie-réanimation et de la médecine d'urgence, servira à faire connaitre et progresser notre profession au Mali et sur le continent africain.

Nous vous souhaitons la bienvenue en terre africaine du Mali.

**Professeur Djibo Mahamane DIANGO**

**Pr Youssouf COULIBALY**

**Téléphone : 0022366721411**

**Mot du Président de la Société d'Anesthésie -Réanimation et de Médecine d'Urgence du Mali, Président de la Commission Scientifique du Congrès**

Le 35ième congrès de la SARAF couplé au 5ième congrès de la SARMU Mali m'offre l'heureuse occasion d'accueillir les médecins anesthésistes réanimateurs et les urgentistes d'Afrique francophones et leurs collègues d'Europe et des Antilles et de rendre hommage à tous nos maitres pour leur contribution inestimable dans le développement de l'anesthésie - réanimation et de la médecine d'urgence dans nos différents pays.

Ce congrès annuel, vise essentiellement la promotion de l'anesthésie – réanimation et de la médecine d'urgence, spécialités au carrefour de toutes les autres disciplines médicales et chirurgicales et qui constituent la vitrine des soins hospitaliers.

D'énormes progrès technologiques et pharmacologiques ont été réalisés pour améliorer la qualité des soins en anesthésie, en réanimation et en urgence. Ce qui a permis la réalisation la chirurgie lourde (chirurgie du cœur, du cerveau, du foie, etc.) et d'optimiser la prise en charge des grandes détresses vitales (insuffisance respiratoire aigüe, infarctus du myocarde ai, traumatisme crânien grave etc.) tant à l'hôpital qu'en pré-hospitalier.

Le présent congrès s'inscrit dans le cadre de la formation continue des praticiens en anesthésie –réanimation et en médecine d'urgence.

Les thèmes majeurs sont :

- Anesthésie- réanimation en obstétrique : Dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle liée aux complications de grossesse, le comité scientifique du congrès a retenu la prise en charge des situations critiques en obstétrique et les soins néonataux d'urgence comme thèmes majeurs du congrès.
- Sécurité en Anesthésie : l'anesthésie est une activité à risque avec une mortalité non négligeable de0.7 pour 100.000 procédures. L'accent sera mis sur la check-list, qui consiste à réunir tout le matériel nécessaire et indispensable en s'assurant de leur bon fonctionnement par une vérification minutieuse est reconnue comme procédure permettant de réduire la morbi-mortalité liée à l'anesthésie.
- Catastrophes et Attentats : L'acquisition de compétence pour la gestion médicale des crises sanitaires exceptionnelles liées aux catastrophes /attentats terroristes est devenue une exigence vitale pour nos systèmes de santé et particulièrement les pays du sahel. C'est que l'organisation des secours d'urgence en cas de crise sanitaire exceptionnelle fera l'objet d'échanges avec les experts de l'OMS et l'expérience des pays sera partagée.

L'atelier du pré congrès donnera lieu à :

- des pratiques d'anesthésie locorégionale sous échographie aux blocs opératoires
- des pratiques d'échographie pleuropulmonaire et cardiovasculaire

A cet effet, c'est l'occasion pour nous de faire le plaidoyer auprès des plus hautes autorités du Mali ,afin qu'elles accordent d'avantage de moyens pour le développement de l'anesthésie-réanimation et de la médecine d'urgences qui constituent l'un des piliers incontournables pour réduire la mortalité maternelle et infantile dans notre pays.

C'est avec ses notes d'espoir que je renouvelle la bienvenue à tous les participants de ce 35ième congrès de la SARAF et du 5ième congrès de la SARMU Mali

Vive la SARAF, vive la SARMU Mali.

Pr Youssouf COULIBALY

**Nos remerciements**

**A son Excellence Monsieur Ibrahim Boubacar KEITA, Président de la République du Mali, Chef de l'ETAT**

**A Monsieur le Ministre de la Santé et des Affaires Sociales**

**A Monsieur le Ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique**

**A Messieurs et Mesdames les Partenaires et Sponsors**

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

troikaa
Imagine . Innovate

HUMANWELL PHARMA

EMAK

CEDEAO
OOAS
WAHO
ECOWAS

# Sommaire


| TITRES | Orateur | Page |
|---|---|---|
| | | |
| **CONFERENCES & ATELIERS DU PRE-CONGRES** | | |
| Echocardiographie en Réanimation | Faye EHAdama | 21 |
| Intérêt du Doppler Trans-Crânien en Réanimation | Faye EHAdama | 21 |
| Fast Echographie Pleuro Pulmonaire | Koita S.A | 22 |
| Hygiène en échographie pour l'ALR | BENGALY M | 22 |
| La Sono-anatomie et bloc du membre supérieur | BENGALY M | 22 |
| Sono-anatomie membre inférieur | Almeimoune A | 23 |
| Check-List En Anesthésie | DIOP TM | 24 |
| Anesthésie pour Césarienne en Urgences: notions de sécurité | Joseph KONE | 24 |
| Arrêt cardiaque au bloc opératoire | Mangane MI | 25 |
| Ultra sound guided upper limb block in trauma | Aristide TALON | 25 |
| **CONFERENCES** | | |
| Situations critiques en obstétrique | H Keïta-Meyer | 27 |
| Stratégie diagnostique et thérapeutique de la thrombose veineuse | BENHAMED M A | 27 |
| SAMU dans les pays de l'espace SARAF : défis et perspectives | BEYE MD | 28 |
| Dispositifs et anesthésiques locaux : quoi de neuf ? | Le Polain de WB | 29 |
| Gestion péri -opératoire des anticoagulants | Le Polain de W B | 29 |
| Quoi de neuf en anesthésie pour une cure chirurgicale des valvulopathies mitrale et aortique ? | Bougle A | 30 |
| Anesthésie– Réanimation pour chirurgie de l'aorte | Bougle A | 30 |
| Agitation postopératoire chez un sujet de 70 ans opéré d'occlusion intestinale aiguë : comment dois-je faire la prise en charge. | KABORO M | 31 |
| ALR et réhabilitation postopératoire | Otiobanda GF | 32 |
| Comment introduire la simulation dans un curriculum de formation en Anesthésie-Réanimation Obstétricale ? | EL ADIB AR | 32 |
| Faut-il des Trauma center en Afrique au sud du Sahara ? | Ayé Y Dénis | 33 |
| Paludisme grave en reanimation | F. Binam | 35 |
| Traumatisme crânien grave : indications et prise en charge. | Diallo O | 35 |
| Gestion des voies aériennes en obstétrique | DIOUF E | 36 |
| Enfant enrhumé à endormir (anesthésier) pour urgence digestive : quelle stratégie de conduite anesthésique ? | Dembélé AS | 36 |
| Interactions entre les forces de sécurité et les secours lors de nombreuses victimes en cas d'attentats ; nouvelles doctrines | Puidupin A | 37 |
| Organisation des secours médicaux et nouveaux concepts de triage | Puidupin A | 37 |
| Anesthésie-réanimation des péritonites postopératoires | LAWSON JMM | 38 |
| Hémodynamique en Anesthésie -réanimation : quoi de neuf ? | Ryad M | 39 |
| Organisation et gestion du bloc opératoire | OUEDRAOGO N | 39 |
| Détresse respiratoire chez l'enfant | Diop Ndoye M | 40 |
| Nouveautés en Anesthésie – Réanimation pour césarienne | Ze Minkande J | 41 |
| Œdème pulmonaire aigu. | Dr Papa GUEYE. | 41 |
| Consultation d'anesthésie pédiatrique : impératifs et particularités | Marie Diop Ndoye | 42 |
| Antibioprophylaxie en chirurgie digestive | AB Bawa M | 43 |
| Contribution de l'anesthésiologie à la réduction de la mortalité maternelle dans les pays en développement. | M. CHOBLI | 45 |

| | | |
|---|---|---|
| Nouveautés en Anesthésie – Réanimation pour césarienne | Ze Minkande J | 47 |
| Gestion des catastrophes et attentats : experiences des pays du G5 sahel (cas du Niger) | Chaibou MS | 48 |
| Mon patient adulte, sous anesthésie générale présente une bradycardie : comment je gère ? | N Guessan Y F | 48 |
| **COMMUNICATIONS ORALES** | | |
| **ALGOLOGIE** | | |
| Evaluation de la douleur chez l'enfant dans le service d'accueil des urgences ( SAU) du CHU-Gabriel TOURE, Bamako, Mali | Almeimoune A | 52 |
| Evaluation de l'analgésie post thoracotomie à l'institut de cardiologie d'Abidjan : péridurale thoracique versus analgésie balancée | Kohou KL | 52 |
| Intérêt de la naloxone dans le traitement des effets secondaires de la morphine administrée comme adjuvant en rachianesthésie | Ouattara A | 53 |
| Enquête d'acceptabilité de l'analgésie péridurale pour accouchement en Obstétrique au Centre Hospitalier et Universitaire de Yopougon. | Soro L | 53 |
| Accouchement sous analgésie péridurale au CHU Mère-Enfant « Le Luxembourg » de Bamako-Mali | Coulibaly B B | 54 |
| Place de la morphine dans la prise en charge de la douleur drépanocytaire au Mali | B.A. Touré | 54 |
| Prise en charge de la douleur post-opératoire en ophtalmologie | Sogodogo C | 55 |
| **ANESTHÉSIE** | | |
| Anesthésie pour urgences viscérales pédiatriques au Centre Hospitalier Régional de Saint-Louis | Dieng M | 57 |
| Prise en charge anesthésiologique des urgences chirurgicales en zone post occupation terroriste: cas de l'hôpital de Tombouctou. | Coulibaly B B | 57 |
| Abcès péridural survenant après analgésie pour accouchement normal : à propos d'un cas et revue de la literature | Diallo B | 58 |
| Prise en charge anesthésiologique de la césarienne pour éclampsie à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti. | Traoré A | 58 |
| Anesthésie réanimation pour la prise en charge chirurgicale des cardiopathies rhumatismales. Centre André Festoc au CHU Mère-Enfant « Luxembourg » de Bamako | BINTA DIALLO | 59 |
| Evaluation de la connaissance des parents sur les risques liés à l'anesthésie générale chez les enfants au CHU-IOTA de Bamako | Dembélé AS | 60 |
| Anesthésie générale sans injection de morphiniques : expérience à ABIDJAN | N'Guessan Y.F | 60 |
| Pratique de l'anesthésie en situation d'urgence à L'Hôpital Général de Reference Nationale De N'djamena | Adjougoulta KDB | 61 |
| Anesthésie pour césarienne d'urgence au cours de l'éclampsie au Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké | Irie Bi GS | 61 |
| Pratique de l'anesthésie pour césarienne au Centre Hospitalier d'Essos | Nga N S | 62 |
| L'ALRIV est- elle une technique anesthésique dépassée ? notre expérience au CHU de Yopougon | Dr Kouamé KI | 63 |
| Anesthésie pour césarienne d'urgence au cours de l'éclampsie au Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké | Irie Bi GS | 63 |
| Evaluation de l'anesthésie ambulatoire pédiatrique pour sédation. | Lovette S | 64 |
| Anesthésie pour chirurgie oncologique hépatobiliaire et pancréatique en milieu défavorisé : à propos de quatre six cas au CNHU-HKM DE COTONOU | Ahounou E | 64 |
| Profil épidémio-clinique des patients vus en consultation d'anesthésie au CHU-IOTA | Dembélé AS | 65 |
| Innocuité et efficacité de l'anesthésie sans morphinique dans un contexte de précarité | Traore I A | 65 |

| | | |
|---|---|---|
| Intérêt de l'opioid-free anesthesia versus anesthésie balancée classique en chirurgie viscérale. | Bougouma C.T.H.W | 66 |
| Intérêt de la kétamine et du sulfate de magnésium en périopératoire des péritonites aigues généralisées au Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou de Bobo Dioulasso | Traore IA | 66 |
| Prise en charge anesthésiologique des patients hypertendus au centre Hospitalier Nianankoro Fomba de Ségou | Dembélé E | 67 |
| Anesthésie-réanimation pour cure de Tétralogie de Fallot (T4F) : un an d'expérience du centre André Festoc au CHU Mère-Enfant « Luxembourg » de Bamako | COULIBALY M | 67 |
| Anesthésie-réanimation pour chirurgie cardiaque : un an d'activité du centre André Festoc au CHU Mère-Enfant « Luxembourg » de Bamako | COULIBALY M | 68 |
| Analyse des facteurs influençant le tri des patients proposés pour admission en réanimation au Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou | Traore IA | 69 |
| Anesthésie pour chirurgie intracrânienne éveillée, à propos d'un cas à Abidjan. | Coulibaly KT | 70 |
| **RÉANIMATION** | | |
| Modèle pronostique de mortalité en réanimation polyvalente du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville | Elombila M | 72 |
| Prise en charge des brûlés graves au Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou : Analyse critique des résultats | Hounkpè P C | 73 |
| Profil épidémiologique des Pneumopathies Aiguës Communautaires (PAC) en réanimation médicale | Traoré AO | 74 |
| Morbimortalité du péripartum en réanimation au CHUMEFJE : étude rétrospective sur les quatre premiers mois d'activité. | Nze Obiang P.C | 74 |
| Association sexe et mortalité en réanimation médicale | Traoré AO | 75 |
| Caractéristiques épidemiocliniques, bactériologiques, thérapeutiques et évolutives des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique en réanimation à Bouaké (Côte d'Ivoire). | Irié Bi GS | 75 |
| Prise en charge des traumatismes cranio-encéphaliques graves au CHU de Bouaké | KOFFI N'Guessan Rolent | 76 |
| Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des traumatisés cranio-encéphaliques graves au service de réanimation du CHU Gabriel Touré | Diop Th.M | 77 |
| La sédation dans le service de réanimation du CHU Gabriel Touré | Diop Th M | 78 |
| Aspects thérapeutiques et pronostiques des embolies pulmonaires graves en réanimation. | Amadou GAMBY | 79 |
| Anesthésie des cardiopathies congénitales pour chirurgie non cardiaque | Lovette S | 80 |
| Prise en charge des états de mal épileptiques convulsifs au CHU de Bouaké (RCI) | KOFFI N'guessan Rolent | 80 |
| Prise-en charge de l'éclampsie au Service de Réanimation du Centre Hospitalier Régional de Saint Louis du Sénégal | Diedhiou M | 81 |
| Caractéristiques épidemiocliniques, bactériologiques, thérapeutiques et évolutives des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique en réanimation à Bouaké (Côte d'Ivoire). | Irié Bi GS | 81 |
| Les modalités d'admission des patients en Réanimation polyvalente au CHU du Point G | Dicko H | 82 |
| Etiologies et pronostic des comas en réanimation au CHU de Yopougon | Kouamé KI | 83 |
| Aspects épidémiologiques des polytraumatisés admis en réanimation du CHU de Yopougon de 2015 à 2018 | Koffi L | 83 |
| Profil épidémiologique des Pneumopathies Aiguës Communautaires (PAC) en réanimation médicale | Traoré AO | 83 |

| | | |
|---|---|---|
| Facteur de mortalité des pneumopathies aigues communautaires en réanimation médicale | Traoré AO | 84 |
| **MÉDECINE PÉRIOPÉRATOIRE** | | |
| Evènements indésirables en chirurgie ORL et CMF au CHU-SYLVANUS OLYMPIO de Lomé | Mouzou E T | 87 |
| Prise en charge des complications de la pré-éclampsie au CHU du Point G | Théra T | 87 |
| Evaluation d'un protocole de réhabilitation améliorée après césarienne sous rachianesthésie au CHR de Saint-Louis. | Dieng M | 88 |
| Hypotension peropératoire en obstétrique au CHU Sylvanus Olympio de Lomé. | Mouzou E T | 88 |
| Réhabilitation post opératoire précoce chez les césarisées au Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo | Mandji Lawson J M | 89 |
| Arrêt cardio-circulatoire peropératoire : analyse rétrospective sur 5 ans au CHU du Point G | Diallo B | 90 |
| Nausées et vomissements post-opératoires : connaissance et pratique médicales dans les services d'anesthésie-réanimation des CHU d'Abidjan- RCI | Bekoin Abhe CM | 90 |
| Place du chewing-gum dans la reprise précoce du transit intestinal en post opératoire des césariennes : expérience du CHU Owendo | Mandji Lawson J M | 91 |
| Les complications post-opératoires de la rachianesthésie au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. | Coulibaly Y | 92 |
| Complications peropératoires liées à l'anesthésie pour chirurgie des amygdales chez les enfants de 2 à 15 ans au centre hospitalier et universitaire de Yaoundé | Nga Nomo S | 93 |
| Complications de l'anesthésie au cours de la césarienne au CHU de Brazzaville. A propos de 373 cas. | Mawandza PDG | 93 |
| Analyse de la morbidité périopératoire de la césarienne en urgence | Doumbia D | 94 |
| Fréquence de la dénutrition dans le Service de Chirurgie "B" du Centre Hospitalier Universitaire du Point "G" | Traoré L | 94 |
| Complications postopératoires précoces dans le Service de Chirurgie "B" du Centre Hospitalier Universitaire du Point "G": aspects épidémio-cliniques | Auteur | 95 |
| Evaluation de la satisfaction et du vécu péri opératoire des patients opérés sous rachianesthésie au CHU de Yopougon | Kouamé KI | 95 |
| Complications neurologiques après circulation extracorporelle pour chirurgie cardiaque a cœur ouvert : à propos de 06 cas- Centre André Festoc de l'hôpital mère et enfant le Luxembourg de Bamako | S.A KOITA | 96 |
| Statut « ASA » et évènement indésirable périopératoire en chirurgie d'urgence au CHU Gabriel Touré | Almeimoune A | 97 |
| **URGENCES - CATASTROPHES ATTENTATS** | | |
| Intoxications aigues aux urgences pédiatriques du CHUMEFJE : données préliminaires | Nze Obiang P.C | 100 |
| Thrombolyse à la phase aiguë de l'infarctus du myocarde dans la ville de Niamey | Karadj.S | 100 |
| Prise en charge des urgences traumatologiques graves en réanimation à l'hôpital Aristide le Dantec de Dakar | Ndiaye P.I | 101 |
| Couverture Sanitaire du sommet des chefs d'Etats de l'Union Africaine (UA) à Niamey | Karadj S | 102 |
| Aspects épidemiocliniques et thérapeutiques des afflux massifs au Service d'Accueil des Urgences (SAU) du CHU Gabriel TOURE de Bamako | Mangané M | 102 |
| Prise en charge des traumatismes balistiques de la face au CHU-CNOS | Traoré H | 103 |

| | | |
|---|---|---|
| Prise en charge des urgences médico-chirurgicales à l'hôpital niveau 2 Togo déployé à Kidal au Nord du Mali | H.D. Sama | 103 |
| Prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire : analyse situationnelle dans les services d'urgence du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou | Bonkoungou P | 104 |
| Facteurs de mortalité périnatale associés à l'éclampsie au Centre Hospitalier Universitaire Analakininina Toamasina (Madagascar) | Toky AR | 104 |
| Profil épidémioclinique des patients admis dans la salle d'urgence vitale à l'hôpital du Mali | Cissé M.A.C | 105 |
| Etude épidémioclinique des blessures par armes à feu au CHU Gabriel Touré à propos de 43 cas. | M. Sidibé | 105 |
| Létalité des urgences obstétricales au département de Gynécologie - Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. | Bonkoungou P | 106 |
| Confrontation écho-clinique des urgences digestives non traumatiques | Traore S | 106 |
| Apport de l'échographie dans les métrorragies du 1er trimestre | Traoré S | 107 |
| Profil des patients admis pour coups et blessures volontaires au service d'accueil des urgences de l'hôpital du Mali | Cissé M A C | 107 |
| Gestion d'un afflux massif de 27 victimes au service d'accueil des urgences de l'Hôpital du Mali | Cissé M A C | 108 |
| Traumatismes thoraciques par accident de la voie publique : Attitudes thérapeutiques à l'hôpital du Mali | Coulibaly I | 108 |
| Aspects diagnostiques thérapeutiques et évolutifs des traumatismes thoraciques balistiques | Illiassou S | 109 |
| Hémorragie méningée secondaire à un accident d'électrisation à propos d'une observation dans un service de réanimation à Abidjan (RCI) | Mobio MP | 109 |
| **COMMUNICATIONS LIBRES** | | |
| Evaluation de la stratégie transfusionnelle au cours de l'anesthésie pour arthroplastie totale de hanche à l'hôpital Aristide le Dantec de Dakar. | Ndiaye PI | 111 |
| Pratique transfusionnelle en milieu gynéco obstétrique, cas de la maternité Issaka Gazobi (MIG) de Niamey. | Boukari Bawa.M | 111 |
| Drainage péricardique en chirurgie thoracique à l'hôpital du Mali | Koné. S.D | 112 |
| Occlusion de l'artère de percheron : difficulté du diagnostic clinique. A propos d'un cas au CHU de Cocody (Abidjan –RCI) | Enyegue OMC | 112 |
| La mortalité maternelle au centre de santé mère enfant de la région de Zinder : causes et profil des patientes. | Magagi A | 113 |
| Mortalité maternelle au bloc opératoire des urgences du CHU de Cocody-Abidjan-RCI | Mobio MP | 114 |
| Place du syndrome thoracique aigu dans les motifs d'hospitalisation des drépanocytaires SC de plus de 40ans suivis au Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose (C.R.L.D). | Dembélé M | 114 |
| Aspects sociodémographiques et circonstances des traumatismes thoraciques balistiques | Illiassou S | 115 |
| Résultats et indications de la chirurgie cardiaque au Mali | Doumbia M | 115 |
| Coordination de la Régulation des urgences médico-chirurgicales au Mali: retour sur expérience de l'unité du CHU Gabriel Touré | Almeimoune A | 116 |
| Cancer du colon en occlusion : prise en charge chirurgicale dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G | Koumaré S | 116 |
| Cholecystectomie laparoscopique dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G à propos de 79 cas. | Koumaré S | 117 |
| Infertilité tubaire : apport diagnostique et thérapeutique de la cœliochirurgie dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G | Koumaré S | 117 |
| Volvulus du colon sigmoïde : prise en charge chirurgicale dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G | Koumaré S | 118 |
| Drainage péricardique en chirurgie thoracique à l'hôpital du Mali | Koné S.D | 118 |

| | | |
|---|---|---|
| Evaluation de la prise en charge pré-hospitalière des patients admis pour traumatisme vertébro-médullaire dans le service de neurochirurgie du CHU Gabriel Touré. | Sogoba Y | 119 |
| Evaluation du drainage thoracique avec la sonde d'intubation | Bouh KJ | 119 |
| Trigone fémoral : dissection anatomique au laboratoire d'anatomie de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) de Bamako | Touré T | 120 |
| Dissection anatomique de l'artère fémorale commune au laboratoire d'anatomie de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) de Bamako | Tata Touré | 120 |
| Thrombose veineuse profonde des membres inférieurs : prise en charge en chirurgie générale au CHU Gabriel Touré | Traoré A | 121 |
| Résection transurétrale de la prostate au glycocolle au service d'urologie de CHU Luxembourg. | Diarra A | 121 |
| Rupture traumatique de la trachée de découverte fortuite | Ogondon B | 122 |
| Pneumothorax iatrogènes à l'Institut de Cardiologie d'Abidjan : actes responsables, facteurs de risque et de gravité. | Adingra S | 122 |
| Traitement chirurgical des ruptures traumatiques du diaphragme : à propos de 08 cas à l'Hôpital du Mali | Koïta M S | 123 |
| Sténose caustique de l'œsophage chez l'enfant à l'hôpital du Mali : aspects sociodémographiques des victimes et mortalité. | Konaté F | 123 |
| Péricardites de moyenne et grande abondance : diagnostiques et traitement en chirurgie thoracique a l'hôpital du Mali | Koné S.D | 124 |
| Attitudes et pratiques des médecins anesthésistes dans la prise en charge des drépanocytaires au Cameroun | Djomo Tamchom D | 124 |
| Résections pulmonaires pour séquelles de tuberculose à l'hôpital du Mali | Bazongo M | 125 |
| Indications et résultats du drainage pleural à l'hôpital du Mali | Illiassou S | 125 |
| Couverture des pertes de substances de l'extrémité céphalique par des greffes de peau totale | Traoré H | 126 |
| Traitement chirurgical des ruptures traumatiques du diaphragme | Koïta M S | 126 |
| Etude de la prise en charge pour cholécystectomie chez l'enfant drépanocytaire au CHU de Pointe-A-Pitre/Abymes – GUADELOUPE | Coulibaly BB | 127 |
| Complications des fistules artério - veineuses pour hémodialyse chronique | Togola B | 127 |
| Rupture utérine à l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou : a propos de 62 cas | Kouma A | 128 |
| Etude comparative des spécificités électro et échocardiographiques chez les sportives de haut niveau et les sédentaires à Bamako. | Sangare I | 128 |
| Fistule œsopleurale iatrogène sur retrovirose chez une gestante : quelle attitude thérapeutique ? | Koïta M.S | 129 |
| Infection nosocomiale au CHU du Point G : Profil bactériologique des germes retrouvés | Beye SA, | 129 |
| Traumatismes pelvi-périnéaux : aspects diagnostics et thérapeutiques au CHU GABRIEL TOURE | Traore L | 130 |
| Etude épidémio-clinique et thérapeutique des fractures du fémur chez l'enfant en chirurgie pédiatrique du CHU GABRIEL TOURE | Traore L | 130 |
| Simulation en santé : Impact dans la formation et acquisition des compétences des personnels sanitaires | Diallo B | 131 |
| Nouvelles Technologies et Pédagogie Médicale : Utilisation des smartphones comme supports didactiques par les étudiants de la FMOS-Bamako. | Koné J | 132 |
| Rachianesthésie pour césarienne d'urgence au centre de santé de référence de la commune vi du district de Bamako | Diallo M | 133 |

| | | |
|---|---|---|
| Thrombophlébite ischémique dans le service de chirurgie « B » du CHU du Point « G » à Bamako | Togola B | 133 |
| Thrombose veineuse profonde des membres inférieurs : aspects clinique et thérapeutique | Togola B | 134 |
| Impératifs pour une consultation pré anesthésique (CPA) | Ahossi R Y | 134 |
| **E-POSTERS : COMMUNICATIONS AFFICHEES** | | |
| **ANESTHÉSIE** | | |
| La qualité de la prise en charge anesthésiologique des urgences obstétricales à l'hôpital de Sikasso | Kanté M | 136 |
| La prise en charge anesthésique des urgences obstétricales au centre de référence de Koutiala d'Aout 2017 à janvier 2019 | Kamissoko M.S | 136 |
| La rachianesthésie au cours de la césarienne d'urgence à l'hôpital de Sikasso | Kanté M | 137 |
| Anesthésie générale sans injection de morphiniques : expérience à Abidjan | N'Guessan Y.F | 138 |
| Evolution en anesthésie des patients opérés pour ventriculocisternostomie à l'Hôpital du Mali : une série de 31 cas | Sidibe A | 138 |
| **RÉANIMATION** | | |
| Le paludisme grave en milieu de réanimation à l'hôpital du Mali | Sidibe A | 140 |
| Place de la CRP au cours des pancréatites aigües graves | Traoré AO | 140 |
| Décès des nourrissons nés des mères séropositives admis aux soins intensifs du Centre Hospitalier Universitaire de Zone d'Abomey – Calavi (CHUZ –AC) | Akodjènou J | 141 |
| Paludisme grave chez les migrants en réanimation : à propos de deux cas cliniques au CHU de Cocody (Abidjan-Côte d'Ivoire) | Békoin-Abhé CM | 141 |
| Myélinolyse centro-pontine compliquant la correction rapide d'une hyponatrémie | Bouidir Y | 142 |
| Evaluation de la mortalité infantile au service de réanimation polyvalente du CHU de Cocody (Abidjan-RCI) | Sy K. S | 142 |
| **URGENCES - CATASTROPHES ATTENTATS** | | |
| La place de la crise vaso-occlusive dans les complications aiguës chez les drépanocytaires SC de plus de 40ans suivis au Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose (C.R.L.D). | Dembélé M | 144 |
| Mise en place d'un plan d'afflux massifs de blesses: retour d'expérience de l'Hôpital National de Niamey (NIGER) | Chaibou MS | 144 |
| Acidocétose diabétique aux urgences médicales CHU de Cocody (Abidjan-RCI). | Bedié Y.V | 145 |
| Syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST révélé par une épigastralgie | Konate M | 146 |
| Régression du sus décalage du segment ST d'un syndrome coronarien aigu après administration précoce des anti thrombotiques | Konate M | 146 |
| **COMMUNICATIONS LIBRES** | | |
| Traitement traditionnel des infections sexuellement transmissibles au Mali : Etudes de l'activité biologique de Annona senegalensis et Stachytarpheta angustifolia | Soumaré M | 149 |
| Evaluation de l'activité antiasthmatique et antitussive de Combretum molle | Soumaré M | 149 |
| Prévention de la maladie thromboembolique en chirurgie | Dembélé BT | 150 |
| Comparaison du temps d'induction et du taux d'échec en rachianesthésie entre infirmiers anesthésiste expérimenté et stagiaire | N'Guessan Y.F | 150 |
| Cas clinique: Séparation de jumeaux conjoints symétriques au Bénin, au Burkina Faso, en Guinée et au Niger | Kélan Bertille K | 151 |

| | | |
|---|---|---|
| WASA (Women Anesthesiology Specialists in Africa) : le recrutement des futurs anesthésiologistes en Afrique Sub-Saharienne (ASS) se féminise-t-il ? Conséquences. | Kélan Bertille Ki | 151 |
| Lymphangiome kystique cervical congenital | Traoré H | 152 |
| Anesthésie pour séparation de bébés siamois à Dakar | Ndoye M.D | 152 |
| Acinetobacter baumannii : Épidémiologie et résistance aux antibiotiques | Bouidir Y | 152 |
| Encephalopathy of Gayet Wernicke, a complication of pregnancy vomiting: about a case. | Bouidir Y | 153 |
| Intubation sous-mentonnière en anesthésie-réanimation dans la chirurgie maxillo-faciale | Bouidir Y | 153 |
| Evolution fatale d'une Fistule aorto-oesophagienne après ingestion d'un corps étranger | Traoré AO | 154 |
| Evaluation du risque cardiovasculaire en utilisant le score de risque de Framingham (RSF) basé sur l'IMC | Bâ HO | 154 |

# CONFERENCES ET ATELIERS DU PRE-CONGRES

## Echocardiographie en Réanimation

Dr El Hadj Adama Ba Faye. Email : adamabafaye@hotmail.com

L'échocardiographie en réanimation constitue un élément essentiel de diagnostic et de suivi thérapeutique de nos patients en réanimation.
C'est un outil simple, non invasif, assez reproductif selon l'expérience du praticien qui nous permet d'orienter le diagnostic de certaines pathologies aiguës fréquentes en réanimation comme les états de choc, les détresses respiratoires, l'embolie pulmonaire.

L'intérêt de ce cours est de permettre au réanimateur d'oser l'échographe. Par quelques coupes simples et en moins de dix minutes d'avoir une orientation ou une confirmation diagnostique, de suivre l'évolution et d'évaluer l'efficacité ou non des thérapeutiques.

Il s'agira :

- D'évaluer la fonction systolique du VG
  - Diagnostic et suivi des insuffisances cardiaques aiguës
  - Estimation du débit cardiaque
- D'évaluer les pressions de remplissage du VG
  - Insuffisance cardiaque diastolique
  - OAP, surcharge hydrique
  - Prédictibilité à la Réponse au remplissage vasculaire
- D'évaluer la fonction du VD
  - Fonction systolique
  - Taille : dilatation, septum paradoxal…
- D'évaluer les pressions pulmonaires
  - Diagnostic et suivi des HTAP
  - Suspicion d'embolie pulmonaire grave…
- D'évaluer les valves mitrales, aortiques

Cette formation est essentiellement pratique après une mise au point théorique.

## Intérêt du Doppler Trans-Crânien en Réanimation

Dr El Hadj Adama Ba Faye. Email: adamabafaye@hotmail.com

Le maintien d'un débit sanguin cérébral (DSC) suffisant est un élément fondamental de diminution des lésions ischémiques secondaires chez le patient cérébrolésé.

Le Doppler Trans Crânien (DTC) permet d'évaluer le DSC en mesurant la vélocité au niveau des artères cérébrales.

Il permet de

- de diagnostiquer et d'optimiser le traitement des hypertensions intracrâniennes
- de suivre leur évolution
- de diagnostiquer un état de mort cérébral
- de diagnostiquer un vasospasme au cours des hémorragies méningées.

C'est un examen simple, réalisable sur plus de 80% des patients cérébrolésés.
Formation pratique au lit du patient après quelques rappels théoriques.

## Fast Echographie Pleuro Pulmonaire

**Koita .S.A ;** Hôpital Mère Enfant Le Luxembourg ;
Email : sirimase@yahoo.fr

I-**Introduction** :
L'échographie pleuropulmonaire est une application d'échographie clinique ayant pour but d'améliorer la pertinence diagnostique en matière de médecine d'urgence et de réanimation.
Son intérêt majeur en structure d'urgence réside dans sa facilité de réalisation au lit d'un malade difficile à mobiliser. Sa pertinence diagnostique comparée à l'auscultation ou à la radiographie thoracique standard n'est plus à démontrer à travers nombreuse études.

**II- Contexte et justifications**
La radiographie du thorax est l'examen de routine aux urgences devant tout signe d'appel respiratoire .La Tomodensitométrie thoracique reste le gold standard devant un polytraumatisé ou même un traumatisé isolé du thorax .Ces deux examens restent difficiles à réaliser dans certaines conditions pratiques tel que devant malade instable ou même l'indisponibilité du dit examen. La pratique de l'échographie pleuropulmonaire serait d'un grand apport pour palier à certaines de ces difficultés.

III-**Technique et résultat** :
Elle est réalisée avec une sonde d'échographie à haute fréquence donc de pénétration faible permettant d'explorer les structures superficielles du thorax : Plèvre et le poumon .La sonde est posée perpendiculairement à la paroi entre les cottes et laissant passer l'ultra son. Le thorax est balayé sur toute sa surface à la recherche des lignes **«A»**bien visibles et mobiles en fonction du rythme respiratoire traduisant le glissement pleural d'un poumon normal .Un pneumothorax ou un épanchement pleural liquidien se traduit par une absence de glissement pleural. Les lignes **«B»** en queue de comète dont l'accentuation traduit un poumon engorgé d'eau sont observées surtout en zone déclive .Un œdème aigue du poumon (OAP) donne une accentuation des lignes **«B» .**
IV-**Conclusion** : L'échographie pleuropulmonaire est une application de l'échographie clinique d'urgence. Sa pertinence comparée à l'auscultation ou à la radiographie thoracique n'est plus à démontrer. Sa diffusion via la formation de l'ensemble des médecins généralistes, urgentistes et réanimateurs est une nécessité./.

## Hygiène en échographie pour l'ALR

Mamadou BENGALY – Anesthésiste réanimateur- CHU de Kati

**Résumé :**
Le risque de transmission croisée et de la nécessitée d'un environnement stérile requis en anesthésie locorégionale, font qu'il est recommandé de respecter les mesures d'asepsie pour la sonde échographie.
Avant chaque procédure, les sondes et les câbles doivent être essuyés, nettoyés et désinfectés.
Il est recommandé d'utiliser une gaine de protection unidose lors de l'usage d'une sonde échographie. En absence de perforation ou de déchirure lors du retrait de la protection, que la désinfection de la sonde entre chaque patient soit au minimum celle correspondant a une désinfection de bas niveau. En cas de rupture ou de souillure de la sonde que cette désinfection soit de niveau plus élevé.
A la fin du programme opératoire, de nettoyer la sonde avec un détergent, de la rincer, de la sécher, et de la ranger dans un endroit propre sans oublier le nettoyage de l'ensemble de l'appareil d'échographie.
**Mots clés** : Asepsie, Transmission croisée, Sonde d'échographie, Gaine de protection, Désinfection de bas et haut niveau, Anesthésie locorégionale

## La Sono-anatomie et bloc du membre supérieur

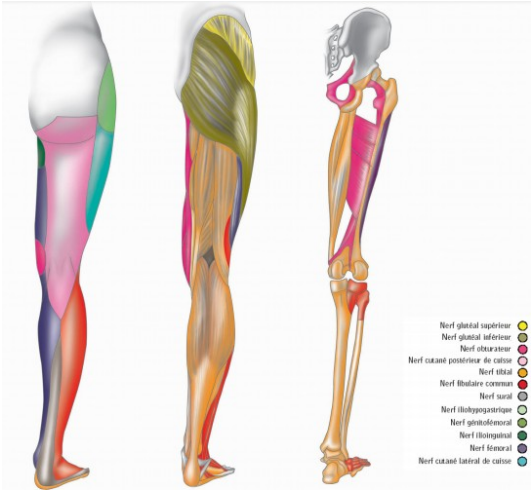
Mamadou BENGALY – Anesthésiste réanimateur- CHU de Kati

**Résumé:**
L'anesthésie locorégionale du plexus brachial ou de ses branches permet de réaliser la majorité des interventions chirurgicales ou algologies du membre supérieur.
L'échographie a profondément modifié cette anesthésie, Plus que montrer les nerfs, elle montre les vaisseaux, les muscles et toutes les structures qu'il faut reconnaitre pour réaliser les différents blocs du plexus brachial (BIS, BSC, BIC, BAX etc..).
Elle a permis de mettre en lumière toutes les variations anatomiques pour chaque patient mais aussi en conduisant a une nouvelle réflexion sur la technique d'abord du plexus et a une réduction importantes des doses injectées des anesthésiques locaux, contribuant ainsi à améliorer la sécurité de ces techniques en anesthésie.
**Mots clés:** Anesthésie locorégionale, Membre supérieur, Plexus brachial, l'échographie, BIS : bloc interscalenique, BSC : bloc supraclaviculaire, BIC : bloc infraclaviculaire, BAX : bloc axillaire

# Sono-anatomie membre inférieur

**Almeimoune A*1,** Mangané M1, Diop Th M1, Kassongué A1, Dembélé AS1, Samaké MB1, Diango MD1.
1Département anesthésie réanimation et de médecine d'urgence du CHU gabriel Toure,

INTRODUCTION: Le 18 mai 1897 à Cliveland (Ohio – Etats-Unis), pour réaliser une amputation de jambe sous anesthésie locale, Georges Crile et ses collaborateurs abordaient par dissection les nerfs sciatiques au pli fessier et fémoral au pli inguinal pour les infiltrer et réalisaient ainsi la première anesthésie tronculaire du membre inférieur [1].[2]. cependant les blocs du membre inférieur ont longtemps été considérés de réalisation difficile, d'efficacité aléatoire, et confinés à quelques équipes « expérimentées ». Depuis une vingtaine d'années, grâce au développement des techniques innovantes de repérage. les blocs au membre inférieur ont connu un formidable essor. Cet engouement a été renforcé par le confort que ces techniques apportent au patient : qualité de l'analgésie, faible incidence des effets adverses comparés à la péridurale APD, moindre recours aux opiacés .
PLEXUS LOMBAIRE.Le plexus lombaire est composé par les branches antérieures des 4 premiers nerfs lombaires (L1, L2, L3, L4) et par une branche anastomosée de T12. Il donne naissance aux nerfs iliohypogastriques (L1), ilio-inguinal (L1), cutané latéral de cuisse (L2), génito-fémoral (L2), obturateur (L2, L3, L4) et fémoral (L2 L3 L4) [7]. ce dernier se divise rapidement en 4 branches. Le nerf musculo-cutané médial : mixte, Le nerf saphène : sensitif, il chemine à la face interne de la cuisse . Les nerfs quadriceps : moteur pour les 4 chefs du quadriceps. Le nerf musculo-cutané externe : mixte,. Nerf cutané latéral de la cuisse Le nerf cutané latéral de cuisse donne deux branches, - une branche fessière qui se dirige vers le grand trochanter - une branche fémorale assurant l'innervation de la région antérieure et externe de cuisse. Nerf obturateur est un nerf mixte constituant une branche terminale du plexus lombaire.



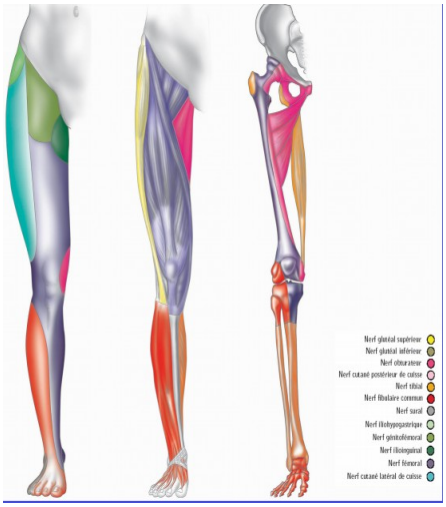
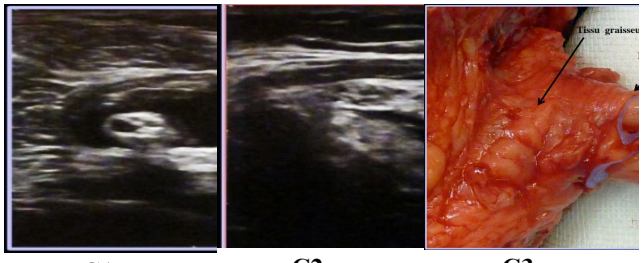




Figure 1: dermatomes, myotomes et sclerotomes MI

Figure 2: Coupe échographique au creux inguinal montrant le nerf fémoral et les structures adjacentes
PLEXUS SACRE : Le nerf sciatique est le plus gros et plus long nerf de l'organisme. Il naît du plexus sacral, formé par de l'union des racines antérieures des 4° et 5° lombaires et des trois premières racines sacrées. Au sortir de la fesse, le nerf chemine à la face postérieure de la cuisse en arrière des muscles adducteurs, encadré par le biceps fémoral et les muscles semi-tendineux et semi-membraneux pour rejoindre le sommet du creux poplité. Au creux poplité.il donne naissance au nerf tibiale et au nerf Le nerf fibulaire commun.




C1 C2 C3

**Figure3:**
C1: Aspect échograhique «coque d'arachide» sciatique poplité
C2: Aspect échograhique en nid d'abeille des nerfs tibiale et fibulaire commun
C3: Dissection anatomique des nerfs tibiale et fibulaire commun

**CONCLUSION:** Le membre inférieur est innervé par les plexus lombaire et sacré. La connaissance anatomique des trajets, rapports et territoires d'innervation est indispensable pour élaborer une procédure de ponction et une stratégie d'anesthésie/analgésie.

92.

## Check-List En Anesthésie

Auteur correspondant : DIOP Thierno Madane
Email :madane.diop@gmail.com

**Résumé :**

**L'objectif** : du présent atelier est de rappeler les principes de sécurité au bloc opératoire en général, et particulièrement la place de la check-list en anesthésie

**Généralités** :

Au cours de ces dernières années, la sécurité anesthésique s'est profondément améliorée. Le taux de décès en rapport avec l'anesthésie a été diminué d'un facteur de 10 en 20 ans entre 1979 et 1999 [1, 2]. Les éléments contributifs à cette amélioration sont multiples mais les gains les plus substantiels sont probablement associés aux innovations techniques (sécurité des respirateurs, moyens de monitorage, techniques d'anesthésie), la macro-organisationnelles (SSPI, consultation d'anesthésie) et surtout **la check-list en anesthésie (CL)** est un élément majeur ayant contribué à l'amélioration de la sécurité anesthésique [3]. Cependant, le risque anesthésique ne représente qu'une part du risque péri-opératoire [4].Tout d'abord, c'est l'utilisation systématique des CL dans l'aviation, a fait la preuve de son efficacité avec une diminution de 50 % des évènements indésirables puis dans l'industrie, ces CL sont un des points-clés des certifications. En médecine, des résultats nettement positifs ont été observés notamment en cardiologie pour les infarctus du myocarde, en neurologie pour les accidents vasculaires cérébraux, ainsi qu'en anesthésie et réanimation. L'arrivée de cette nouvelle procédure pourrait être perçue comme possiblement intrusive ou en tout cas, susceptible de modifier les habitudes installées. Or les causes et facteurs favorisant la survenue des accidents se retrouvent très souvent au niveau des interfaces et des interactions entre les différents groupes d'acteurs, de métiers ou systèmes. Il n'y aura pas de réel progrès concernant la sécurité des patients au bloc opératoire si les différentes disciplines ne se penchent pas sur ces interactions. Les progrès de l'anesthésie en termes de sécurité ne doivent pas nous inciter à nous refermer sur notre propre sécurité et éviter le sentiment qu'un sur centrage sur la spécialité ferait que la discipline se serait plus sûre [5].

**Conclusion :**

Dans un concept de sécurité globale, le défi pour nous est d'intégrer cette nouvelle procédure (check-list) et de participer à son implémentation. Une réelle adaptation de ce que nous faisons actuellement pourra améliorer la sécurité autour de l'intervention.

## Anesthésie pour Césarienne en Urgences: notions de sécurité

Joseph KONE- Anesthésie Réanimation- CSREF Commune V- District de Bamako
Email : drjosephkone@yahoo.fr

**Résumé :**

L'objectif du présent atelier est de rappeler les principes de sécurité au bloc opératoire en général, et particulièrement en anesthésie obstétricale en mettant un accent particulier sur la césarienne d'urgence.

En séance interactive, seront discutés les techniques anesthésiques pour césarienne en urgence, les situations à risque, les procédures et solutions proposées, et les éléments de prévention des évènements indésirables. Il est fortement attendu des participants, un partage d'expérience et une étude de cas pratiques vécus.

La sécurité en anesthésie est une question d'actualité et une démarche qualité d'amélioration des soins. Le développement de techniques et d'équipements a permis la réalisation d'actes chirurgicaux de plus en plus compliqués sur des patients souvent à terrain fragile. De nos jours, les efforts consentis par les chercheurs et praticienshospitaliers ont fait de l'anesthésie une discipline où le niveau de sécurité s'est particulièrement amélioré.

Dans le cadre de la césarienne en urgence, s'impose la mise en place d'une organisation rigoureuse avec l'adoption de protocoles stricts, de contrôles constants et le respect des règles de sécurité.

Plusieurs textes et recommandations d'experts ont mis l'accent sur la nécessité de sécurité dans la pratique de l'anesthésie. Les erreurs médicales ou le facteur humain ont occupé une place importante à la survenue des accidents rapportés.Ainsi plusieurs équipes, outre les mesures périopératoires, ont mis en place un système d'audit tel que l'audit des décès maternels dont le but est de rechercher tous les facteurs directs ou indirects ayant conduit à l'accident.

L'anesthésie pour césarienne avec le contexte de multidisciplinairité, présente un aspect particulier notamment lors des urgences. La prise en compte de la physiologie de la femme enceinte, et le choix des techniques et drogues s'avère une nécessité absolue.

Le choix de la technique d'anesthésie tient compte principalement du degré d'urgence (classification de Lucas), sans oublier le terrain (Hémorragie, Eclampsie, Souffrance fœtale, etc), l'indication opératoire, et le checklist de sécurité.

La formation continue des ressources humaines par des exercices de simulation des événements du bloc opératoire pourrait contribuer à l'intégration de la notion de sécurité à tous les niveaux de la prise en charge en milieu obstétrical.

## Arrêt cardiaque au bloc opératoire

**Auteur correspondant :** Mangane Moustapha Issa ;
Email : mbayemangane@gmail.com

**Résumé :**

La survenue d'un arrêt cardiaque au bloc opératoire est rare et nécessite une organisation en équipe préalablement réfléchie. Le pronostic de l'arrêt cardiaque au bloc opératoire est meilleur que celui de l'arrêt cardiaque extrahospitalier.Les étiologies de l'arrêt cardiaque au bloc opératoire relèvent de la chirurgie et/ou de l'anesthésie.

Trois étiologies dont 2 spécifiques à l'anesthésie doivent être systématiquement évoquées : l'anaphylaxie, l'intoxication aux anesthésiques locaux et l'hyperthermie maligne.Le diagnostic d'arrêt cardiaque au bloc opératoire repose sur le monitorage réglementaire.

La prise en charge symptomatique comporte les éléments fondamentaux de gestion de tout arrêt cardiaque extra- ou Intra-hosptalier, à laquelle s'ajoutent des éléments spécifiques liés au contexte per anesthésique et/ou per-chirurgical.

L'adrénaline reste la molécule de référence, à une posologie de 1 mg tous les 2 cycles de RCP, soit environ toutes les 4 minutes. L'amiodarone doit être administrée en bolus de 300 mg en cas de FV ou TV réfractaire à 3chocs électriques, éventuellement suivie d'un bolus supplémentaire de 150 mg. L'hyperthermie après retour à une activité cardiaque spontanée doit être combattue, les effets bénéfiques de l'hypothermie thérapeutique restant sujets à controverse. L'hyperoxie après retour à une activité cardiaque spontanée semble délétère ; un contrôle de l'oxygénation doit probablement être mis en place précocement. Si la place de l'assistance circulatoire (ECLS) repose sur un rationnel scientifique séduisant, ses indications restent à préciser en cas d'échec de la réanimation cardiopulmonaire conventionnelle.

**Conclusion :** Evénement rare nécessitant une organisation pré établie afin d'optimiser les chances desuccès.La prise en charge symptomatique est similaire à celle de la prise en charge de tout arrêt cardiaque. La mise en œuvre de l'assistance circulatoire doit être précocement discutée au cas par cas de façon raisonnée prenant en compte le terrain sous-jacent après avoir recherchéet traité les causes curables d'arrêt cardiaque

**Mots clés** : arrêt cardiaque – bloc opératoire

**Workshop**

## Ultra sound guided upper limb block in trauma

TALON
Aristide Gabriel Wladimer
Email: atalon@wanadoo.fr

**Résumé.**
La demande de prise en charge pour le traumatisme des membres supérieurs connaît un progression soutenue dans nos différents hôpitaux et le Médecin Anesthésiste Réanimateur est de plus en plus confronté à une réclamation d'Anesthésie Loco-Régionale (ALR). Il est alors indispensable pour nos jeunes collègues de se familiariser à cette pratique sécurisée par guidage échographique en position axillaire et infra-claviculaire.
Nous allons de prime abord réviser l'organisation du plexus brachial et revoir les points les plus importants de sa sono-anatomie. Par la suite les apprenants s'exerceront à localiser les faisceaux et branches nerveux à l'aide d'une sonde linéaire. Ils finiront par effectuer une ponction dans le plan à laide d'un fantôme.

# CONFERENCES

## Situations critiques en obstétrique

**Pr. H Keïta-Meyer**

Service d'Anesthésie-Réanimation Pédiatrique et Obstétricale, Hôpital Necker-Enfants Malades, AP-HP, 149 rue de Sèvres, 75015 Paris

**Résumé**

Les situations critiques sont par définition toutes les situations qui exposent le patient à un grave danger et dont la prise en charge requiert une gestion rapide, efficace et coordonnée. La notion de « situation critique » est encore compliquée par le fait que sa perception et son intensité sont influencées par de multiples variables telles que l'expérience des individus et des équipes, la charge de travail au moment de sa survenue, les ressources à disposition, le diagnostic suspecté, le degré d'urgence, la présence réelle ou perçue d'une menace vitale maternelle et/ou fœtale, etc...

En obstétrique ces situations compliquent jusqu'à 15% des naissances à l'échelle mondial. Selon les estimations les plus récentes, chaque minute, une mère décède pendant sa grossesse ou son accouchement. De manière peu surprenante, la mortalité maternelle et les causes de décès ont une répartition géographique fort différente d'un pays à l'autre. Le risque est en l'occurrence le plus élevé dans les pays d'Afrique subsaharienne, où le taux est estimé à 1 000 décès pour 100 000 naissances, alors que dans les pays occidentaux ce même taux se situe aux alentours de 6,5 à 17 pour 100 000. Cette différence majeure reflète les disparités dans l'accessibilité et dans la qualité des soins à travers le monde et, de plus, elle illustre parfaitement bien le risque fréquent de complications potentielles et de situations «critiques » inhérentes à toute grossesse.

Les trois éléments déterminants de prévention et de gestion des situations critiques en obstétrique sont :

- **l'identification des patientes et des situations à risque** (ex : grossesses avec maladie systémique maternelle, hémorragie du postpartum (HPP), prééclampsie (PE) sévère, éclampsie, césarienne en extrême urgence, embolie amniotique...)

- **la prévention et l'anticipation** (ex : administration préventive d'oxytocine dans le cadre l'HPP ; administration de sulfate de magnésium en cas de PE sévère pour la prévention de l'éclampsie...)

- **la préparation des équipes** (ex : protocoles et algorithmes de prise en charge, préparation et exercice en équipe multidisciplinaire grâce à la simulation in situ, aux staff communs, revue de morbi-mortalité...) Si ces éléments n'ont pas été mis en œuvre, les situations critiques seront mal ou pas prises en charge. Elles contribuent à une morbidité et une mortalité accrue, même chez des femmes jeunes et bien portantes.

## Stratégie diagnostique et thérapeutique de la thrombose veineuse

**BENHAMED Mohammed Amine,**
Professeur en anesthésie-réanimation
Chef de service hospitalo-universitaire à Oran (Algérie)

**Résumé**

Les accidents thrombotiques veineux et les séquelles post thrombotiques représentent une part importante des dépenses de santé avec un coût supérieur à 1 milliard de dollars par an aux États-Unis. Les conditions responsables de la thrombose veineuse sont connues depuis la célèbre triade de Virchow associant la stase sanguine, la lésion de la paroi endothéliale et l'altération de l'équilibre hémostatique.

La chirurgie orthopédique prothétique, la chirurgie en traumatologie et la chirurgie cancérologique sont d'un apport incontesté pour le pronostic vital et fonctionnel ; mais elle n'est pas dénuée de risque, La maladie thromboembolique veineuse (MTEV), sous ses aspects de thrombose veineuse et d'embolie pulmonaire ; en est une complication fréquente et grave.

La prévention systématique de la maladie thromboembolique veineuse (MTEV) est restée, malgré l'abondance de ce sujet dans la littérature de ces 20 dernières années, longtemps absente de nos préoccupations thérapeutiques.

Les études, les enquêtes et les observations sont en nombre exponentiel. Chaque année ramène de nouvelles indications, de nouveaux schémas. Mais, un danger est pourtant présent ; Il est lié à la remarquable littérature sur le sujet, cette foule d'informations nouvelles, la présence de plusieurs molécules, en apparence très proches, mais qui sont très différentes, chacune avec plusieurs dosages, des situations cliniques variables, médicales, chirurgicales, procédurales et des interactions fréquentes avec d'autres antithrombotique, en particulier les agents antiplaquettaires, très largement prescrits, à une population vieillissante.

Les signes cliniques résultent de deux facteurs ; la réaction inflammatoire pariétale et l'obstruction due au caillot.

Il convient d'aborder ici la question de l'estimation de la probabilité clinique dans la mesure où cette question n'a pas été spécifiquement appréhendée préalablement et qu'elle est pourtant essentielle dans l'élaboration des stratégies diagnostiques.

Concernant la TVP, l'estimation de la probabilité clinique (forte, ou faible) a été réalisée au moyen d'un score dit score de Wells, par une équipe canadienne mais aussi par le score de Caprini.

**SAMU dans les pays de l'espace SARAF : défis et perspectives**

**Dr Mamadou Diarrah BEYE**
Professeur titulaire en anesthésie réanimation
Faculté de Médecine Pharmacie et odontologie
Université Cheikh Anta DIOP de Dakar
Directeur du SAMU National du Sénégal

**Résumé**

Les urgences constituent le premier motif de fréquentation des structures sanitaires dans nos régions et les conditions d'accueil sont rarement adaptées et /ou préparées à offrir un accueil et une prise en charge corrects. Les délais d'admission sont également très longs et les modes d'évacuation inexistants voire inadaptés surtout pour les patients graves. La conjonction de ces facteurs explique une surmortalité à tous les niveaux. La prise en charge préhospitalière s'implante de plus en plus dans nos pays avec la naissance de SAMU publics et de structures privées d'urgence pour apporter une réponse aux sollicitations de nos populations et surtout à la demande des pouvoirs publics. Ainsi après la naissance du premier SAMU dans la sous-région ouest africaine, le SAMU de la Côte d'ivoire en 1974, pour la prise en charge des accidents de la circulation, d'autres SAMU ont vu le jour depuis le début des années 2000 dont celui du Bénin, celui du Sénégal, celui du Cameroun, du Gabon, de la République Démocratique du Congo et celui du Niger. Pour la plupart de ces pays, beaucoup d'insuffisances sont encore notées quant à la couverture nationale de l'aide médicale urgente, le déploiement rapide des secours à tous les niveaux, surtout l'organisation d'un modèle adapté à nos besoins en soins d'urgence. Les accidents de la circulation en nette progression dans nos pays, les urgences cardiovasculaires, les urgences obstétricales, entre autres pathologies dont le pronostic dépend de la rapidité de la prise en charge et de l'organisation d'une filière de soins spécifiques, l'aide médicale urgence est une nécessité voire « une urgence » mais doit être réfléchie sur un modèle différent de celui existant dans les pays développés. Dans beaucoup de pays de la sous-région, des centres de cardiologie interventionnelle sont mis en place avec la possibilité de prendre en charge des patients présentant des pathologies coronariennes dont les syndromes coronariens, un bon système de prise en charge préhospitalière permettrait d'intervenir précocement, et d'offrir des possibilités de revascularisation rapide et dans les délais. Moins de 10% des patients ayant présenté un SCA ST+, parviennent à bénéficier d'une coronarographie en urgence à Dakar. Toutes les études menées dans nos pays sur la prise en charge des traumatisés graves, montrent clairement l'impact de l'absence d'une prise en charge préhospitalière adaptée dans la mortalité qui reste très élevée même après admission en réanimation variant entre 40 et 65%. Quel contraste avec la gravité initiale des patients dont près de 41% de détresses neurologiques, près de 50% de choc hémorragique et d'hypoxie.

Le développement d'une régulation médicale adaptée avec toutes les parties prenantes de l'aide médicale urgente (SAMU, Sapeurs pompiers, secteur privé préhospitalier, structures de santé publiques et privées) est une priorité dans nos régions pour mieux organiser les secours et surtout les circuits rapides de prise en charge. Cette régulation médicale pourrait s'appuyer sur un système de transport sanitaire simplifié mais utilisant des paramédicaux bien formés, les pompiers, avec des protocoles de prise en charge simples et peu couteux. La formation de médecins urgentistes doit être, au delà de la mise en place des SAMU, un véritable défi dans nos pays, avec un cursus académique plus clair vers une spécialité médicale reconnue. Parallèlement la capacitation des infirmiers en soins d'urgence pourrait être une alternative en raison du déficit en ressources humaines (médecins généralistes, médecins urgentistes, médecins anesthésistes réanimateurs, etc.) pour relever le niveau des soins dans les structures de santé (Services d'accueil des urgences) mais aussi les équipes d'intervention du SAMU. L'offre de formation en médecine d'urgence encore très faible existe dans quelques pays de la zone SARAF, dont la Côte d'Ivoire, le Sénégal, le Bénin et le Cameroun, mais souvent sous la forme d'un diplôme universitaire. La sensibilisation des populations sur des gestes de secours avec un focus sur l'alerte et l'appel des secours est un véritable chalenge dans nos pays car le manque d'éducation et d'information expliquent un nombre très élevé d'appels « malveillants » qui gênent l'activité des SAMU. Au Sénégal, sur près de trois millions d'appels enregistrés dans les centres de régulation en 2018, avec une moitié d'appels médicaux et parmi ces appels médicaux près de 25% ne relevaient pas de l'urgence. Ces derniers devraient dans leur mission de service public s'investir dans un vaste programme de sensibilisation et de formation aux gestes de premiers secours à tous les niveaux.

**Dispositifs et anesthésiques locaux : quoi de neuf ?**

**Dr Bernard le Polain de Waroux**

Consultant émérite en anesthésiologie
Collaborateur coopération, coordinateur CD3S
Cliniques Universitaires Saint-Luc
Avenue Hippocrate, 10
1200 Bruxelles Belgique

L'évolution des techniques d'ALR s'est faite vers une augmentation de l'efficacité et de la sécurité. Le risque de lésion nerveuse suite à une ALR reste présent même s'il est très peu élevé et est lié le plus souvent à une injection intra-neuronale.
L'échographie permet de mieux visualiser les structures mais le risque de complication n'est pas éliminé, souvent par manque de visualisation de la pointe de l'aiguille par rapport au nerf. Sur les appareils d'échographie actuels, une option permet d'envoyer les ultrasons de biais de telle sorte qu'ils soient perpendiculaires à l'aiguille permettant une meilleure visualisation.
Des aiguilles hyperéchogènes avec repérage de la pointe peuvent nous permettre de mieux déterminer l'emplacement de la pointe. Des systèmes de type GPS nous indiquent si la pointe de l'aiguille est dans les environs du plan de notre sonde ou parfaitement dans le plan. Ce sont des systèmes certainement utiles dans les périodes d'apprentissage. D'autres aides pourraient voir le jour dans un avenir proche : coloration automatique des structures (muscles, tissus graisseux, nerfs…), détermination de l'impédance des tissus traversés, échographie 3D ( ?)….
Le contrôle de la pression d'injection lors de l'ALR permet aussi de limiter le risque d'une injection intra-neuronale ; une pression au-delà de 15 psi est à éviter *;* ceci peut être contrôlé par des systèmes de type 'Bsmart' ou par des systèmes 'simples' de compression dans une seringue.

L'erreur de produit lors de l'injection par interversion de seringues fait aussi l'objet d'attention actuellement.
Un nouveau set de matériel appelé NRfit, comprenant des embouts différents est en train de devenir progressivement la norme.

D'un point de vue des anesthésiques locaux, les études ont porté dans deux directions : produits plus courts pour l'anesthésie rachidienne pour la chirurgie ambulatoire de courte durée et la prolongation de l'effet analgésique pour des chirurgies douloureuses.
Notons la chloroprocaïne normobare et la prilocaïne hyperbare pour la chirurgie ambulatoire. La prilocaïne a l'avantage de n'entrainer que très peu de syndrome neurologique transitoire (comparable à la bupivacaïne).
Dans les produits destinés à prolonger l'analgésie, notons la bupivacaineliposomiale et les adjuvants possibles ( opiacés, clonidine, dexmedétomidine, épinéphrine, dexamétasone IV ou périnerveux… ).
Gardons à l'esprit que toute substance injectée doit avoir prouvé son inocuité sur le tissu nerveux.

**Gestion péri -opératoire des anticoagulants**

**Dr Bernard le Polain de Waroux**

Consultant émérite en anesthésiologie
Collaborateur coopération, coordinateur CD3S
Cliniques Universitaires Saint-Luc
Avenue Hippocrate, 10
1200 Bruxelles Belgique

Lors d'un traumatisme, notre corps va réagir en colmatant la lésion vasculaire par un agglomérat de plaquettes (hémostase primaire) remplacé assez rapidement par un caillot composé de globules rouges enchâssés par de la fibrine (coagulation). Le processus est suivi d'une fibrinolyse pour permettre l'évacuation du caillot.
Les anticoagulants s'adressent donc à cette deuxième phase qui voit la transformation du fibrinogène en fibrine grâce à l'activation des deux voies, intrinsèque et extrinsèque.
Ils ont pour indications principales, la prévention d'embolies en cas de fibrillation ventriculaire, de lésion valvulaire, de thrombophlébite ou d'intervention chirurgicale.
L'arrêt de la thérapie comprend toujours en risque d'embolie pour le patient.
Il sera bon de juger l'intérêt de la suppression et éventuellement la substitution par une héparine de bas poids moléculaire lors de toute intervention : lors d'intervention à faible risque hémorragique (exérèse cutanée, cataracte, endoscopie) les anticoagulants ne seront pas arrêtés.
Les produits 'anciens' comprennent les héparines et héparines à bas poids moléculaires (HBPM) ainsi que les dérivés coumariniques.
Pour les dérivés coumariniques (Acénocoumarol-Sintron®, phenprocoumone- Marcoumar®, Warfarine - Marevan®), si l'intervention comporte un risque hémorragique important, il est classique de les arrêter 5 jours avant la chirurgie et en fonction du risquethrombogène (FA,Valve aortique,thrombose veineuse moins de 3 mois) de remplacer à partir du jour moins 3 par une HBPM une à deux fois par jour. Attention cependant au Marcoumar®, qui doit être arrêté 8 jours avant. Un contrôle de l'INR en dessous de 1,4 indique que la chirurgie peut être réalisée sans risque de saignement. En cas de persistance d'un INR au-delà d'1,5, une dose de vitamine K per os ou IV de

2,5 mg à 5 mg peut être administrée. Le Plasma frais congelé (PFC) peut aussi être administré.
Les nouveaux anticoagulants oraux (NAC0s) sont apparus depuis quelques années sur le marché : principalement le dabigatran ( Pradaxa®), le rivaroxaban ( Xarelto®), l'apixaban (Eliquis®), l'edoxaban ( Lixiana®). On retiendra l'absorption relativement rapide et la durée de demi-vie entre 10 et 17 heures des NACOs et l'élimination rénale du dabigatran,
Le consensus actuel est d'arrêter les NACOsla veille au soir et le matin de l'intervention si la chirurgie comporte un risque faible ou moyen de saignement et 3 jours avant si le risque de saignement est élevé. Ils pourront être repris au minimum 6 heures après la chirurgie. Pour le dabigatran, cependant, en cas de fonction rénale altérée, ces délais devront être prolongés ainsi que pour la neurochirurgie et la chirurgie neuraxiale. Il n'est plus conseillés de substituer par une HBPM.
Les décisions quant à la possibilité de réaliser une chirurgie en urgence dans un environnement africain actuel devront se faire en fonction de multiples éléments : âge du patient et risque d'aggravation en cas de délai, hémoglobine de départ, possibilité de transfusion (sang et plasma frais congelés), disposition de vitamine K et d'HBPM, type de chirurgie, qualité du geste chirurgical.
Depuis peu, des antidotes aux Nacos ont été mis au point: Idarucizumab (Praxbind®) pour le dabigatran, déjà sur le marché, Andexanet pour apixaban, rivaroxaban, edoxabanheparine et LMWH, Ciraparantag pour tous les NACOs. Ces deux derniers sont encore à l'étude.
Malheureusement les couts sont prohibitifs (Praxbind : 2600 euros pour deux flacons)
L'acide tranexamique (Exacyl®) dont le coût est peu élevé devrait faire partie des médicaments indispensables dans tout centre qui fait de la chirurgie à risque hémorragique..

Quant à la prévention lors d'intervention potentiellement thrombogène, les directives actuelles sont moins strictes et dépendent du patient, du type de chirurgie, de la mobilisation rapide possible…
En cas d'ALR, il faudra mettre en balance les risques d'un hématome par rapport aux bénéfices de l'ALR. Ceci concerne principalement l'anesthésie péridurale avec placement de cathéter. A noter que le retrait d'un cathéter péridural en post opératoire doit aussi se faire à distance des injections d'HBPM.

*Regional Anaesthesia in the patient receiving antithrombotic and thrombolytic therapy, Horlocker, Reg Anesth Pain Med 2018;43: 263-309*

**Quoi de neuf en anesthésie pour une cure chirurgicale des valvulopathies mitrale et aortique ?**

**Dr BougleAdrien**
Département d'Anesthésie et de Réanimation
Hôpital Universitaire La Pitié – Salpêtrière
APHP. Sorbonne Université

**Résumé**
En chirurgie valvulaire cardiaque, le développement des techniques chirurgicales minimalement invasives allant de la mini-sternotomie basse conservatrice du manubrium sternal à la mini-thoracotomie droite vidéo-assistée en passant par les approches totalement percutanée ou trans-apicale permet de proposer à la majorité des patients atteints d'une pathologie chirurgicale une prise en charge adaptée à leur condition clinique. Sur le plan anesthésique, les nouvelles approches de réhabilitation améliorée après chirurgie cardiaque reposant sur une gestion raisonnée de l'anémie pré opératoire et de la transfusion per opératoire, une analgésie multi modale et une mobilisation précoce pourraient améliorer significativement le pronostic de ces patients.

**Anesthésie– Réanimation pour chirurgie de l'aorte**
**Dr BougleAdrien**

**Résumé**
La chirurgie de l'aorte descendante concerne essentiellement les anévrysmes thoraco-abdominaux. Le clampage aortique au-delà de l'artère sous-clavière gauche a deux conséquences majeures qui commandent toute la prise en charge anesthésique : en amont, une hypertension artérielle dans un lit vasculaire amputé des deux tiers de son volume ; en aval, un effondrement de la pression de perfusion et une absence de perfusion des organes. Le clampage aortique se traduit donc par une incidence importante de décompensation cardiaque gauche, d'ischémie médullaire, d'insuffisance rénale, d'ischémie digestive et d'acidose métabolique, quand le déclampage est associé à une hypotension sévère. Le retentissement cardiaque du clampage et les importantes variations de volume nécessitent donc un monitorage multimodal permettant au médecin anesthésiste-réanimateur de déceler précocement ces complications et d'y faire face.

**Agitation postopératoire chez un sujet de 70 ans opéré d'occlusion intestinale aiguë : comment dois-je faire la prise en charge.**

**Pr KABORO Mignagnal**
N'Djamena Tchad
ADJOUGOULTA KDB[1],
OSOMAL A.
Hôpital Général de Référence Nationale de N'Djamena (TCHAD)

**Introduction**

L'agitation postopératoire chez un sujet âgé opéré d'une occlusion intestinale aiguë, est une situation pathologique qui n'est pas rare quand on sait que l'occlusion intestinale aiguë est une affection fréquente et que le nombre de sujets de 70 ans ou plus est en augmentation aussi en Afrique. Le praticien de l'anesthésie fera donc de plus en plus face à cette situation. Il ne s'agit pas d'un état qui est dû à la douleur seule comme c'est le cas très souvent chez les adultes. Compte-tenu des comorbidités associées que les sujets âgés de 70 ans présentent souvent et des modifications physiologiques et pharmacologiques liées à leur âge avancé. La prise en charge de l'agitation postopératoire qui survient chez le sujet âgé dans le cadre du syndrome confusionnel doit être préventive si possible car le traitement curatif peut être un pis-aller.

**Cherche à connaître comment l'anamnèse et l'examen clinique ont été menés en urgence**

Du fait du terrain particulier que constitue le sujet âgé, l'évaluation en urgence par l'anamnèse et l'examen clinique devrait être faite à la recherche : du risque de confusion postopératoire, de l'ensemble des antécédents et des comorbidités somatiques et psychologiques, des douleurs chroniques, de l'anémie, etc. Est-ce que le syndrome de fragilité a été trouvé par la découverte de la notion d'asthénie, de ralentissement de la vitesse de la marche et d'amaigrissement récent. Les médicaments à risque de confusion postopératoire tels que les benzodiazépines à demi-vie longue, les antidépresseurs tricycliques, les antihistaminiques, les neuroleptiques, les morphiniques…, ont-ils été recherchés ? Chercher si la notion de l'anxiété a trouvée.

**Chercher à connaître comment la mise en condition du sujet âgé a été menée .**

Dans le but d'éviter un délire ou une agitation en postopératoire, est-ce-que la correction d'une déshydratation due à la formation du troisième secteur liquidien dans le tube digestif et celle d'une anémie ont été faites ? Est-ce-que l'anxiété a été notée et une approche non médicamenteuse (information simple et explication rassurante), permettant de la réduire a été réalisée ? Lorsqu'une prémédication pharmacologique a été nécessaire pour éviter une majoration de l'anxiété préopératoire et le syndrome de sevrage en cas d'épilepsie, a-t-on évité l'hydroxyzine, la gabapentine et la prégabaline, pour privilégier une benzodiazépine à demi-vie courte telle que le midazolam.

**En période peropératoire**

A-t-o n lutté contre l'hypotension qui est un effet indésirable commun et fréquent de l'anesthésie car elle peut être associée chez le sujet âgé à une morbidité et une mortalité postopératoire si elle a duré. L'utilisation d'un seuil de PAM et non la PAS, a-t-elle été réalisée car elle est proche de la pression aortique. La diurèse horaire qui est un bon élément de surveillance de l'hydratation en zone déshéritée a-t-elle été assurée ? Les médicaments d'anesthésie conseillés qui sont surtout l'étomidate et le desflurane comme hypnotiques, le remifentanil comme morphinique et le rocuronium comme curare ont été utilisés ? L'atropine qui est un anticholinergique a-t-elle été évitée ? Tout produit à demi-vie longue a-t-il été évité?

**En postopératoire**

Si en pré et peropératoire, la prise en charge a été bien menée et qu'on se trouve devant une agitation postopératoire, Il faut assurer une surveillance horaire des paramètres vitaux et rechercher une hypoglycémie, un globe vésical et une hypothermie qu'il faut traiter. Il faut une titration de l'analgésique et de sédatif si c'est nécessaire car l'analgésie et la sédation profondes sont délétères. La contention doit être évitée. La présence de la famille aux côtés du malade doit être permise. En cas de confusion il faut chercher les facteurs favorisants et la cause directe, et les traiter pour en limiter l'intensité et la durée. En cas de persistance de l'agitation postopératoire au-delà de 48 heures il faudra faire appel à un psychiatre.

**Conclusion.**

L'agitation postopératoire du sujet âgé mal prise en charge peut conduire au décès. Tout ce qui peut favoriser son apparition doit être doit être cherché et prévenu ou traité.

## ALR et réhabilitation postopératoire

**Otiobanda Gilbert Fabrice, MCA**
Maitre de conférences agrégé
Faculté des Sciences de la santé,
Université Marien NGOUABI, Brazzaville
Centre Hospitalier Universitaire, Brazzaville (Congo)

**Résumé**
La « Réhabilitation postopératoire » est un concept multidisciplinaire visant à favoriser la récupération rapide des capacités physiques et psychiques antérieures du patient opéré. Ce concept développé dans les années 1990 par Henrik Kehlet est désigné actuellement sous plusieurs termes : « Réhabilitation améliorée », « Réhabilitation précoce», « Réhabilitation rapide », « Fast Track Surgery » ou « Enhanced Recovery After Surgery » chez les anglo-saxons. Elle vise a améliorer et accélérer la convalescence postopératoire, raccourcir la durée d'hospitalisation tout en préservant voir en en améliorant la qualité des soins, la qualité de vie et le niveau d'autonomie, permettant ainsi de diminuer la morbi-mortalité postopératoire.
Cette réhabilitation postopératoire repose sur l'analgésie multimodale efficace limitant le recours aux opioïdes et diminuant les effets indésirables, l'alimentation orale précoce, le retrait rapide des cathéters, drains sondes, la mobilisation précoce des patients, la prévention des nausées et vomissements. L'anesthésie locorégionale (ALR) occupe une place importante dans le concept de réhabilitation postopératoire car elle rentre dans le cadre d'une stratégie analgésique multimodale. L'ALR quelque soit la chirurgie, est la technique d'analgésie périopératoire la plus efficace. Ceci permet d'améliorer le pronostic chirurgical en diminuant les complications, en améliorant l'évolution fonctionnelle et en diminuant la durée d'hospitalisation permettant d'accroître la satisfaction des patients.
Plusieurs techniques d'ALR sont utilisées pour la réhabilitation précoce: les anesthésiques locaux (AL) administrés en périnerveux, les ALR centrales comme la péridurale thoracique ou lombaire, les ALR de paroi comme le transversus abdominis plane block (TAP block), la lidocaïne par voie systémique, les blocks nerveux périphériques continus.
Ce concept s'est surtout bien développé dans la chirurgie traumato-orthopédique, colorectale, thoracique et gynéco-obstétricale. La réhabilitation postopératoire associe une collaboration multidisciplinaire entre anesthésistes, chirurgiens, nutritionnistes, kinésithérapeutes, aussi la participation active des équipes paramédicales et du patient lui même sont primordiales.

## Comment introduire la simulation dans un curriculum de formation en Anesthésie-Réanimation Obstétricale ?

**Pr Ahmed Rhassane EL ADIB** , Professeur d'Anesthsie, Réanimation et Médecine d'Urgence à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech. E -mail : ah.eladib@uca.ma

Les anesthésistes-réanimateurs africains sont régulièrement confrontés à des situations extrêmement critiques en obstétrique, aux conséquences maternelles et néonatales potentiellement dramatiques. Ce sont des situations ou les facteurs humains sont également déterminants et nécessitent une prise en charge multidisciplinaire efficace par du personnel bien entrainé et expérimenté.

La simulation permet une pratique régulière et répétée de ces situations sans risque pour la patiente en donnant la possibilité aux apprenants d'analyser en groupe leurs performances.

Les preuves de l'efficacité de la formation par simulation en obstétrique ont été démontrés depuis le départ, Mme Du Coudray, sage-femme sous le règne du roi Louis XV, a inventé un simulateur d'accouchement, avec lequel elle a sillonné la France pour former les sages-femmes, permettant ainsi la diminution parallèle de la mortalité maternelle et néonatale à travers le pays.

Actuellement, la simulation s'est imposée comme méthode pédagogique incontournable pour améliorer les connaissances, les compétences techniques et/ou non techniques (comme la communication interprofessionnelle). L'enseignement par simulation propose une nouvelle forme d'apprentissage par rapport à l'enseignement habituel.

Cet enseignement est actif, effectué par l'apprenant, permettant l'immersion dans un environnement recréant tout ou partie du monde réel et favorisant ainsi l'intégration de connaissances, d'habiletés techniques et comportementales en un court laps de temps. Il permet aussi de donner l'opportunité de réfléchir sur sa propre performance (pratique réflexive, feedback et débriefing). Il n'existe pas de risque pour les patientes, et la pratique peut ainsi être standardisée, régulière et répétée pour des situations obstétricales rares ou fréquentes avec un enseignement du travail d'équipe.

Nous allons décrire les différentes techniques de simulation en anesthésie et réanimation en obstétrique et proposer des pistes adaptées à nos contextes pour l'introduire comme modalité importante de formation et de sécurisation des pratiques.

**Faut-il des Trauma center en Afrique au sud du Sahara ?**

Pr Ayé Y Dénis [1], Service d'Anesthésie-Réanimation, CHU d'Angré, Abidjan
ayeci@yahoo.fr
Pr Amonkou Antoine Akpo[2] Service d'Anesthésie-Réanimation, CHU de Yopougon, Abidjan

**Résumé :**

**Introduction :**

Les changements culturels et socio-économiques engendrent une modification du profil épidémiologique des grands problèmes de santé publique auxquels doivent faire face bon nombre de pays de l'Afrique au sud du Sahara. Ces nouveaux défis de santé publique tendent à mettre en avant outre les maladies cardiovasculaires, les menaces liées à l'accidentologie, à l'instar des pays développés. Le nombre de décès dus à des accidents de la circulation ne cessent régulièrement d'augmenter au fil des années(1).

L'expérience des pays Anglo-Saxons face à ces problèmes de traumatologie grave a montré l'impact positif d'une optimisation de la filière des soins pour leur prise en charge, avec la mise en place de trauma center ou de trauma systèmes à partir des années 1970(2).

Face aux mêmes défis dans nos pays d'Afrique au sud du Sahara, la question de l'opportunité de la mise en place de trauma center émerge.

Nous aborderons dans cet article un état des lieux des problèmes de sécurité routière en Afrique au sud du Sahara puis nous envisagerons quelques pistes de solutions.

**Epidémiologie des traumatismes graves**

Les traumatismes graves, résultant principalement des accidents de la voie publique constituent la majeure cause de décès chez les moins de 40 ans, aussi bien chez les pays développés qu'en Afrique au sud du Sahara(3)(4)(1). Les projections de l'OMS à l'horizon 2020 prévoient une augmentation de l'incidence de ces traumatismes. Et cette situation est plus préoccupante en Afrique ou Plus de la moitié des victimes de la route sont des usagers de la route vulnérables: piétons, cyclistes et motocyclistes.

En Côte d'Ivoire, l'Office pour la Sécurité routière (OSER) a enregistré en 2017, 11743 accidents de la route avec 1275 décès(5).

En outre le terrorisme et les conflits nés dans bon nombre de régions du continent engendrent des traumatismes de natures diverses : balistiques, brulures, blasts etc…

La morbi-mortalité attachée à ces traumatismes reste élevée, en raison principalement d'une prise en charge inadaptée ou non conforme aux meilleurs pratiques, dans ses moyens et dans son organisation (4).

**Facteurs influençant le pronostic des victimes de traumatismes graves**

Au cours des traumatismes graves, les décès survenant sur le site de l'accident le sont généralement durant la première heure suivant celui-ci. D'où la nécessité de la précocité de la prise en charge. Certains auteurs l'ont cadré avec la notion de « golden hour »(3). Ces décès sont le plus souvent en rapport avec les hémorragies et les dommages neurologiques graves(6). Des facteurs comme l'hypothermie et les états d'acidose sont apparus comme des facteurs aggravant le pronostic (7).

L'identification de ces facteurs pose les principes d'une prise en charge optimale basée sur la précocité, l'efficacité, la rationalité etc… Ces principes nécessitent la mise en place d'une filière de prise en charge organisée et éprouvée depuis la phase préhospitalière jusqu'à la prise en charge définitive dans un centre adapté.

**Le trauma centers et leur impact sur la prise en charge des traumatisés graves.**

En traumatologie, la médecine militaire depuis la deuxième guerre mondiale et la guerre du Viêt-Nam a beaucoup apporté à la médecine civile. En effet c'est au sortir de ces guerres qu'à partir des années 70, des médecins américains, à partir d'expériences acquises au cours de ces campagnes ont commencé à repenser la prise en charge des traumatisés grave(2). La réorganisation de la prise en charge des traumatisés visait à améliorer l'efficacité et adapter les ressources au nombre croissant de blessés. Il s'agissait d'amener les blessés graves vers les centres dotés de moyens et de l'expertise nécessaires capables d'optimiser les chances de guérison de ceux-ci. Aux Etats Unis, cette organisation met en lumière les «traumacenters » intégrés dans une filière de soins en réseaux ou « trauma system », sous la supervision et l'expertise de l'American College of Surgeon Committee on Trauma(8). Ces « traumacenters » sont organisés à 4 niveaux [tableau 1]. Des directives sur les tri des traumatisés, des protocoles strictes permettent de réguler le flux des malades entre les différents niveaux(9).

La situation est différente en France où le SAMU joue un rôle important dans l'évaluation et l'orientation du blessé vers l'hôpital approprié (10).

L'évaluation de l'apport des « traumacenters » dans la prise en charge des traumatisés graves a montré son efficacité, avec un impact favorable sur le devenir des patients et une diminution de la mortalité(11)(12)(13)(14)(15).

**Quels schémas en Afrique au sud du Sahara**

Les caractéristiques principales des systèmes de santé des pays d'Afrique au su du Sahara sont leurs ressources limitées, leurs manques de performance.

Toute fois autant la mortalité maternelle constitue une préoccupation majeure de santé publique dans ces pays autant la traumatologie routière engendre aussi un problème important de santé publique. Or la riposte face à la mortalité maternelle élevée a engendré des schémas de prise en charge tels que les « soins obstétricaux et nataux d'urgence » (SONU) qui connaissent un impact d'amélioration perceptible dans certains pays comme le Sénégal.

Cet exemple par analogie devrait inspirer un schéma de prise en charge tendant à mettre en place une filière de

soins, visant à maximiser l'organisation des ressources limitées et optimiser la prise en charge des blessés.
Les ressources nécessaires : un plateau technique adéquat, des moyens humains avec des programmes de formation, des moyens logistiques, des moyens de communication et une organisation avec protocoles intégrant efficacement tous ces moyens.

**Conclusion**

Nos populations sub-sahariennes paient un lourd tribut à la pathologie liée à la traumatologie routière qui est un véritable problème de santé publique.
Pour faire face à ce fléau des temps modernes, des centres dédiés « traumcenters » ont fait la preuve de leur efficacité.
A l'instar des programmes de promotion de réduction du décès maternel, la traumatologie devraient bénéficier de programmes spécifiques tendant à promouvoir des organisations ou des réseaux pour leur prise en charge efficace, au niveau local, régional ou sous – régional.
Chaque collectivité devrait évaluer ses besoins réels en matière de soins traumatologiques, en mettant l'accent sur une approche systémique.

**Références:**

1. Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde 2018 - résumé. Genève -Organisation.pdf.
2. Current concepts in trauma _cmaj00199-0035.pdf.
3. Sauaia A, Moore FA, Moore EE, Moser KS, Brennan R, Read RA, et al. Epidemiology of Trauma Deaths: A Reassessment. J Trauma Inj Infect Crit Care. 1995 Feb;38(2):185–93.
4. Epidemiology of trauma deaths. - PubMed - NCBI. :2.
5. Côte d'Ivoire _ Selon l'Office de Sécurité Routière (OSER), les accidents ont fait 1275 morts en 2017 - AKODY NEWS.pdf.
6. Acosta JA, Yang JC, Winchell RJ, Simons RK, Fortlage DA, Hollingsworth-Fridlund P, et al. Lethal Injuries and Time to Death in a Level I Trauma Center 1 1The views expressed in this article are those of the author(s) and do not reflect the official policy or position of the Department of the Navy, Department of Defense, nor the U.S. Government. J Am Coll Surg. 1998 May;186(5):528–33.
7. The value of trauma centres: a methodologic review. - PubMed - NCBI. :1.
8. American College of Surgeons, Committee on Trauma. Resources for optimal care of the injured patient. Chicago, Ill.: American College of Surgeons, Committee on Trauma; 2014.
9. Guidelines for Field Triage of Injured Patients: Recommendations of the National Expert Panel on Field Triage. PEDIATRICS. 2009 Apr 1;123(4):1252–1252.
10. Filières de soins en traumatologie_1011-Reanimation-Vol19-N7-p671_676.pdf.
11. Tran A, Matar M, Lampron J, Steyerberg E, Vaillancourt C, Taljaard M. Outcome variation among Canadian trauma centres: toward a clinical prediction rule for standardizing approaches to clinical assessment of hemorrhage. Can J Surg. 2017 Oct 1;60(5):E3–4.
12. Tran A, Matar M, Lampron J, Steyerberg E, Vaillancourt C, Taljaard M. Outcome variation among Canadian trauma centres: toward a clinical prediction rule for standardizing approaches to clinical assessment of hemorrhage. Can J Surg. 2017 Oct 1;60(5):E3–4.
13 Effects of Trauma Center Designation and Trauma Volume on Out come_20051000s00006p512.pdf.
14.Trauma care – a participant observer study of trauma centers at Delhi _12262_2009_Article_37.pdf.
15.Current trauma care system and trauma care training in China.pdf.

## Paludisme grave en réanimation

F. Binam*, R. Hentchoya*, C. E. T. Binam Bikoi*

**Résumé**

Le paludisme grave est un problème majeur de santé publique en Afrique avec 93% des décès liés au paludisme. Dans le monde, plus de 80 % des décès sont concentrés dans 17 pays d'Afrique et en Inde ; les pays non endémiques sont exposés au paludisme grave d'importation potentiellement mortel sans soins. Des cinq familles de plasmodium infestant l'homme le *Plasmodium falciparum* avec 99 % des cas en Afrique est le plus concerné, mais aussi *P. vivax*: (Amériques 64 % des cas), *P. knwolesi(*Asie du sud-est). La physiopathologie fait interagir essentiellement les mécanismes de l'altération de la barrière hémato encéphalique avec œdème cérébral vasogénique) les troubles mécaniques par séquestration *des hématies parasitées,* les mécanismes humoraux. Le diagnostic repose sur l'identification de *Plasmodium dans les hématies à l'aide de* frottis ou de la goutte épaisse et sur la présence d'au moins un des critères cliniques ou biologiques de gravité définis par l'OMS en 2000 chez l'adulte et chez l'enfant. **Le traitement est basé sur l'utilisation des schizonticides.** La quinine intraveineuse demeure la molécule de l'urgence : à la dose de charge recommandée par l'OMS 24 mg/kg/j chez l'adulte et chez l'enfant, indépendamment de la zone géographique. En cas de résistance (forêts d'Asie du sud-est et Amazonie), la doxycycline est associée à la dose de 100 à 200 mg selon l'âge de 8 et 12 ans sur 7 jours. La supériorité du traitement par artésunate sur le traitement par la quinine pour la prise en charge des accès palustres à P. falciparum est confirmée avec une réduction de la mortalité et la diminution des épisodes d'hypoglycémie. L'artéméther (Paluther®) peut être utilisé dans des régions peu médicalisées, pour son mode d'administration par voie IM. Les accès graves à *P. vivax* et à *P. knwolesi* sont traités comme les accès graves à *P. falciparum*. Surveiller l'évolution des signes, la quininémie (normale entre 10 et 15 mg/l ), risque de cardiotoxicité asi > à 20 mg/l. surveiller les effets secondaires de l'artésunate notamment anémie hémolytique.

**Mots clés :** Paludisme, grave, Réanimation, plasmodiums dysfunction Clinique et /ou biologique schizonticides

*Cameroun Centre Médical UCA

## Traumatisme crânien grave : indications et prise en charge.

**Professeur Oumar Diallo**
Mahamadou Dama, Oumar Coulibaly, Daouda Sissoko, Drissa Kanikomo
Service de Neurochirurgie- Hôpital du Mali
Bamako

**Introduction :** le traumatisme crânien Grave résulte d'une lésion physique du tissu cérébral qui altère de façon transitoire ou définitive la fonction cérébrale.
Il s'agit d'une affection grave responsable de 5 million de décès par an, 9% des décès mondiaux et 10 million de handicapés à vie.
Le diagnostic est suspecté cliniquement la prise en charge est multidisciplinaire associant urgentistes, réanimateurs, neuroradiologues et neurochirurgies, rééducateurs.
La prise en charge doit être optimale associant les différents acteurs. Les indications neurochirurgicales sont fonctions de l'imagerie allant de la craniotomie décompressive à l'ablation d'un hématome intracrânien. Le pronostic fonctionnel dépendra du degré de souffrance cérébrale
**Mots clés :** traumatisme - crânien – grave - neurochirurgie

**Gestion des voies aériennes en obstétrique**

**Professeur Elisabeth DIOUF**
Titulaire de la chaire d'anesthésie-réanimation à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie (FMPO) de l'UCAD
Chef du service d'anesthésie-réanimation du CHU Aristide le Dantec de Dakar
BP 15264, Dakar-Fann, Sénégal

**Résumé**
La gestion des voies aériennes en obstétrique demeure un défi pour l'anesthésiste-réanimateur En effet, du fait des modifications physiologiques liées à la grossesse, la réalisation d'une anesthésie générale chez une parturiente expose celle-ci à un risque accru de complications respiratoires peropératoires : désaturation précoce, réduction du diamètre de la filière pharyngolaryngée ; la difficulté d'intubation est responsable de complications majeures que sont l'inhalation pulmonaire du liquide gastrique, l'anoxie cérébrale et le décès,. Ce risque est d'autant plus élevé dans le contexte d'urgence, voire d'extrême urgence et en présence de comorbidités ou de pathologies comme l'obésité ou la prééclampsie qui majorent les risques de difficultés de gestion des voies aériennes. Ces parturientes présentent parfois une contre-indication absolue à la réalisation d'une rachianesthésie du fait de troubles de l'hémostase débutant. Parfois, il s'agit de l'échec d'une analgésie péridurale. La souffrance fœtale est au premier plan. C'est dans ces circonstances obstétricales qu'a été décrite la majorité des accidents d'anesthésie liés au contrôle des VAS. Le développement de l'anesthésie locorégionale a permis de réduire le nombre d'anesthésies générales en obstétrique y compris dans les pays en développement où plus de la moitié des césariennes qu'elles soient programmées ou en urgence, sont réalisées sous rachianesthésie. Les données de la littérature sont discordantes quant à l'incidence de l'intubation difficile en obstétrique mais selon la plupart des études, elle est plus importante que dans la population générale. Pour limiter le risque d'une gestion difficile des voies aériennes et ses conséquences en obstétrique, il est primordial et capital, en plus de privilégier les techniques d'anesthésie/analgésie locorégionale chaque fois que possible, de réaliser une évaluation soigneuse et répétée des critères d'intubation et de ventilation difficile, de prévenir systématiquement le syndrome de Mendelson par une prophylaxie médicamenteuse, et d'avoir le matériel adapté et des algorithmes de prise en charge de l'intubation difficile dans les services.

**Enfant enrhumé à endormir (anesthésier) pour urgence digestive : quelle stratégie de conduite anesthésique ?**

**Professeur Dembélé Aladji Seidou**
Maitre de Conférences Agrégé,
Anesthésie Réanimation
Faculté de Médecine et et d'Odontologie (FMOS)-Bamako Mali

**Résumé :**
La rhinopharyngite est une pathologie très fréquente chez l'enfant. La présence d'une infection des voies aériennes supérieures majore de façon significative le risque de complications respiratoires susceptibles d'émailler les différentes étapes de l'anesthésie d'un enfant. Leur évolution est habituellement favorable, cependant elles peuvent mettre le pronostic vital en danger. Pour une meilleure prise en charge anesthésiologique il convient de préciser leur nature, les circonstances favorisantes, les mesures préventives et les traitements spécifiques. Il s'agira aussi de guider et d'argumenter l'analyse individuelle bénéfice–risque qui conduit ou non à récuser l'enfant enrhumé.
En pratique il s'agira de réduire les secrétions bronchiques tout en limitant les stimulations des VAS hyper-réactives. Le choix de la technique de contrôle des VAS est déterminant avec l'utilisation croissante du masque laryngé et sa controverse persistante.

**Mots clés :** Anesthésie, Enfant, Infection des voies aériennes supérieures

## Interactions entre les forces de sécurité et les secours lors de nombreuses victimes en cas d'attentats ; nouvelles doctrines
### *Docteur Alain Puidupin and coll*

Puidupin A, EdjoNkilly G, Oukoue Ondo R, MayegueAnani U, Cazes N, Abriat A, PuidupinD, Puidupin M, Tchoua R

Les attentats sont des agressions brutales, coordonnées ou isolées, destinées à faire le plus possiblede victimes dans le but de frapper l'opinion et de déstabiliser l'Etat. L'enjeu humanitaire pour les forces de sécurité et des secours est de sauver le plus de personnes menacées ou victimes, en limitant au maximum leurs pertes. En cas d'agression collective, les forces de défense et de sécurité ont pour mission de circonscrire la menace armée, et de neutraliser les assaillants en protégeant les victimes et les impliqués. Les secours cherchent à extraire de la zone d'agression les victimes et les impliqués en effectuant si nécessaire des gestes de survie. Après un triage permettant d'identifier les blessés prioritaires, les équipes médicales assurent leur mise en condition d'évacuation et l'ensemble des transports est régulépour optimiser l'offre de soins. Lors de l'engagement, la conduite des actions est donnée au commandant des opérations de police et de gendarmerie (COPG) qui délimite les zones d'évolution des secours et des équipes médicales. La coordination des acteurs vise la mise en sécurité et la délivrance des soins aux victimes dans les meilleurs délais. Le COPG en lien avec le commandant des opérations de secours (COS) et le directeur des secours médicaux (DSM), détermine la tactique permettant de neutraliser les assaillants et d'accéder plus rapidement aux blessés. L'établissement d'une doctrine opérationnelle partagée fixe le rôle et le champ d'action de chacun. Le décloisonnement des missions permet aux opérateurs de sécurité d'initier l'extraction en effectuant éventuellement des gestes de survie, tandis que les secouristes et équipes médicales sont préparées à agir en respectant des règles de protection individuelles. La préparation au sein de chaque spécialité aboutit à des exercices de mise en situation. Les modèles d'entraînement utilisés pour la mise en condition avant projection des unités militaires peuvent servir de référence.

## Organisation des secours médicaux et nouveaux concepts de triage
### Docteur Alain Puidupin and coll

Puidupin A, EdjoNkilly G, Oukoue Ondo R, MayegueAnani U, Cazes N, Abriat A, Puidupin D, Puidupin M, Tchoua R

La mise en œuvre de la réponse sanitaire préhospitalière à une urgence collective s'inscrit dans une logique de coopération avec les services de secours et les forces de l'ordre dans le seul but « d'éviter les morts évitables ».Le damage control est la doctrine qui inspire l'organisation des secours médicaux en traumatologie et se caractérise par une prise en charge globale, cohérente, multidisciplinaire d'un traumatisé grave depuis le préhospitalier jusqu'au bloc opératoire avec le souci constant de lutter contre les éléments de la triade létale : hypothermie, acidose, troubles de la coagulation.Le damage control s'appuie d'une part sur les acteurs de terrain en capacité d'effectuer des gestes d'hémostase externe et, d'autre part, sur une organisation basée sur le triage permettant de prioriser les blessés nécessitant une chirurgie urgente.Le triage est un acte médico-organisationnel dynamique qui s'inscrit tout au long de la chaîne visant à établir les priorités de traitement lors de la prise en charge d'un afflux de blessés. Le triage est la procédure opérationnelle qui permet d'organiser un afflux. Les nouveaux concepts distinguent différents types de situations et simplifient les opérations de triage. Un afflux est qualifié de limité lorsque la prise en charge des victimes peut être absorbée par le système de soins, saturant lorsque la capacité de répondre à la demande de soins immédiats est temporairement dépassée et massif quand les moyens de soins sont durablement dépassés en raison d'un nombre très important de blessés. La catégorisation est l'outil qui permet de répartir les victimes en groupes homogènes selon le niveau d'urgence chirurgicale pour préserver au mieux le pronostic vital et fonctionnel du plus grand nombre. En pratique, l'organisation du triage suit un processus de répartition en groupes « 2 + 1 ». Les blessés dont la gravité est évidente relèvent d'un choix de priorité binaire tandis que les blessés a priori légers sont regroupés de manière à ne pas ralentir la chaîne de prise en charge des urgences. Un code couleur, sur des fiches ou des bracelets, rend compte de ces principes de catégorisation et sont, par ordre de priorité : rouge, jaune et vert. La régulation médicalea pour but la délivrance du « juste soin » en s'appuyant sur la catégorisation pour organiser les flux de manière à ce que le plus grand nombre de blessés puisse bénéficier du parcours de soins spécialisé que requiert la stratégie du damage control.La qualité de l'information est essentielle pour que les acteurs de la régulation médicale puissent échanger de manière fluide les informations ciblées et utiles. Les descriptions de blessés doivent être simples, au mieux standardisées.

# Anesthésie-réanimation des péritonites postopératoires

**Pr Jean Marcel MANDJI LAWSON[1], Ghislain EDJO NKILLY[2]**

1. Hôpital d'Instruction des Armées d'Akanda, Libreville Gabon
2. Hôpital d'Instruction des Armées BONGO ODIMBA, Libreville Gabon

**Introduction :** Les péritonites postopératoires (PPO) correspondent à des péritonites nosocomiales secondaires et tertiaires, et se définissent comme des péritonites survenant suites à des gestes chirurgicaux programmés ou réalisés en urgence. Elles restent un problème grave, grevé d'une lourde mortalité. Les progrès réalisés en occident en matière de diagnostic rapide et d'antibiothérapie ont réduit considérablement la mortalité liée à cette pathologie. Ce n'est pas encore le cas dans de nombreux pays africains où nos conditions d'exercice avec, le plateau technique chirurgical déficient, les services de réanimation sous-équipés, le niveau socio-économique bas des patients, font que les PPO restent toujours de mauvais pronostic avec un taux de mortalité allant de 30% à 35%. Alors, une bonne prise en charge des PPO fait intervenir obligatoirement le chirurgien l'anesthésiste réanimateur le radiologue et le biologiste, et repose sur l'éradication du foyer septique associée au traitement des défaillances d'organes, à l'antibiothérapie adaptée et au support nutritionnel

1. **Clinique :** Le diagnostic est souvent difficile, marqué par la survenue d'une fièvre au décours d'une chirurgie abdominale, isolée ou associée à des manifestations abdominales ou extra-abdominales et à des signes plus ou moins marqués de sepsis, au moins à la phase initiale. Des travaux anciens ont décrit les signes d'orientation vers une PPO : troubles neurologiques (agitation, troubles psychiatriques, confusion chez les sujets âgés...), insuffisance rénale d'aggravation progressive ou brutale, détresse respiratoire aiguë (attribuée à une embolie ou à une infection pulmonaire...), œdème pulmonaire (pneumopathie d'inhalation ou œdème pulmonaire cardiogénique...), thrombopénie, troubles de l'hémostase, cholestase inexpliquée...En cas d'issue de liquide digestif par les drains ou d'une masse palpable anormale, le diagnostic pose moins de problèmes. En l'absence de diagnostic évident, les signes de choc ou de sepsis sévère s'installent habituellement en quelques jours

2. **Paraclinique :** L'apparition ou la persistance d'un syndrome septique après chirurgie abdominale impose un examen tomodensitométrique (TDM) abdominal avec d'éventuelles opacifications digestives des segments concernés par une suture. La TDM est l'examen de référence, associé si la fonction rénale l'autorise à une injection intraveineuse de produit de contraste iodé pour souligner les parois digestives,les tissus et les limites de collections éventuelles . Dans tous les cas, un examen morphologique normal n'élimine jamais le diagnostic.

3. **Principe du traitement :** Il repose sur une réanimation hémodynamique précoce et efficace, une antibothérapie précoce et adaptée, une identification anatomique du site de l'infection et une stérilisation de la source (traitement chirurgical ou interventionnel).

-La réanimation initiale a pour but de mettre le patient en condition pour le bloc opératoire. Elle repose sur la restauration rapide, dans les 3 heures, d'une pression artérielle satisfaisante (PAM≥ 65 mmHg). Cela implique un remplissage vasculaire initial et le recours rapide aux vasopresseurs, avec la noradrénaline en première ligne. Il convient cependant de prévenir la surcharge hydro-sodée. Il existe un lien entre le volume perfusé et la survenue de syndrome du compartiment chez ces patients, qui peut à son tour aggraver les défaillances d'organes. La prise en char anesthésiologique, dans notre contexte, est à risque. L'utilisation de produits qui maintiennent le débit cardiaque et peu ou pas vasodilateurs est obligatoire. Dans notre contexte, notre préférence est pour une dianalgésie (midazolam ou diazépam + fentanyl ou sunfentanyl) associée à une curarisation (vécuronium, atracurium).

-L'antibiothérapie est urgente et doit être réalisée dès l'indication opératoire posée, après réalisation d'une hémoculture.D'une façon générale le spectre devra être large, prenant en compte les anaérobies. Cette antibiothérapie initiale doit prendre en compte l'écologie locale. En présence de signe de gravité, il faut probablement donner un traitement antifongique, notamment en cas de score IAC (intra-abdominal candidiasis) ≥3 (hospitalisation ≥48h, 1pt ; défaillance hémodynamique, 1 pt ; péritonite généralisée, 2 pts ; perforation sus-mésocolique, 1 pt).Dans tous les cas, il convient d'adapter secondairement l'antibiothérapie aux résultats des cultures.

- Le contrôle de la source infectieuse est l'enjeu principal de la prise en charge initiale. Tout retard à la prise en charge chirurgicale mais aussi tout contrôle incomplet de la source infectieuse expose à des complications et aggravent le pronostic. Ainsi, le non contrôle de la source infectieuse expose nettement plus au risque de décès, que l'antibiothérapie inadaptée.La voie d'abord est bien entendu du domaine du chirurgien. Dans les PPO apparaissantaprès les 3-5ème jours, il convient de discuter pour décider si l'abord chirurgical est la meilleure solution ou si un drainage percutanée, sous scanner, n'est pas plus approprié.

**Conclusion :** Les PPO sont des infections graves, dont le traitement est urgent. Il est médico-chirurgical, associant un bon contrôle de la source infectieuse et une antibiothérapie à large spectre.

**Mots Clés**: Péritonites postopératoire, chirurgie, anesthésie, antibiothérapie

## Hémodynamique en Anesthésie - réanimation : quoi de neuf ?

**Pr. Ryad MEHYAOUI**
**Chef de Service d'Anesthésie Réanimation**
- E.H.S "Dr M.A. Maouche"
- Président de la SAARSIU
- Président du Conseil Scientifique du Département de Médecine
- Président du Conseil Médical

Le monitoring hémodynamique a pour objectif de maintenir une bonne oxygénation cellulaire et une perfusion tissulaire adéquate. Un examen clinique régulier et la surveillance des paramètres vitaux de base (fréquence cardiaque, pression artérielle, pression veineuse centrale, et les variables respiratoires) et le débit urinaire peuvent aider le clinicien à gérer l'instabilité hémodynamique des patients au bloc opératoire ou en unité de soins intensifs, mais en cas d'échec, un monitoring hémodynamique est nécessaire pour guider le remplissage vasculaire et l'introduction de support vasopresseur ou inotrope.

Le cathéter de Swan Ganz reste la technique de référence de monitorage hémodynamique depuis plus de 40 ans. Cependant, son caractère invasif a fait naitre, ces dernières années, d'autres techniques de monitoring du débit cardiaque plus sophistiquées et moins invasives. Ces nouvelles technologies sont très diverses, semi invasives ou non invasives, intermittentes ou continues, et impliquant différents principes de base, méthodes et coûts. Cependant, à ce jour, aucune des techniques ne présente de caractère idéale, non invasif, fiable, reproductible, précis avec effets secondaires minimaux. Par conséquent, l'utilisation de chacune d'elle dépend fondamentalement de leur disponibilité et des connaissances ou aptitudes du clinicien. Ainsi, plusieurs paramètres hémodynamiques sont proposés aux cliniciens pour poser le diagnostic précis de l'instabilité hémodynamique afin d'améliorer la gestion des patients critiques.

## Organisation et gestion du bloc opératoire

**Pr Nazinigouba OUEDRAOGO**
UFR/SDS et CHU Yalagado OUEDRAOGO
Ouagadougou, BURKINA FASO

Au sein d'un établissement hospitalier, le bloc opératoire représente un des secteurs majeurs, la pièce maîtresse du plateau technique. C'est un lieu où sont pratiqués des actes de haute technicité qui représentent souvent l' « activité phare » de l'établissement. Ces actes, qui portent atteinte directement à l'intégrité physique des patients, impliquent nécessairement d'incontournables impératifs de sécurité. La haute technicité des équipements utilisés supposent aussi des compétences en utilisation et en maintenance, et des notions de rentabilité. L'évolution permanente des techniques opératoires et des modes de prise en charge (ambulatoire, chirurgie laparoscopique et mini-invasive) a par ailleurs comme conséquence de rendre totalement caduques des concepts encore valides il y a quelques années. Outre ces impératifs, la taille et le mode de fonctionnement de l'établissement, la diversité des actes réalisés, la cohabitation entre différentes spécialités, la multiplicité des ressources humaines engagées, le nécessaire respect des réglementations et le souci permanent de la qualité et de la sécurité sont autant d'éléments à prendre en compte.

L'organisation et la gestion du bloc opératoire incluent les aspects conceptuels, architecturaux, organisationnels, fonctionnels. Elles doivent reposer sur des règles de bonnes pratiques où la prise en compte du facteur humain, dont il est établi qu'il est impliqué dans la majorité des accidents/incidents, est essentielle dans un contexte d'insuffisance de ressources humaines en quantité et/ou en qualité. On peut retenir :

- l'importance de la lutte contre les infections nosocomiales et les infections liées aux soins. Elle représente un des éléments majeurs dont il faut impérativement tenir compte lors de la conception, de la restructuration et de l'organisation du bloc opératoire
- la nécessité de mettre en place une équipe de coordination, avec un responsable connu. Si les mentalités ont beaucoup évolué et si le chirurgien a perdu une grande partie de ses pouvoirs d'antan, il n'en reste pas moins que des conflits sous-jacents peuvent à tout moment éclater, les susceptibilités de chacun étant exacerbées au plus haut point.
- Il faut aussi rester très vigilant sur la tendance à vouloir transposer les règles de fonctionnement du milieu industriel à celui du milieu médical. Si ces techniques de gestion, pour la plupart importées du monde anglo-saxon, ont fait la preuve de leur efficacité dans le secteur industriel, leur transposition dans le secteur médical demande une analyse extrêmement rigoureuse avant de les appliquer.
- Les modes de fonctionnement des blocs opératoires ne doivent pas se mettre en place sans la participation et l'assentiment des chirurgiens et de tous les intervenants.

Devant la complexité des enjeux, des paradigmes, des problématiques et des recommandations, cette présentation voudrait renvoyer à la réflexion contextualisée, nourrie par les lectures de base.

**Détresse respiratoire chez l'enfant**

**Marie Diop Ndoye, Mamadou Mour Traoré**
Hôpital d'Enfants Albert Royer, Dakar, Sénégal

La détresse respiratoire aiguë chez l'enfant est la manifestation clinique de la gravité d'une affection de l'appareil respiratoire, traduisant la difficulté de répondre à la demande ventilatoire.

Il s'agit d'une urgence médicale, elle est la première cause d'arrêt cardio-respiratoire en pédiatrie.

Elle représente 30 % des motifs de consultation aux urgences, et 36 % des motifs d'admission en réanimation pédiatrique. La prise en charge de cette détresse vitale se fait dans un service de réanimation pédiatrique, il est très souvent nécessaire qu'elle soit faite dans un service d'urgences générales ou un service de réanimation d'adultes.

Les objectifs sont d'identifier la détresse respiratoire, d'analyser son mécanisme et sa topographie afin de retrouver sa cause, de rechercher des signes de gravité, de réaliser un traitement symptomatique mais aussi adapté à la cause et de proposer des critères de surveillance rigoureux.

Pour prendre en charge ces enfants, il faut connaître les paramètres physiologiques en fonction de l'âge, les moyens d'évaluation de la gravité des patients, les différentes affections pédiatriques à l'origine de cette détresse, les méthodes de choix et l'utilisation du matériel en fonction de l'âge.

**Identifier la détresse**

Elle est souvent identifiée par la simple inspection clinique

Les signes de détresse respiratoire aigüe chez l'enfant associent :

1) Une altération de la mécanique ventilatoire : polypnée et mise en jeu des muscles respiratoires accessoires (battements des ailes du nez, balancement thoraco-abdominal, tirage intercostal, entonnoir xiphoïdien, geignement expiratoire). À l'extrême, on a les irrégularités respiratoires, la bradypnée et la disparition des signes de lutte qui signent l'imminence de l'arrêt respiratoire ;

2) Une altération des échanges gazeux : signes d'hypoxie (tachycardie, cyanose, désaturation) et signes d'hypercapnie (pâleur, hypertension artérielle, sueurs, troubles de la conscience). À l'extrême, la bradycardie et le coma signent aussi l'imminence de l'arrêt respiratoire.

- **Les signes de gravité** systématiquement recherchés sont :
- tachypnée intense (> 60 b/min) ;
- signes de lutte intenses, récemment majorés ou brutalement diminués (épuisement) ;
- irrégularité du rythme respiratoire (apnée) ;
- cyanose
- signes cliniques d'hypercapnie : pâleur, tachycardie, sueurs, hypertension, anxiété, troubles de la conscience avec agitation.

**Identification des causes**

En cas de dyspnée inspiratoire, la cause est extra thoracique

Il peut s'agir d'une obstruction nasale, ou du pharynx (phlegmon rétro pharyngien), ou du larynx (laryngite aiguë, corps étranger laryngé, épiglottite, oedème laryngé)

Ainsi, une dyspnée laryngée dans un climat d'urgence fait évoquer quatre diagnostics :

- un fréquent : la laryngite sous-glottique;
- une urgence extrême devenue exceptionnelle : l'épiglottite;
- un à évoquer systématiquement : l'inhalation de corps étranger;
- un survenant dans un contexte évocateur : l'œdème allergique.

En cas de dyspnée expiratoire, la cause est intra thoracique

Elle peut être obstructive (bronchiolite aiguë, asthme, corps étranger bronchique) ou non obstructive avec geignement expiratoire (pneumopathies bactériennes ou virales, épanchement pleural gazeux ou liquidien)

Une dyspnée aux deux temps doit faire évoquer une cause trachéale (trachéite infectieuse, corps étranger trachéo-bronchique)

Des causes chirurgicales existent.

**Le traitement** est symptomatique et étiologique.

Une libération des VAS et une oxygénothérapie efficaces doivent tenir compte des particularités anatomiques et physiologiques pédiatriques

**Conclusion**

La détresse respiratoire est une des urgences les plus fréquente et la première cause d'arrêt cardiaque en pédiatrie. La prise en charge est symptomatique et étiologique. Elle doit être rapide et efficace et s'appuie sur les spécificités propres à la pédiatrie.

**Nouveautés en Anesthésie – Réanimation pour césarienne**

**Ze Minkande J.**, Bengono R., Metogo Mbengono JA., Amengle AL.
(Cameroun)

**Introduction :** La césarienne est une intervention fréquente dans le monde. Elle peut être réalisée dans l'urgence comme en situation élective. L'anesthésie pour césarienne est un challenge. Elle met en jeu 2 vies. De nouveaux concepts sont mis en place pour améliorer le vécu périopératoire de la mère et du nouveau-né.

**Commentaires :** L'anesthésie pour césarienne passe par trois étapes : l'étape préopératoire, l'étape peropératoire et l'étape post-opératoire. La grande majorité des césariennes programmées sont réalisables avec une RA. Les nouveaux concepts liés à l'anesthésie pour césarienne touchent ces trois étapes importantes. Au niveau de l'étape préopératoire, une particularité est donnée à l'information de la patiente, qui est un maillon important de tout le processus. Les césariennes sont classées selon Lucas en 3 codes couleur : code rouge, code orange et code vert. Ces couleurs permettent le choix de la technique d'anesthésie : anesthésie générale ou anesthésie péri médullaire (rachianesthésie et anesthésie péridurale). La rachianesthésie est la technique de choix. L'indication de l'anesthésie générale est le code rouge et la contre-indication de la rachianesthésie. La prévention de l'hypotension liée à la rachianesthésie peut être réalisée par diverses procédures : le co-remplissage par les colloïdes ou les cristalloïdes, l'utilisation des vasopresseurs (éphédrine, phényléphrine ou noradrénaline). Pour 30-40% des cas de césariennes en « code rouge » il est possible d'utiliser la technique « extension de péridurale » si le temps de transfert au bloc/présence des équipes médicales est optimisé pour permettre une extraction en moins de 15 mn. Le succès de cette technique est conditionné par l'efficacité de l'analgésie péridurale pendant le travail. L'anesthésie générale césarienne est une anesthésie à séquence rapide. Le propofol est de plus en plus utilisé comme hypnotique. La séquence rocuronium/Sugammadex est une alternative à la curarisation par la succinylcholine.

A l'étape postopératoire, la prise en charge de la douleur postopératoire (effet indésirable attendu) passe par l'analgésie multimodale. La morphine et la clonidine intrathécales sont des adjuvants fiables pour prolonger avantageusement l'analgésie périmédulaire. Le TAP bloc a un intérêt pour assurer l'analgésie postopératoire des patientes qui ont eu une césarienne sous anesthésie générale. La réhabilitation post-césarienne vise à un retour rapide de l'autonomie maternelle en permettant une analgésie efficace, une reprise précoce de l'alimentation et de la mobilisation sans perfusion ni sonde urinaire. Elle favorise l'établissement de la relation mère-père-enfant dans les meilleures conditions.

**Conclusion :** L'anesthésie pour césarienne est en constante évolution. L'amélioration des techniques et des protocoles permet une réduction de la morbi-mortalité liée à la césarienne.

**Mots-clés :** Nouveautés en Anesthésie et Réanimation, Césarienne, prise en charge per opératoire, analgésie postopératoire.

## Œdème pulmonaire aigu.

Dr Papa GUEYE. Directeur du SAMU 972 CHU de Martinique 97200 Fort de France

papa.gueye@chu-martinique.fr

**Introduction :** L'insuffisance cardiaque est un problème de santé publique majeure dans le monde. Le vieillissement de la population et l'amélioration de la prise en charge des cardiopathies expliquent la proportion grandissante de patients atteints d'insuffisance cardiaque. L'insuffisance cardiaque aiguë (ICA), de novo ou décompensant une insuffisance cardiaque chronique est une maladie sévère, dont le pronostic est pauvre, et source de réhospitalisations fréquentes.

**Définition :** Le "Syndrome des Insuffisances Cardiaques Aiguës" est défini par une apparition rapide ou graduée de signes et symptômes d'insuffisance cardiaque. Il est dû soit à une décompensation d'une insuffisance cardiaque chronique soit à la survenue d'une insuffisance cardiaque sur un cœur probablement sain (ou de novo), comme lors de l'infarctus du myocarde. L'OAP peut être la manifestation de la décompensation d'une insuffisance cardiaque préexistante, mais il peut également survenir brutalement, de novo.

**Physiopathologie :** On distingue classiquement deux types d'OAP : l'œdème pulmonaire cardiogénique ou hydrostatique et l'œdème pulmonaire lésionnel encore appelé syndrome de détresse respiratoire aigu de l'adulte. Les mouvements de fluides au sein du poumon sont déterminés par la loi de Starling. Dans un poumon sain, le plasma filtré dans le secteur interstitiel ne pénètre pas l'espace alvéolaire, mais se retrouve dans les espaces péribronchovasculaires puis dans la circulation générale via le réseau lymphatique. L'œdème pulmonaire cardiogénique est en rapport avec un excès de volume, ayant pour conséquence une augmentation de la pression hydrostatique dans les capillaires pulmonaires. Celle-ci est liée à une augmentation, en amont, de la pression veineuse pulmonaire elle-même due à une élévation de la pression télédiastolique du ventricule gauche et de la pression auriculaire gauche. L'œdème pulmonaire est d'abord interstitiel, puis lorsque la pression auriculaire gauche augmente, au-delà de 25 mmHg, l'œdème devient alvéolaire.

**Clinique :**Les deux formes cliniques les plus fréquentes, comptant pour près de 80 % des patients sont l'OAP d'une part, défini par l'existence d'un œdème alvéolaire ou interstitiel à la radiographie

thoracique, une SpO2 < 90 %, une détresse respiratoire aiguë, une orthopnée et une auscultation retrouvant des crépitants, et la décompensation aiguë d'une insuffisance cardiaque chronique d'autre part. L'OAP est une entité d'installation en règle générale brutale, associée à une dyspnée avec orthopnée. La pression artérielle est généralement augmentée, les extrémités sont froides. La fraction d'éjection est conservée, et il existe le plus souvent un facteur précipitant, dont les plus fréquents sont le syndrome coronaire aigu, les arythmies cardiaques et le contexte postopératoire. Les autres formes cliniques sont l'insuffisance cardiaque aiguë hypertensive, le choc cardiogénique et l'insuffisance cardiaque droite isolée

Examens complémentaires : La radiographie pulmonaire doit être effectuée pour son intérêt diagnostic de l'œdème pulmonaire, notamment pour différencier l'OAP lésionnel de l'OAP cardiogénique. D'un point de vue pratique, six signes (taille du cœur, redistribution vasculaire, volume sanguin pulmonaire, épaississement péribronchique, distribution de l'œdème, épanchements pleuraux) doivent faire partie intégrante et systématique de l'interprétation radiologique.

L'échocardiographie permet de rechercher des anomalies morphologiques du cœur (hypertrophie, dilatation) et de la cinétique segmentaire et d'évaluer la fonction systolique ventriculaire gauche et droite. Elle permet également de rechercher une dysfonction diastolique du ventricule gauche, une valvulopathie, une anomalie du péricarde et de mesurer la pression artérielle pulmonaire. Une échocardiographie normale n'élimine pas une cause cardiogénique à un œdème pulmonaire.

Deux biomarqueurs sont particulièrement utiles à titre diagnostique, mais aussi pronostique dans l'OAP : la troponine et le B-type Natriuretic Peptide (BNP). Une élévation de la troponine signe une souffrance myocardique, quelle qu'en soit la cause. Le BNP est un polypeptide sécrété par les ventricules cardiaques. Le BNP augmente en cas d'élévation de la tension pariétale ou d'élévation de la pression télédiastolique du ventricule gauche. Le BNP est augmenté chez les patients présentant une dysfonction ventriculaire gauche, et est bien corrélé autant à la gravité de la maladie sous-jacente qu'à son pronostic.

Traitement : La prise en charge thérapeutique de l'OAP repose sur 3 volets principaux : la ventilation non invasive, les vasodilatateurs et le traitement diurétique.La ventilation non invasive est indiquée en cas de décompensation cardiaque aiguë avec œdème pulmonaire. Plus d'une vingtaine d'études ont comparé les bénéfices de la ventilation non invasive (CPAP ou BIPAP) et du traitement standard. Il en ressort que la ventilation non invasive, quel qu'en soit le type, diminue le recours à la ventilation mécanique et la mortalité Les vasodilatateurs doivent être utilisés en première intention dans l'ICA quand la pression artérielle est élevée.Le traitement diurétique fait partie du traitement standard de l'OAP, mais ne devrait pas être systématique, réservé aux situations cliniques où le patient est en surcharge volémique ; de façon générale, la dose initiale doit être ≤ 1 mg/kg de furosémide.Les inotropes et particulièrement les catécholamines n'ont aucune indication chez les patients présentant un OAP, voire peuvent aggraver le pronostic.

Conclusion : L'OAP est une pathologie fréquente qui concerne aussi bien les médecins urgentistes, les cardiologues et les anesthésistes réanimateurs. Cette pathologie est sévère et le diagnostic n'est pas toujours aisé, mais pourrait être facilité par l'utilisation des biomarqueurs comme le BNP et l'échocardiographie. Plusieurs scénarios cliniques peuvent être dégagés dont la prise en charge est bien standardisée, notamment grâce aux recommandations émises par les sociétés savantes ainsi que la collaboration de plus en plus effective entre urgentistes, cardiologies et réanimateurs

**Références**

Mebazaa A, Payen D, editors. Le point sur l'insuffisance cardiaque aigue: Springer; 2006

Mebazaa A, Gheorghiade M, Pina IL, Harjola VP, Hollenberg SM, Follath F, et al. Practical recommendations for prehospital and early in-hospital management of patients presenting with acute heart failure syndromes. Crit Care Med. 2008;36(1 Suppl):S129-39.

## Consultation d'anesthésie pédiatrique : impératifs et particularités

Marie Diop Ndoye, Mamadou Mour Traoré

SARAF 2019

L'anesthésie pédiatrique se développe de plus en plus et l'Afrique est aussi concernée. La majorité des enfants sont ASA 1-2. La période préopératoire est un des temps forts de cette prise en charge.

**Cadre juridique**

La consultation d'anesthésie est obligatoire et est réalisée sauf en cas d'urgence plusieurs jours avant l'acte programmé. Elle doit être consignée sur document écrit qui est inséré dans le dossier médical du patient.

Un cadre juridique existe dans certains pays.

Les buts de la consultation

- Dépister les contre-indications temporaires à l'anesthésie
- Evaluer les problèmes particuliers liés au terrain et/ou à l'acte chirurgical
- Prescrire le jeûne préopératoire et la

prémédication

**L'objectif** principal étant de diminuer la morbidité anesthésique, il s'agira de façon précise de:
-Evaluer l'état de santé actuel de l'enfant
. rechercher une infection des voies aériennes supérieures (rhinitepurulente, fièvre>38,5°,toux)
-Dépisterunepathologie méconnue
-Obtenir desvaleurs de référencespréopératoire
-Etudier lerapportbénéfice/risquedel'anesthésie
-Définir une Stratégie périopératoire
-Obtenirleconsentementéclairédel'enfantetdesparents, (signature autorisation de soins)
. Procéder à une PRÉPARATION PSYCHOLOGIQUE de l'ENFANT
pour réduire l'anxiété et prévenir les troubles du comportement post opératoire

Pour le **contexte**; il peut s'agir de:

- Enfant sain
- Enfant avec pathologie chronique et/ou évolutive
- Enfant prématuré, ou nouveau né
- Consultationsdélocalisées
- Consultationspour anesthésies itérativesrapprochées
- Urgence chirurgicale

**L'interrogatoire**
Permet de préciser surtout les antécédents familiaux en rapport avec l'anesthésie (curarisation prolongée, HTM, accidents d'anesthésie inexpliqués), Une Maladie familiale (myopathie, myasthénie, hémophilie, Willebrand, drépanocytose, thalassémie, porphyrie..), La consanguinité
Les autres éléments d'appréciation à l'interrogatoire sont ie type d'alimentation (lait maternel), l'âge post conceptionnel, le développement psychomoteur, la croissance staturo- pondérale (courbe), l'âge de la marche, la notion de fratrie

Pour le prématuré, on insistera sur le poids de naissance, l'âge post conceptionnel, la notion de réanimation à la naissance.
Le risque d'apnées péri-opératoires persiste jusqu'à 60 semaines post conception, et est majoré par l'anesthésie générale.

**L'examen clinique** est un temps important qui permet d'apprécier l'état de nutrition, d'hydratation, de coloration et de prendre les constantes vitales. Il permet de rechercher les critères d'intubation difficile. L'intubation difficile prévue chez l'enfant est une situation rare, définie par des critères moins précis que chez l'adulte.
Elle est systématiquement évoquée dans certaines pathologies : Pierre-Robin, sd de Goldenhar, nanisme, mucopolysaccharidoses, trisomie 21, arthrogrypose, ankylose temporo-mandibulaire et aucun test n'est validé chez l'enfant.
Le score de Mallampati est utilisé à partir de 7-8 ans
Une infection des voies aériennes supérieures doit être recherchée systématiquement. Sa présence majore de façon significative le risque de complications respiratoires susceptibles d'émailler les différentes étapes de l'anesthésie d'un enfant. Ces complications respiratoires rencontrées sont essentiellement le bronchospasme et le laryngospasme qui peuvent mettre le pronostic vital en danger
Ainsi sauf urgence, l'intervention chirurgicale est annulée en cas fièvre >38,5°, en cas d'atteinte des voies aériennes inférieures (sibillants), chez l'enfant de moins de 1 an ou en cas de besoin d'une intubation
**Bilans préopératoires**
L'incidence des comorbidités étant plus faible chez l'enfant, les indications des bilans préopératoires sont surtout focalisées sur le diagnostic des pathologies congénitales ou acquises de l'hémostase.

- Avant l'acquisition de la marche, cette évaluation clinique est néanmoins très limitée par la courte histoire de l'enfant. C'est donc la seule indication retenue par les recommandations formalisées d'expert pour la prescription d'un bilan systématique (TP, TCK, numération plaquettaire) avant un acte invasif.
  Au-delà de l'acquisition de la marche, quelle que soit la nature de la chirurgie, les indications du bilan biologique sont comme chez l'adulte, exclusivement orientées par l'anamnèse et l'examen clinique.

**Conclusion**
La consultation d'anesthésie est une étape importante et obligatoire de la prise en charge anesthésique de l'enfant. Elle participelorsqu'elle est bien conduite à la réduction de la morbidité et de la mortalité périopératoire.

## ANTIBIOPROPHYLAXIE EN CHIRURGIE DIGESTIVE

Pr Ag Boukari Bawa Mahamane

**INTRODUCTION**
L'objectif de l'antibioprophylaxie (ABP) en chirurgie et en médecine interventionnelle est de s'opposer à la prolifération bactérienne afin de diminuer le risque d'infection du site opératoire (ISO). La **consultation anesthésique** représente un moment privilégié pour décider de la prescription d'une ABP. Il est possible d'y définir le type d'acte prévu, le risque infectieux qui s'y rapporte et d'adapter la prescription en fonction des antécédents, des éventuels traitements anti-infectieux déjà en cours, ou enfin en cas de portage connu d'un micro-organisme potentiellement dangereux pour le patient ou la communauté.
Plusieurs mises à jour ont été publiées

Conférence de consensus : SFAR 1992 ; Révision 1999 ; Révision 2010 ; Révision 2018
Antibioprophylaxie chirurgicale
Données générales

• 30 à 40 % des patients hospitalisés reçoivent des antibiotiques.
• ABP : 30 à 50% des prescriptions
• 20 à 50 % des prescriptions sont inappropriées jusqu'à 90 % pour l'ABP
Antibiothérapie : Principes
• Antibiothérapie curative = inoculum lourd
• Prophylaxie = inoculum « faible »
Antibioprophylaxie : Principes
• Réduire la fréquence de survenue des infections du site opératoire en s'opposant à la prolifération bactérienne.
• Action contre une cible bactérienne définie, la plus fréquemment en cause des ISO
• Efficacité prouvée (GRADE A)
• "cost-effective"
Peau
**Flore résidente**
• Cocci à Gram positif:
• Bacille à gram positif
-Micrococcus
- Corynebacterium
-Ssaprophyticus
- Propionibacterium
- S epidermidis
Tube digestif
Bactéries contaminantes

- ✓ **Cocci à Gram positif :** Streptocoques ; ; Entérocoques ; Staphylocoques

- **Bacilles à Gram négatif**
  - ✓ Entérobactéries : E coli,Klebsiella, Enterobacter
  - ✓ BGN non fermentants : Pseudomonas, Acinetobacter
- **Anaérobies**
  - ✓ Cocci : Streptocoques, Peptostrepto
  - ✓ Bacilles : Bacteroides, Clostridium,Fusobacterium

Pour quelles chirurgies?
• Chirurgies associées à un taux spontané d'ISO > 5% => Chirurgie propre-contaminée : Classe II de la classification d'Altemeier
• Chirurgies associées à des ISO rares mais grevées d'une morbidité élevée => Chirurgie propre : Classe I de la classification d'Althemeier
• Chirurgies de classe III et IV relèvent de l'antibiothérapie Curative
Antibioprophylaxie et efficacité
en fonction de la chirurgie
Risque infectieux post-opératoire
Score NNISS
Trois facteurs de risque indépendants :
Classe ASA (3,4 ou 5) : 1 point/ Classe d'Altemeier (3 ou 4) : 1 point
Durée d'intervention supérieure à un temps T : 1 point

| Score NNIS | Risque infectieux(%) |
|---|---|
| **0** | **1,5** |
| **1** | ***2,6*** |
| ***2*** | **6,8** |
| **3** | **13** |

Culver et al. Am J Med 1991
Quelles molécules?
• Actif sur bactéries potentiellement pathogènes
- En fonction de la chirurgie
- En fonction de l'écologie locale et du patient
• Faible risque d'émergence de résistance
- Spectre le plus étroit possible
- Faible risque de mutations (quinolones, rifampicine)
• Non toxique
• Réservé à la prophylaxie
• Eviter les AB dont on veut préserver l'activité
• Coût modéré
Quand?
15 MN AVANT l'induction de l'anesthésie ; 30 MN AVANT l'incision chirurgicale
RPC Allergie: 5 à 10 avant induction :
Classen, N Engl J Med 1992
Quelle dose?
• Posologie initiale élevée, voie IV
• Réinjection toutes les 2 demi-vies
• Maintien de concentrations tissulaires efficaces jusqu'à la fermeture

| Antibiotique | Demi-vie (heures) | Rythme d'administration |
|---|---|---|
| Amox+ac clavulanique | 1 | 2 |
| Cefazoline(Kefzol) | 2 | 4 |
| Céfamandole(Kéfandol) | 1 | 2 |
| Céfuroxime(Zinnat) | 1 à 1.5 | 2-3 |
| Céfoxitine(Mefoxin) | 1 | 2 |
| Clindamycine | 2 | 4 |

Quid de l'obèse?

Chez l'obèse (index de masse corporelle >35), même en dehors de la chirurgie bariatrique, les doses doivent être le double de celles préconisées pour les patients ayant un poids supérieur a 100 kg.
Révision du consensus, SFAR 2018
Combien de temps?
• Efficacité de la dose unique démontrée
Chirurgie digestive (Dipiro, Am J Surg 1986, Song, BJS, 1998)
• Durée limitée, jamais supérieure à 48 heures
• Pas de prolongation pour drainage
Antibioprophylaxie chirurgicale non systémique
• Intérêt potentiel de la décontamination digestive associée à la préparation colique dans la prévention des ISO après chirurgie colo-rectale
Les recommandations
Sont-elles suivies?
• Etude française, multicentrique, prospective, 18 hôpitaux,
• 474 interventions chirurgicales I et II
• 41 % prescriptions en accord avec les recommandations

• Sur les 294 prescriptions d'antibiotiques,
– 80 % de bonne indication d'antibioprophylaxie
– 50 % de choix correct de molécule
– 75 % de bon timing
– 71 % durée correcte
(Lallemand, Pharm World Sci 2002)
Comment améliorer les pratiques?
• Etude avant / après
• Mise en place d'un protocole universel d'antibioprophylaxie en concertation avec chirurgien, anesthésiste, pharmacien, infectiologue diffusion dans les blocs
• Effet quantitatif avec réduction de la consommation d'antibiotique
• Effet qualitatif : Augmentation de prescription adaptée de 31 à 47 %
Gyssens, J Antimicrob Chemother 1996
Comment améliorer les pratiques?
Moyens d'actions
– Ordonnances restrictives pré-imprimées
– Aides prescription :
- outil informatique indispensable
- système expert
- surveillance, alerte informatisée

– Audit clinique régulier avec retour d'information aux acteurs
– Education, formation plutôt que modalités restrictives

Conclusion :
• Thème prioritaire :
– Élaboration consensuelle de protocoles
– Protocoles accessibles, aisément consultables
– Régulièrement actualisés
– Régulièrement évalués
• Surveillance concomitante du taux d'ISO et évolution des résistances bactériennes

## Contribution de l'anesthésiologie à la réduction de la mortalité maternelle dans les pays en développement.

Situation et propositions en Afrique subsaharienne

M. CHOBLI[1],B. HOUNKAPTIN[2]J. AKODJENOU[1], E.AHOUNOU[1], S.MEWANOU, H.KPADONOU[1], F.SOTON, A.TALON, E.ZOUMENOU[1] , R.X. PERRIN[2]

1 - Département d'anesthésiologie
2 - Département de gynécologie-obstétrique
Faculté des sciences de la santé, Cotonou, République du Benin
Correspondance : mchobli@yahoo.fr

### Introduction

Avec plus de 350 000 femmes qui meurent en cours ou du fait de la grossesse chaque année de par le monde, la mortalité maternelle constitue encore aujourd'hui un des drames humains les plus préoccupants.

Dans sa politique des objectifs du millénaire pour le développement, le système des Nations Unies avait choisi pour objectif N°5 d'améliorer la santé maternelle et comme cible numéro 6 de cet objectif, de réduire de 75% le ratio de mortalité maternelle entre 1990 et 2015.

Le bilan a montré en 2016 que cet objectif est très loin d'être atteint et de nouvelles stratégies ont été préconisées dont le renforcement de la collaboration entre obstétrique, anesthésiologie et chirurgie, dans le cadre d'un plan national de développement des trois spécialités. En effet l'anesthésiologie qui peut être parfois à l'origine d'un décès maternel se retrouve souvent en première ligne lorsqu'il s'agit de faire face aux pathologies les plus meurtrières qui emportent les femmes en couche s: hémorragie grave du péri partum, éclampsie sévère, choc infectieux etc… Quelle est la situation de la mortalité maternelle dans l'espace africain subsaharien ? Quelle doit être la place de l'anesthésiologie dans les stratégies de sa réduction ?

### Contexte

L'Afrique subsaharienne est un vaste ensemble géographique, socio-économique et culturel qui regroupe aujourd'hui plus d'un milliard d'individus et dont la quasi-totalité des pays appartiennent au groupe des pays en développement. Les indicateurs sanitaires sont mauvais partout, particulièrement en ce qui concerne la santé de la mère et de l'enfant. L'exemple de la république du Bénin permet de mesurer l'ampleur des dysfonctionnements qui expliquent une surmortalité maternelle multifactorielle

**Les constats en Afrique** Les chiffres qui représentent les ratio de mortalité maternelle en Afrique sont effarants

Les taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) relevés par l'OMS en 2016 sont les suivants :

**Afrique** de **l'Est :**Burundi 712 Comores 335 Djibouti 229 Érythrée 501 Éthiopie 353 Kenya 510 Madagascar 353 Ouganda 343 RDC 693 Rép.-Unie de Tanzanie 398 Rwanda 290 Somalie 732 Soudan du Sud 789 MOYENNE 480

**Afrique centrale :**Cameroun 596 Congo 442 RDC 693 Gabon 291 Guinée équatoriale 342 République centrafricaine 882 Sao Tomé-et-Principe 156 Tchad 856 MOYENNE 509

**Afrique de l'Ouest :**Bénin 405 Burkina Faso 371 Cabo Verde 42 Côte d'Ivoire 645 Gambie 706 Ghana 319 Guinée 679 Guinée-Bissau 549 Libéria 725 Mali 587 Niger 553 Nigéria 814 Sénégal 315 Sierra Leone 1380 Togo 368 MOYENNE 564

**Afrique australe :**Afrique du Sud 138 Angola 477 Botswana 129 Lesotho 487 Malawi 634 Maurice 53 Mozambique 489 Namibie 265 Swaziland 389 Zambie 224 Zimbabwe 443 MOYENNE 339 MOYENNE GENERALE AFRIQUE 439

**Points saillants** :Cabo Verde en Afrique de l'Ouest, et Maurice en Afrique australe, enregistrent un taux de mortalité maternelle inférieur au taux mondial de 70 pour 100 000 naissances vivantes fixé comme cible à atteindre d'ici à 2030 par les objectifs de développement durable . L'Afrique de l'Ouest enregistre la moyenne sous-régionale non pondérée la plus élevée (564). La Sierra Leone a le taux de mortalité maternelle le plus élevé soit 1380 pour 100 000 naissances vivantes, près de 2,5 fois la moyenne ouest-africaine, et plus de trois fois la moyenne du continent.En comparaison,le Maghreb est mieux loti :Lybie=9 Tunisie=62 Maroc=121 Algérie=140

Le taux de mortalité maternelle a diminué dans tous les pays, sauf en RCA et au Zimbabwe. Le Tchad et la RCA ont des taux de mortalité maternelle plus de deux fois supérieurs au taux moyen de l'Afrique.

**Analyse du cas BENIN** La République du Bénin est un pays francophone situé en Afrique de l'Ouest avec une population de 11 .5 millions d'habitants, classé parmi les 50 pays les moins développés du monde.

Le secteur de Gynécologie-Obstétrique de ce pays est animé par 200 Gynécologues-Obstétriciens dont 150 inscrits dans un collège à visée scientifique, et 1800 sages-femmes, tout ce personnel étant très inégalement réparti sur le territoire, au détriment des zones rurales où on retrouve moins de 10% des agents de santé pour plus de 80% de la population.

Le secteur d'anesthésiologie,nettement moins pourvu, est animé par seulement 31 médecins Anesthésiste-réanimateurs dont 3 « retraités » de luxe et 210 infirmiers Anesthésistes qui ont pratiqué en 2017 environ 225 000 actes d'anesthésie au sein de 38 formations sanitaires publiques et confessionnelles et une dizaine de cliniques « officielles ».

Le ratio national de mortalité maternelle était de 352 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2018.

A la maternité de référence nationale du CHU Mère-Enfant de Cotonou on relève 12 gynécologues-obstétriciens dont 1 professeur titulaire et trois maîtres de conférences.

Ils ont réalisé en 2017 un total de 7207 consultations prénatales, 4940 cas de en urgence, 4369 accouchements dont 94% de naissances vivantes, 2210 césariennes .Il y a eu 42 décès maternels.

Le ratio de mortalité maternelle hospitalière a été de 1297 décès pour 100 000 naissances vivantes dont 70% des décès concernent des parturientes référées des maternités périphériques dans des conditions précaires.

Les « anesthésistes » de ce CHU dont le bloc opératoire a été non fonctionnel pendant une longue période de l'année( 3 médecins et 12 paramedics) ont réalisé en 2017 un total de 3371 actes d'anesthésie dont 2210 concernent la césarienne (72% sous anesthésie loco-régionale).

Les causes de décès chez les parturientes sont: hémorragie du péri partum (21), éclampsie sévère (10), infections sévères (5), pathologies préexistantes (3), erreur d'anesthésie (3) : un cas d'intubation œsophagienne et 2 cas de rachi anesthésie totale,).Dans un hôpital régional du sud-est du pays(Pobè) les difficultés sont identiques

La situation telle que décrite au Bénin est superposable à celle vécue dans la majorité des pays subsahariens avec des variations en rapport avec les performances du système de santé.

**Réflexions et propositions**

La comparaison avec le ratio de mortalité maternelle dans les pays d'Europe et d' Amérique est désespérante: France=8 décès pour 100000 naissantes vivantes UK=8 Belgique=7 Danemark=5 Norvège=5 USA=14 Canada=9 Pérou=89 Brésil=56 Argentine=52 Cuba=39

Cependant, malgré les chiffres élevés relevés sur le continent, l'Afrique a réalisé des progrès significatifs en matière de santé maternelle entre 2000 et 2015.

Le taux de mortalité maternelle baisse nettement lorsque le PIB par habitant atteint des valeurs élevées

Il est également bas dans les pays ayant une couverture satisfaisante en ressources humaines qualifiées en santé.

La mortalité maternelle reste un grand problème de santé publique dans les pays en développement et en Afrique Subsaharienne. Les stratégies mises en place pour sa réduction au cours des trois dernières décennies n'ont pas donné les résultats attendus et il urge d'en développer de nouvelles pour combattre ce fléau. La faible démographie des Médecins anesthésiste-réanimateurs et de paramédicaux spécialement bien formés est l'un des facteurs limitants de l'amélioration des pratiques médicales sécuritaires dans les maternités de notre région.

Les axes actuellement envisagés concernent :

- le renforcement de la planification familiale et des consultations prénatales

- la mise en place de soins obstétricaux et néonatals d'urgence (SONU) qui impliquent obstétriciens, sages-femmes, et anesthésistes et la gestion rationnelle des urgences obstétricales, notammant en zones périphériques

- la réforme du système de santé permettant un accès général des populations notamment les plus démunies, aux soins de santé de base (gratuité des soins obstétricaux, couverture sanitaire universelle)

- la formation davantage de médecins et paramédicaux en anesthésiologie et leur répartition équitable sur le territoire national ainsi que le développement de pratiques anesthésiologiques plus adaptées et plus sécuritaires

- le renforcement de la collaboration entre obstétriciens et sages-femmes d'un côté, anesthésiologistes de l'autre

- l'implémentation des plans nationaux de développement simultané de la Chirurgie, Obstétrique et

Anesthésie préconisés par l'OMS (National Surgery, Obstétrics and Anaesthesia Plans, NSOAPs)

- et, last but not least, le développement économique approprié des pays du sud pour enrayer la misère endémique en sachant qu'une bonne croissante économique est nécessaire mais pas suffisante

**Conclusion**

Trop de femmes meurent encore dans les pays en développement et en Afrique en donnant la vie. Il est absolument impérieux de corriger cette grande anomalie par des pratiques obstétricales, chirurgicales et anesthésiologiques conformes aux normes, sûres, efficaces et à coûts raisonnables.

Cela implique une couverture adéquate en ressources humaines qualifiées en chirurgie, obstétrique et anesthésiologie des territoires, ayant à disposition des intrants de qualité dans un système de santé fonctionnel.

Ceci nécessite une volonté politique des décideurs mais aussi un engagement réel des pratriciens

**Mots-clés :** mortalité maternelle, obstétrique, anesthésiologie

**Références**

1. Gynecol, Obstetr, Senologie, 2017 ;45(12) :S821

2. Acta Obstetr GynecolScand, 2018 ;97(1) :8996

## Nouveautés en Anesthésie – Réanimation pour césarienne

**Ze Minkande J.**, Bengono R., Metogo Mbengono JA., Amengle AL.

(Cameroun)

**Introduction :** La césarienne est une intervention fréquente dans le monde. Elle peut être réalisée dans l'urgence comme en situation élective. L'anesthésie pour césarienne est un challenge. Elle met en jeu 2 vies. De nouveaux concepts sont mis en place pour améliorer le vécu périopératoire de la mère et du nouveau-né.

**Commentaires :** L'anesthésie pour césarienne passe par trois étapes : l'étape préopératoire, l'étape peropératoire et l'étape post-opératoire. La grande majorité des césariennes programmées sont réalisables avec une RA. Les nouveaux concepts liés à l'anesthésie pour césarienne touchent ces trois étapes importantes. Au niveau de l'étape préopératoire, une particularité est donnée à l'information de la patiente, qui est un maillon important de tout le processus. Les césariennes sont classées selon Lucas en 3 codes couleur : code rouge, code orange et code vert. Ces couleurs permettent le choix de la technique d'anesthésie : anesthésie générale ou anesthésie péri médullaire (rachianesthésie et anesthésie péridurale). La rachianesthésie est la technique de choix. L'indication de l'anesthésie générale est le code rouge et la contre-indication de la rachianesthésie. La prévention de l'hypotension liée à la rachianesthésie peut être réalisée par diverses procédures : le co-remplissage par les colloïdes ou les cristalloïdes, l'utilisation des vasopresseurs (éphédrine, phényléphrine ou noradrénaline). Pour 30-40% des cas de césariennes en « code rouge » il est possible d'utiliser la technique « extension de péridurale » si le temps de transfert au bloc/présence des équipes médicales est optimisé pour permettre une extraction en moins de 15 mn. Le succès de cette technique est conditionné par l'efficacité de l'analgésie péridurale pendant le travail. L'anesthésie générale césarienne est une anesthésie à séquence rapide. Le propofol est de plus en plus utilisé comme hypnotique. La séquence rocuronium/Sugammadex est une alternative à la curarisation par la succinylcholine.

A l'étape postopératoire, la prise en charge de la douleur postopératoire (effet indésirable attendu) passe par l'analgésie multimodale. La morphine et la clonidine intrathécales sont des adjuvants fiables pour prolonger avantageusement l'analgésie périmédulaire. Le TAP bloc a un intérêt pour assurer l'analgésie postopératoire des patientes qui ont eu une césarienne sous anesthésie générale. La réhabilitation post-césarienne vise à un retour rapide de l'autonomie maternelle en permettant une analgésie efficace, une reprise précoce de l'alimentation et de la mobilisation sans perfusion ni sonde urinaire. Elle favorise l'établissement de la relation mère-père-enfant dans les meilleures conditions.

**Conclusion :** L'anesthésie pour césarienne est en constante évolution. L'amélioration des techniques et des protocoles permet une réduction de la morbi-mortalité liée à la césarienne.

**Mots-clés :** Nouveautés en Anesthésie et Réanimation, Césarienne, prise en charge per opératoire, analgésie postopératoire.

## GESTION DES CATASTROPHES ET ATTENTATS : EXPERIENCES DES PAYS DU G5 SAHEL (CAS DU NIGER)

**Chaibou MS**, Daddy H, Gagara M, Karadji S, Foumakoye A, Niandou M, Abarchi I, Coulibaly I.

Le déclenchement du conflit armé dans la bande sahélo saharienne a vu le démarrage de l'opération « Serval » en 2013, puis « Barkhane » à partir de 2014 pour la gestion de la sécurité dans cette zone. En 2014 sur proposition des chefs d'Etat de la sous-région le G5 Sahel a été créée le 16 Février 2014, il offre un cadre institutionnel de coordination et de suivi de la coopération régionale en matière de politique de développement et de sécurité. Le G5 sahel regroupe 5 états du sahel : Mauritanie, Mali, Burkina Faso, Niger et Tchad dont le siège est en Mauritanie, la première opération conjointe a eu lieu du 20 au 27 décembre 2014. Le début de ce conflit a nécessité une réorganisation de la prise en charge des blessés au regard de la non disponibilité des structures hospitalières au nord Mali (abandonnées aux premières heures du conflit), et pour des raisons de neutralité. C'est ainsi que les autorités et certaines Organisations Non Gouvernementales (ONG CICR) ont mis en place un pont pour la prise en charge des victimes dans les structures hospitalières du Niger, ce qui a permis l'évacuation de nombreux blessés sur Niamey. Pour assurer une bonne compréhension de la pathologie traumatique de guerre des formations ont été effectuées par ces ONG (formation des médecins en chirurgie de guerre chaque année à la FSS de l'Université Abdou Moumouni). Après l'avènement du G5 Sahel et pour la prise en charge des blessés, le Niger s'est doté d'un plan NOVI (Sapeurs-pompiers, Ministère de l'Intérieur, Ministère de la Santé, SAMU et hôpitaux de Niamey) et d'un plan blanc hospitalier au niveau des hôpitaux de Niamey avec plusieurs exercices de simulations organisés, dont le dernier a été effectué juste avant le sommet de l'Union Africaine de Juillet 2019. Les types de catastrophes gérées : prise en charge des militaires tchadiens (37 soldats), explosion de camion-citerne (60 brulés calcinés sur place et 38 admis dans les hôpitaux), attaques djihadistes au nord du Niger, accidents de bus de transport en commun. Il ressort de ces expériences la persistance des lacunes pour la mise en œuvre des différents plans. La solution passe par la multiplication des exercices de simulations. Quant à la gestion des catastrophes en plus du plan NOVI, le Niger dispose au niveau du cabinet du Premier Ministre d'une cellule pour les catastrophes naturelles. Malgré les difficultés de financement le G5 sahel constitue un exemple de coopération sous régionale pour le gestion des conflits inter états.

## Mon patient adulte, sous anesthésie générale présente une bradycardie : comment je gère ?

Auteur : Pr N Guessan Yapi Francis Anesthésiste Réanimateur au CHU De Angre

**Résumé :**

L'anesthésie générale en Afrique sur saharienne est une grande situation de stress pour les anesthésistes à cause de conditions d'exercice.

Il n'est pas rare de rencontrer des bradycardies que nous pouvons définir comme un rythme cardiaque inférieur à 60 battements par minute. Cette norme peut connaitre des variations interindividuelles. Ainsi,

- Chez un sportif entraîné (cycliste, coureur de fond, etc.). il y a bradycardie lorsque la fréquence cardiaque est inférieure à 40 battements avec une hTA
- Chez le nouveau-né il y a bradycardie quand la fréquence cardiaque est inférieur à 90 battement par minute de façon prolongée[1]
- Et Chez le fœtus quand la fréquence cardiaque est inférieur à 120 battement par minute de façon prolongée[1]

La bradycardie entraine une baisse du volume d'éjection systolique donc du débit cardiaque avec une hypo perfusion périphérique.

Il y un risque d ischémies des organes nobles avec un retard de réveil au cours de l'anesthésie générale.

Il faut pour ce faire poser le vrai diagnostic et entreprendre un traitement adéquat.

Le diagnostic se fera à partir d'une bonne observation du patient, de la chirurgie, de l'ECG, et des produits anesthésiques utilisés.

Dans la prise en charge l'Atropine n'est pas systématique il faut gérer les causes évidentes et faire un traitement étiologique après un bon diagnostic.

References

1 Mangrum JM, DiMarco JP. The evaluation and management of bradycardia. N Engl J Med 2000 ; 342 : 703-9.

mindray
healthcare within reach

SANOFI

MK
MeditеK

# COMMUNICATIONS ORALES

# Algologie

## Evaluation de la douleur chez l'enfant dans le service d'accueil des urgences ( SAU) du CHU-Gabriel TOURE, Bamako, Mali

**Almeimoune A*[1],** Mangané M[1], Diop Th M[1], Kassongué A[1], Sogoba Y[1],, Doumbia H[1], BomouY1, Doumbia M1, Dembélé AS[1], Samaké MB[1], Diango MD1.

[1]Département Anesthésie réanimation et de médecine d'urgence du CHU Gabriel TOURE, Bamako, Mali *

**Auteur correspondant**: Almeimoune A, abdoulhamidoumaiga@gmail.com

**Introduction:** Le SAU est sollicité pour toute prise en charge d'enfant admis au CHU G T pour un motif chirurgical ou traumatique. En l'absence d'étude antérieure sur le sujet dans notre contexte, nous avons initié ce travail afin d'évaluer nos pratiques dans la prise en charge de la douleur chez l'enfant.

**Patients et méthodes** : Etude prospective et descriptive conduite entre le 1er janvier au 30 juin 2017 incluant tous les enfants de 0 à 15 ans accueilli avec présence de la douleur à l'admission. L'évaluation était faite avec les échelles EVENDOL, EVA. Le consentement éclairé et libre des parents était recherché.

**Résultats:** Pendant cette période sur 1260 enfants d'admis au SAU ; 924 enfants étaient soit une prévalence de 73,3%. L'âge moyen était de 8,5±4,2 ans avec un sexe ratio était 1,5. la douleur était de type aigu par excès de nociception chez 99,66 % des enfants. une lésion traumatique constituait la quasi totalité des motifs d'admission, dans 63,6% des cas, elle était en rapport avec un accident de la circulation routière. Le trauma crânien a été le dommage tissulaire nociceptive dans 36,3% des cas. La douleur a été évaluée chez 84,2% de nos patients, par l'EVS dans 48,1% des cas, avec EVANDOL chez 35,7% des cas et EVA chez 16,2% des enfants. En moyenne, nous avons mesuré 28,1% de douleur intense à H0 vs 6% à H1 et 54,3% de douleur modère à H0 vs 25% H1. Les antalgiques de paliers I et III ont été le schéma thérapeutique le plus utilisé respectivement dans 32,1% et 22,5% des cas. La voie intra veineuse était utilisé pour 92,5%. Les vomissements ont été les effets secondaires les plus retrouvés dans 6,4% des cas.

**Conclusion** : On note une forte prévalence de la douleur aigue, accessible à évaluation avec récours aux antalgiques majeurs.

**Mots clés**: Douleur Aigue; Enfants; Urgences.

## Evaluation de l'analgésie post thoracotomie à l'institut de cardiologie d'Abidjan : péridurale thoracique versus analgésie balancée

**Kohou KL***, Kouamé KJ*, Ouédé R***, Yapo YP*, Ogondon B**, Adingra S, Diallo I*, Thanauh Y***, Ehounoud H*

*Service d'anesthésie-réanimation Institut de Cardiologie d'Abidjan. **Service d'anesthésie-réanimation CHU de Bouaké. ***Service de chirurgie thoracique Institut de Cardiologie d'Abidjan

**Auteur correspondant** : Dr Kohou-koné Landry ; e-mail : l_kohou@yahoo.fr

**Objectif** : Évaluer les protocoles d'analgésie post opératoire en chirurgie thoracique à l'institut de cardiologie d'Abidjan

**Patients et méthodes** : Étude prospective non randomisée, menée sur une période de 12 mois dans les services d'anesthésie-réanimation et de chirurgie thoracique de l'institut de cardiologie d'Abidjan. 55 patients ont été inclus et ont été répartis en deux groupes :

Groupe A (30 patients): L'analgésie débutait en fin d'intervention par l'administration de 10 ml du mélange bupivacaïne à 0,125% et de fentanyl à 5 µg/ml. Une perfusion continue du même mélange est débutée en post opératoire pour une durée totale de cinq jours.

Groupe B (30 patients) : l'analgésie débutait par l'administration de l'association paracétamol-néfopam en fin d'intervention. Une titration de morphine en intra veineuse est faite en post opératoire avant la mise en route du pousse-seringue électrique.

**Résultats :** les deux groupes sont comparables en termes d'âge, IMC, sexe, antécédents, diagnostic, type et durée d'intervention. Les scores EVA étaient significativement plus bas dans le groupe A (péridurale), au repos et à l'effort. Les complications post opératoires étaient hémodynamiques (hypotension et bradycardie) dans le groupe A et dominées par les nausées/vomissements et le prurit dans le groupe B. les coûts varient de 47643 FCFA et 84551 FCFA pour la péridurale et de 29909FCFA à 71800FCFA pour l'analgésie balancée.

**Conclusion :** la péridurale thoracique offre une analgésie de meilleure qualité que la morphine en IVSE avec des effets indésirables limités.

**Mots-clés :** Analgésie- thoracotomie- péridurale

## Intérêt de la naloxone dans le traitement des effets secondaires de la morphine administrée comme adjuvant en rachianesthésie

**Ouattara A**., Bekoin- Abhé C.M, Yao S.E, Coulibaly K.T ; Mobio M.P *;* Enyegue OM C *;* Bédié Y.V. ; Choho C, Savane S K, N'Guessan Y.F.; Tetchi Y.D., Brouh Y.

Chu Cocody- Abidjan ( Côte d'Ivoire)

**Objectif** : Appréciez l'efficacité de la naloxone dans le traitement des effets secondaires de la morphine administrée en intrathécale et son impact sur la douleur post opératoire.

**Patients et méthode** : étude prospective cas témoin descriptive et analytique. Elle a porté sur les patientes césarisées sous rachianesthésie. Toutes les patientes ont bénéficié du même protocole anesthésique et des mêmes doses de bupivacaine (10 mg) et de morphine (200 gamma). Les patientes ont été réparties en 2 groupes : les cas et les témoins. Etaient considérées comme cas, les patientes qui ont bénéficié de naloxone et témoins celles qui n'en n'ont pas bénéficié. Les cas avaient bénéficié de 40 gamma de naloxone en fin d'intervention. Les effets secondaires étaient recherchés et le niveau de douleur évaluée pendant les 24 premières heures après la césarienne (en fin d'intervention, à la 60 min, entre la 1ère heure et la 12 è H et entre la 12è et la 24 è H post opératoire). Les paramètres sociodémographiques, cliniques, les effets secondaires de la morphine, et la douleur post opératoire ont été étudiés.

**Résultats:** 300 patientes ont été retenues. 150 ont bénéficié de naloxone et les autres 150 étaient les témoins. Leur âge moyen était de 28,8 ans. Un tiers des patients avait déjà bénéficié d'une césarienne sous rachianesthésie et parmi elles 76 avaient présenté des effets secondaires de la morphine. Les patientes étaient classées ASA I (79%) et ASA II (21%). On notait une régression de l'ensemble des effets secondaire et des prurits (p=0,001) sans modification notable de l'analgésie dans la population ayant bénéficié de naloxone

**Conclusion** : La naloxone pourrait améliorer le confort des patients bénéficiant d'une rachianesthésie associant la morphine comme adjuvant.

**Mots clés** : Rachianesthésie, naloxone, effets secondaires de la morphine

## Enquête d'acceptabilité de l'analgésie péridurale pour accouchement en Obstétrique au Centre Hospitalier et Universitaire de Yopougon.

**Soro L** ,Bouh KJ, Kouamé KI, Konan KJ, Digbo D, Diomandé S, Aka BG, Amonkou AA

Service d'anesthésie-réanimation CHU Yopougon Abidjan (Côte-D'Ivoire)

**Introduction :**

L'analgésie obstétricale est dans les pays développés au sommet de sa gloire : 80% de patientes accouchent sous analgésie péridurale (APD) dans un souci de confort et pour une sécurité maximisée [1]. En Afrique, en Côte-d'Ivoire, cette technique reste encore méconnue des parturientes. Objectif : évaluer les connaissances des parturientes sur l'analgésie péridurale pour accouchement au CHU de Yopougon

**Matériels et méthode :** Il s'est agi d'une étude prospective, descriptive d'une durée de 3 mois (Avril à Juin 2019) au service de Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier et Universitaire de Yopougon. Ont été inclues dans l'étude toutes les femmes enceintes reçues en consultation prénatale et en salle d'accouchement en début de travail. A l'aide d'un questionnaire préétabli, nous avons étudié les paramètres sociodémographiques, (âge, nationalité, religion, profession), évalué la connaissance des patientes sur les avantages et inconvénients de la péridurale et leur adhésion à cette technique.

**Résultats :** Pendant la période d'étude, 100 gestantes ont été recensées. L'âge moyen était de 27± 0,3 ans avec des extrêmes de 16 et 39ans. La tranche d'âge comprise entre 21 et 39ans était la plus représentée (83%). La majorité des gestantes était de nationalité ivoirienne (80%),de religion chrétienne (61%), d'un bas niveau d'instruction (53%) ,exerçant la profession commerçante et ménagère (55%),vivant en concubinage(81%) et résidant majoritairement à Yopougon (85,7%).

La plupart des patientes (71%) n'avaient jamais entendu parler de l'APD .Soixante-neuf pour cent d'entre elles estimaient que l'APD supprimaient la douleur .Toutes les patientes connaissaient le niveau de ponction. 69,5% des patients estimaient qu'elle était avantageuse (relâche le col) et 13,8% d'entre elles répondaient que l'APD était source de lombalgies et de paralysie. Quatre-vingt-sept % des gestantes avaient adhéré à l'APD pour accouchement contre 13% qui ont opposé leur refus pour essentiellement le risque de complications liées à l'APD (46,1%) et pour des raisons culturelles (38,1%).

**Conclusion :** L'APD reste une technique efficace d'analgésie pour accouchement. Les avantages demeurent nettement supérieurs à ses inconvénients.

**Mots-clés :** analgésie péridurale, accouchement, acceptabilité, obstétrique.

## Accouchement sous analgésie péridurale au CHU Mère-Enfant « Le Luxembourg » de Bamako-Mali

**Coulibaly B B,** Toure M K, Coulibaly M, Koita S, Meuzebou N A, Gamby A, Gana M, Traore K B, Coulibaly Y.

**Introduction :** La pratique de l'analgésie péridurale en milieu hospitalier Bamakois reste encore très peu exploitée. Cette étude avait comme objectif de faire un état de lieu sur la pratique de l'analgésie péridurale pour accouchement.

**Méthodologie :** Il s'agissait d'une étude prospective transversale descriptive colligeant toutes les parturientes ayant bénéficié d'une analgésie péridurale (APD) lors de l'accouchement au cours de la période d'étude, qui s'étendait de septembre à décembre 2018.

**Résultats :** Nous avons colligé 50 accouchements sous péridurale sur un total de 314 accouchements soit 15,9%. La tranche d'âge [15-34 ans] était la plus représentée (84%). 66% de notre population d'étude n'avait pas de connaissance sur l'APD. Le monitorage (PNI, FC, FR, SPO2), le bouton dermique à la xylocaïne 2% ont été systématiques chez toutes les parturientes. Le bloc sensitif s'était installé entre 10-20 minutes chez 70% des patientes. Aucune des parturientes n'a présenté de bloc moteur. 14% des femmes ont présenté une hypotension artérielle. Aucune souffrance fœtale n'a été enregistrée dans notre série. L'accouchement a eu lieu dans les 3- 4h suivant l'APD chez 48,94% des femmes. 94% des parturientes étaient satisfaites de l'APD. 6% des patientes ont été césarisées pour dilatation stationnaire. Nous n'avons pas observé d'incident ou accident liés à la pose de la péridurale.

**Conclusion :** La douleur du travail d'accouchement représente une expérience douloureuse et sa prise en charge demeure un objectif majeur pour les professionnels de santé.

**Mots clés :** Accouchement, Analgésie, Péridurale.

## Place de la morphine dans la prise en charge de la douleur drépanocytaire au Mali

B.A. Touré[1], A K Dembélé[1], M Bathily[2], D Berthé[1], Y Fofana[1], D Diabaté[1], M Coulibaly[1], Y Traoré[1], Y Badiaga[1], S Kéné[1], A Guido[1], D Diallo[1]

**Auteur :** Boubacari A Touré dianke74@yahoo.fr

**Introduction :** La drépanocytose, maladie héréditaire de l'hémoglobine se caractérise par la survenue de complications aigues et chroniques. La complication aigue la plus fréquente est la crise vasoocclusive qui se manifeste principalement par la douleur d'apparition brutale et de forte intensité. Nous rapportons l'expérience d'un centre spécialisé de prise en charge de la drépanocytose en Afrique au sud du Sahara.

**Malades et méthodes :** Il s'agissait d'une étude descriptive sur un an portant sur tous les patients drépanocytaires majeurs, hospitalisés pour une crise douloureuse ayant bénéficié d'un traitement par la morphine. La douleur était évaluée par l'échelle numérique simplifiée (ENS) et/ou l'expression du visage. La morphine était administrée soit en titration toutes les 15 minutes, soit en bolus associé au paracétamol.

**Résultats :** Au total 672 patients étaient inclus sur un total d'admission de 883 patients hospitalisés. L'âge moyen était de 22 ans (extrêmes 17 mois et 52 ans). Les patients étaient majoritairement de phénotype SS (75%). La douleur était sévère (ENS≥7) chez 60% des patients. La morphine a été administrée en titration chez 403 patients avec sédation de la douleur de moitié au bout de 10 minutes et une sédation complète au bout de 20 minutes. La dose maximale de morphine pour une sédation complète était de 9mg. Environ 80% des patients n'avaient auparavant reçu la morphine. Les effets indésirables étaient digestifs (nausées, vomissement, constipation) et cutanées (prurit).

**Conclusion :** La morphine est une molécule efficace pour la prise en charge de la douleur drépanocytaire. L'élaboration de protocoles consensuels adaptés à nos réalités permettra une meilleure utilisation de cette molécule.

**Mot clés :** Drépanocytose-Douleur- Morphine

## Prise en charge de la douleur post-opératoire en ophtalmologie

Sogodogo C[1], Dembélé AS[1], Sylla F[2], Tall F[2], Guindo A[2], Guirou N[2], Napo A[2], Simaga A[2], Diango DM[3], Coulibaly Y[4], Diallo AK[4].

**Auteur correspondant :** Pr Dembélé Aladji Seïdou / dralasaid@gmail.com

**Résumé :**

**Introduction :** La douleur post opératoire est prévisible. Elle est évitable, et nécessite une évaluation périodique. Sa prise en charge adéquate, est une priorité en périopératoire.

**Objectifs :** Evaluer la prise en charge de la douleur dans les 24 heures post opératoire de chirurgie ophtalmologique.

**Patients et Méthode** : Nous avons réalisé une étude prospective transversale sur 1mois. Elle a porté sur l'ensemble des patients âgés d'au moins 10 ans programmés sous anesthésie locorégionale. L'échelle d'évaluation utilisée était l'EVA. Les paramètres sociodémographiques, cliniques, les caractéristiques de la chirurgie, la technique anesthésique et le protocole analgésique, étaient recueilli et analysé.

**Résultats :** Nous avons inclus 233 patients en post opératoire. La moyenne d'âge était de 59,5 avec des extrêmes de 10 à 109 ans. Une prédominance féminine avec un sex-ratio à 0,75. Les ménagères représentaient 50,2%. L'HTA était la comorbidité la plus retrouvée (34,3%). L'indication opératoire était la cataracte dans 90,98%, le ptérygion : 4,30% la dacryocystostomie : 2,58% ; éviscération : 1,30% ; Tumeur : 0,42% et l'ulcère de Moren : 0,42%. Dans 53,2%, les patients étaient classés ASA1 contre 46,4% de ASA2. L'association xylocaïne + bupivacaïne était utilisée en péribulbaire dans 86,70% et en sous tenonienne dans 8,58%. Une sédation était associée à l'APB dans 4,72% des cas. 86% des patients ne présentaient aucune douleur à H4 post opératoire. A H8, 0,9% des patients ne présentaient pas de douleur et 82% douleur modérée contre 16% de douleur intense. De H12 au lendemain, la douleur modérée était : 87% contre 12% de douleur intense. Le paracétamol et un anti inflammatoire en collyre étaient institués pour douleur modérée. Les patients présentant une douleur intense étaient mis sous tramadol + paracétamol et anti inflammatoire en collyre.

**Conclusion :** La douleur en ophtalmologie est dans la majorité des cas modérée, cependant certains patients présentent des douleurs intenses méconnues. Il convient donc d'évaluer la douleur chez tous les patients pour une meilleure prise en charge.

**Mots clés** : Douleur ; Post opératoire ; Ophtalmologie.

# Anesthésie

## Anesthésie pour urgences viscérales pédiatriques au Centre Hospitalier Régional de Saint-Louis

Dieng M.(1), Ndoye N. A(2), Diedhiou M. (1), Diao M. L. (3), Tendeng J. N. (3), Nibogora J. (3), Fall L. (1)

**Introduction :** Les urgences viscérales de l'enfant constituent un défit pour les anesthésistes. En effet, l'enfant n'est pas un adulte en miniature, mais un organisme en croissance. De ce point de vue l'urgence est un facteur de risque de complications.
**But :** faire l'état des lieux de la pratique anesthésique pour urgence viscérale pédiatrique.
**Matériel et Méthodes :** Sur une période de 18 mois, tous les enfants âgés d'un (1) mois à quinze (15) ans, ayant bénéficié d'une anesthésie pour chirurgie viscérale en urgence, avaient été inclus. Les paramètres étudiés étaient : l'âge, le sexe, les étiologies, les techniques anesthésiques utilisées, les incidents et accidents péri-opératoires en rapport avec à l'anesthésie.
**Résultats :** sur 618 enfants opérés, 112 étaient des cas d'urgence viscérale (18,12 %). Il s'agissait de 63 % de garçons et 47 % de fille. L'âge moyen était de 9 ans avec des extrêmes de 1 mois et de 15 ans. Les nourrissons représentaient 20 % et les enfants de plus de 6 ans 60 %. Les indications chirurgicales étaient dominées par l'appendicite aiguë 41,07% (46), les péritonites 27,68% (31), les hernies étranglées 10,71% (12). L'anesthésie générale était la règle, associée à une analgésie caudale dans 7 cas. L'induction était intraveineuse (107) et inhalatoire (5). Les incidents avaient concerné 21 patients (18,75%). Nous avons observé des complications hémodynamiques chez 11 enfants : hémorragies (8), bradycardies (5), hypovolémies (2) ; et 8 cas des complications respiratoires (4 laryngospasmes, 2 intubations difficiles, un bronchospasme et une détresse respiratoire). Les autres complications étaient : le retards de réveil (5); les nausées-vomissements (4) et l'hypothermie (1). La transfusion était réalisée chez 29 patients. Vingt cinq patients (22,32 %) étaient admis en réanimation dont 9 cas de ventilation postopératoire.
**Conclusion :** l'anesthésie pour urgence viscérale pédiatrique est une éventualité fréquente. La technique de choix est l'anesthésie générale. Elle expose aux difficultés de contrôle des voies aériennes et est souvent associée à des techniques d'analgésie locorégionale. Les complications étaient à prédominance hémodynamiques et respiratoires.
**Mots clés :** Anesthésie ; urgence ; viscérale ; pédiatrique.

## Prise en charge anesthésiologique des urgences chirurgicales en zone post occupation terroriste: cas de l'hôpital de Tombouctou.

**Coulibaly B B,** Toure M K, Coulibaly M, Koita S, Ongoiba O, Toure M S, Coulibaly Y.

**Introduction**
La chute des régions du nord du Mali en 2012 suite à une rébellion armée a ouvert la voie à une occupation Djihadistes. Tombouctou n'avait pas fait exception à cette occupation ayant entrainé une atteinte destructive de l'administration et des institutions localement implantées.
**Objectif**
Evaluer la prise en charge anesthésiologique des urgences chirurgicales à l'hôpital de Tombouctou dans un contexte post de conflit armée.
**Méthode**
Il s'agissait d'une étude rétrospective incluant tous les patients opérés en urgence de Janvier 2014 à Décembre 2016.
**Résultats**
Les critères d'inclusion nous ont permis de colliger 1251 patients sur un total de 2222 admis au bloc opératoire (56,30%). L'âge moyen était de 24 ans avec des extrêmes de 1jour et 90 ans. Le sex-ratio était de 1,97 (F/H). Le monitorage portait sur la capnographie, l'électrocardiogramme, la SpO2, la température et la PNI chez tous nos patients. Les urgences obstétricales ont représenté 53% les urgences traumatologiques 23%. La rachianesthésie a été faite dans 55% des cas et l'anesthésie générale dans 45,25% des cas. L'Atracurium était utilisé pour la curarisation peropératoire. La transfusion fut réalisée chez 75 patients soit 6%. Les incidents et accidents rencontrés étaient les coagulopathies et des intubations difficiles. La mortalité opératoire a été de 0,23% (03 patients). Un protocole périopératoire établi était rigoureusement observé.
**Conclusion :**
L'amélioration du pronostic des urgences en anesthésie passe une meilleure organisation structurelle et de fonctionnement du bloc opératoire en respectant les protocoles.
**Mots clés** : Anesthésie, Urgences, Chirurgie.

## Abcès péridural survenant après analgésie pour accouchement normal : à propos d'un cas et revue de la littérature

Diallo B[1], Beye S A[1], Ribahi H[2], Maikassoua M[3], Dicko H[1], Diallo D[1], Touré M K[1], Keita M[1], El Adib AR[2], Coulibaly Y[1].
**Correspondant :** Dr DIALLO Boubacar, aboudiallo@gmail.com ; CHU du Point G.

**RESUME**
**Introduction** : La mise en place de l'analgésie péridurale (APD) est une pratique très courante dans de nombreuses procédures. Elle est non seulement plus efficace que l'analgésie systémique, mais on lui attribue également des bénéfices en termes de morbidité. Ainsi au regard de son efficacité, son coût modeste, et son confort, cette pratique est actuellement très répandue en obstétrique [1]. Généralement considérée comme sûre du fait de la rareté des complications entraînant des déficits permanents, cette technique, comme tout acte médical, reste associées à certaines complications [2, 3, 4]. Nous rapportons un cas d'abcès péridural survenu neuf jours après un accouchement par voie basse sous APD.
**Observation** : Il s'agissait d'une patiente de 32 ans sans antécédent pathologique, G4P4V4, ayant accouchée sous APD dans un contexte de prééclampsie. Elle était admise en réanimation Obstetricale du CHU Mohammed VI de Marrakech, neuf jours plus tard, pour syndrome de compression médullaire. L'IRM médullaire réalisé en urgence objectivait une collection épidurale postérieure étendue (L2 à L5) compressif associé à une discopathie dégénérative modérée (L4-S1) avec saillies disco-ostéophytique médianes et paramédianes bilatérales conflictuelles. La patiente était prise au bloc sous Anesthésie générale, position genou-pectorale, incision médiane S1-L2 on procède à une laminectomie de L2-S1 permettant la découverte d'un abcès épidurale s'étendant jusqu'au parties molles. Un prélèvement bactériologique est réalisé puis lavage. L'hémoculture était positive à Staphylococcus coagulase négative et l'examen du prélèvement de pus objectivait un Staphylocoque épidermis sauvage (sensible au C3G +Aminoside). Les suites opératoires étaient simples, marquée par une récupération neurologique progressive avec disparition des troubles sphinctériens, la FM était de 3/5 à gauche et 5/5 droite à J4. La patiente était transférée en neurochirurgie puis sortie sous rééducation motrice, avec RDV pour IRM de contrôle.
**Conclusion** : malgré son caractère routinier et la simplicité de la technique, l'analgésie péridurale n'est pas sans risque. Les complications qu'elle peut engendrer peuvent engager autant le pronostic fonctionnel que vital. Leur pronostic dépend de la rapidité du diagnostic et de la précocité de la prise en charge.
**Mots clés** : Abcès ; péridurale ; analgésie.

## Prise en charge anesthésiologique de la césarienne pour éclampsie à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

Traoré A., Ba S., Cissé D, Timbo A., Coulibaly P., Mariko S., Bagayogo S.N
Auteur correspondant : Abdoulaye Traoré
ngoaabdoualye@yahoo.fr

**Introduction** : L'éclampsie est une complication neurologique majeure de la pré-éclampsie. Elle engage le pronostic vital du couple mère enfant. La prise en charge anesthésiologique de l'éclamptique pendant la césarienne qui se fait dans les conditions d'extrême urgence, est une anesthésie à haut risque pour le couple mère enfant.
Cette étude avait pour objectif d'évaluer la prise en charge anesthésiologique de la césarienne pour éclampsie dans notre pratique à l'hôpital SOMINE Dolo de Mopti, centre hospitalier régional de 2ème référence dans la région de Mopti au Mali.
**Patientes et méthodes** : Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive portant sur toutes les patientes admises en réanimation après prise en charge pour anesthésie lors d'une césarienne pour éclampsie réalisée sur une période de 10 mois à l'hôpital SOMINE Dolo entre novembre 2018 et août 2019.
**Résultats** : 76 patientes ont été prises en charge soit 40% des admissions. La tranche d'âge 15-19 ans était la plus représentée avec 47,37%. Les patientes étaient des ménagères dans 85,53% des cas. La majorité des patientes 86% étaient mariées. Plus de 50% des patientes n'étaient pas scolarisées. La majorité des patientes n'avaient pas d'antécédent d'HTA soit 90,79% et 57,14% n'avaient effectué aucune CPN. Elles étaient classées ASU 3 U dans 85,53% des cas et 60,52% avaient un score de Glasgow entre 7 et 8/15. Toutes les patientes ont bénéficié d'une AG+IOT avec le thiopental comme hypnotique dans 61,82% des cas et la succinylcholine comme curare dans 90% des cas.
**Conclusion** : L'anesthésie de l'éclamptique lors d'une césarienne est assez fréquente dans notre pratique. Il s'agit généralement d'une anesthésie générale avec intubation orotrachéale.
**Mots clés :** Prise en charge, anesthésie, éclampsie, Hôpital SOMINE Dolo.

## Anesthésie réanimation pour la prise en charge chirurgicale des cardiopathies rhumatismales. Centre André Festoc au CHU Mère-Enfant « Luxembourg » de Bamako

BINTA DIALLO, Mahamadoun Coulibaly, Rakiswendé A Zongo , Siriman A KOITA, , Salia I TRAORE, Aminata DABO, Brehima B COULIBALY, Baba I DIARRA, Modibo DOUMBIA, Sanoussi Daffé, Mamadou K TOURE, Boubacar DIALLO, Seydina A BEYE, Brehima COULIBALY, Aladji S Dembélé, Mamadou B DIARRA, Broulaye Samaké, Djibo M DIANGO, Youssouf COULIBALY

**Auteur correspondant :** Dr Binta Diallo, bintlma@gmail.com

**Introduction :** Schématiquement, on considère que chez l'enfant et l'adolescent, la valve mitrale est atteinte dans 85% des cas, la fréquence du rétrécissement isolé dépassant à peine 5%. La valve aortique est lésée dans environ 54% des cas et la tricuspide dans moins de 5% des cas. La prise en charge chirurgicale est associée à une morbi-mortalité importante et doit tenir compte des spécificités lies à la présentation clinique et aux conditions socio-économiques.

Objectif : Evaluer la prise en charge des valvulopathies rhumatismales en chirurgie cardiaque.

**Matériel et Méthode :** Il s'agissait d'une étude prospective, transversale, descriptive, qui s'est déroulée sur une période de 10 mois, allant du 7 septembre 2018 au 30 juin 2019 incluant tout patient opérer de cardiopathie rhumatismale dans le centre André Festoc du centre hospitalier universitaire mère- enfant « Le Luxembourg » de Bamako, au Mali. Les données ont été saisies avec les logiciels Microsoft Office WORD et EXCEL 2016 et analysées avec IBM SPSS 210.

**Résultats :** 68 patients ont été opéré de cardiopathie rhumatismale durant la période d'étude. L'âge moyen était de 18 ans, le sexe féminin était prédominant avec 58,8%, on retrouvait une notion d'angine à répétition dans 52,9%, le délai de prise en charge était de plus de 3 ans pour 39,7%. 46 patients soit 67,2% avait présenté au moins un épisode de décompensation. Les diurétiques et les IEC étaient les molécules les plus utilisé avec respectivement 97,1% et 89,7%. Chez 41 patients soit 60,3%, la valve mitrale était la valve de prédilection avec 51,5% IM, 20,6% MM et 16,2% RM. Une HTAP a été retrouve chez 54,1% de la population. Le remplacement valvulaire mitral (48,5%) et la plastie mitrale (48,5%) étaient les gestes les plus réalisé. Le temps moyen de CEC était de 142mn. Le temps moyen de clampage aortique était 96mn. La noradrénaline était la drogue la plus utilisée en peropératoire avec 19%. En sortie de CEC 91,2% des patients étaient sous drogues. En réanimation les complications cardiaques ont été les plus fréquentes soit 19,1%. La majorité de nos patients soit 66,2% ont été extubé dans un délai < à 3 heures. La mortalité en post opératoire immédiat était 4,4% et de 7 ,3% à un mois. La durée de séjour était comprise entre 4 et 6 jours pour 45,6% des patients.

**Conclusion :** La cardiopathie rhumatismale est très fréquente dans nos contrées avec comme complications les valvulopathies rhumatismales dont le traitement curatif reste chirurgical. Les remplacements ou plasties valvulaires ont permis d'améliorer le pronostic de ces patients moyennant une prise en charge adéquate en pré, per et postopératoire.

**Mots clés :** Cardiopathie rhumatismale, remplacement valvulaire, CEC

## Evaluation de la connaissance des parents sur les risques liés à l'anesthésie générale chez les enfants au CHU-IOTA de Bamako

**Dembélé AS[1],** Sogodogo[1]C Sylla F[2], Tall F[2], Guindo A[2], Guirou N[2], Napo A[2], Simaga A[2], Diango DM[3], Coulibaly Y[4], Diallo AK[4].

**Auteur correspondant :** Pr Dembélé Aladji Seïdou / dralasaid@gmail.com /

**INTRODUCTION :** La consultation d'anesthésie est un moment important à la fois pour vérifier les conditions de jeûne et pour s'assurer de l'absence ou de la gestion de toute contre-indication qui pourrait être source de complications. Il convient de s'entretenir avec les parents afin d'obtenir leur consentement éclairé. Certains parents par méconnaissance des dangers, enfreints aux règles sécurités consignés par l'anesthésiste.

**OBJECTIFS :** Evaluer la connaissance des parents sur les risques liés à l'anesthésie générale et l'observance des recommandations préopératoires.

**PATIENTS ET METHODES :** Il s'agissait d'une étude descriptive prospective portant sur l'ensemble des parents de patients de 0 à10 ans devant subir une anesthésie générale du 01 juin 2019 au 31 Juillet 2019.

**RESULTATS :** Sur la période d'étude, nous avons retenus 73 parents parmi lesquels la tranche d'âge de 21 à 40 ans était la plus représentée avec 71,2% avec une prédominance féminine de 61,6%. Les parents étaient scolarisés 56,2%. Dans 69,9% des cas, ils résidaient hors de Bamako. 34,3% des enfants avaient déjà été anesthésiés au moins une fois. Dans 21,9% les motifs de consultation étaient la leucocorie et le traumatisme de l'œil. 39,7% des accompagnants n'avaient aucune connaissance sur l'intérêt de la consultation d'anesthésie. 42,5% des enfants avaient plus de trois (3) mois d'attente de programmation. La cataracte a été l'indication de l'anesthésie générale la plus retrouvée avec 28,8%. L'intérêt du jeûne pré anesthésique était ignoré par 83,6% des parents. Les parents exprimaient un stress dans 64,4% dont le motif était la perte de la vision de l'enfant dans 46,6%. Ils ignoraient les complications de l'anesthésie pouvant aller jusqu'au décès dans 82,2%.

**CONCLUSION :** Les complications en anesthésie générales sont plus fréquentes chez les enfants. La majorité des parents n'ont aucune connaissance des risques liés à l' l'anesthésie générale ce qui augmente le stress chez eux.

**Mots clés** : Connaissance des risques par les parents - Anesthésie générale chez l'enfant – Ophtalmologie CHU-IOTA

## Anesthésie générale sans injection de morphiniques : expérience à ABIDJAN

**N'Guessan Y.F,** Gore Y L, Aye Y D, Abhé CM, Ouattara A, Coulibaly KT, Mobio MP, Nétro D, Tetchi Y.

Correspondant : NGuessan Yapi Francis, Email : yapifrancis@yahoo.fr

**Objectif** : Contribuer à la promotion de l'anesthésie générale sans injection de morphiniques

**Matériels et Méthodes :** Etude multicentrique prospective randomisée en simple aveugle, déroulée sur une période huit (08) mois dans trois CHU d'Abidjan.

**RESULTATS** : La population de 10 à 50 représentait 96%, féminine 62%, non obèse 88%, classée ASA1 et 2 96%, scolarisée 82%. Elle a été divisée en deux groupes statistiquement superposables : le groupe Anesthésie sans morphine (GASM) et le groupe témoin (GT). Les anesthésies ont été réalisées en chirurgie pédiatrique 22%, en gynéco-obstétrique 20%, en chirurgie digestive 14% et en chirurgie esthétique 14%. En per opératoire, nous n'avons pas trouvé de différence significative au niveau de la survenue d'incidents à l'intubation et du confort des chirurgiens (P=0.65). Dans le GASM la pression artérielle et le pouls étaient significativement plus élevés que le GT et il y avait une consommation plus élevée des volatils pendant l'entretien. En post opératoire, dans le GASM nous avons observé une régression des nausées et vomissements. Malgré que nous n'ayons pas trouvé de différences significatives, les effets anti hyper algésique ont été observés chez 72% des patients du GASM.

**Conclusion :** L'anesthésie sans injection de morphiniques peut se pratiquer chez tous les patients dans plusieurs chirurgies avec de nombreux avantages post opératoires.

**Mots Clés** : anesthésie sans morphine - anti-hyperalgésie - complication post opératoire - confort chirurgical.

## Pratique de l'anesthésie en situation d'urgence à L'Hôpital Général de Reference Nationale De N'djamena

**Adjougoulta Kdb**[1], Kaboro M[1], Doumbia M[2], Ndouctoune E[1], Dogue T[1].
[1] Hôpital Général de Référence Nationale de Ndjamena, [2] Hôpital de la mère et de l'enfant

**Introduction :** L'anesthésie réalisée en urgence est une anesthésie à risque nécessitant une attention particulière. Le but de notre étude était d'identifier les défaillance constatées afin d'améliorer la qualité de l'acte anesthésique et la sécurité du patient pris charge en urgence. Patients et méthode : Il s'agissait d'une étude prospective descriptive qui s'est déroulée en 24 mois (janvier 2015-décembre 2017).
**Résultats :** Notre étude a concerné 6,76% (1206/17834) des admissions aux urgences chirurgicales. Nos patients étaient à 41,3% d'âge entre 20 et 30 ans. Il y avait une prédominance masculine (sex-ratio de 3,05). La numération formule sanguine a été l'examen le plus réalisé (63,4%). L'appendicite a été la première indication opératoire dans 27,9% des cas suivie de la hernie inguinale étranglée dans 15,9% des cas et de la plaie pénétrante de l'abdomen dans 14,3% des cas. Nous avons enregistré 45,8% des patients classées ASA-1U. Les actes anesthésiques étaient réalisés par un binôme de techniciens d'anesthésie seuls dans 94,9% des cas. L'anesthésie générale a représenté 77,9% (939/1206) des anesthésies dont 33,6% (315/939) réalisées au masque sans intubation. L'anesthésie locorégionale notamment la rachianesthésie a été réalisées dans 22,1% des cas. Il y a eu 7% des patients qui ont eu la prévention du syndrome de Mendelson par la ranitidine. L'induction à séquence rapide kétamine-suxaméthonium a été réalisée dans 43,8% (411/939) des cas. L'entretien a été conduit par l'isoflurane dans 19,8%. Les complications per-opératoires observées ont été l'hypertension artérielle par insuffisance d'analgésie chez 13% de patients, l'arrêt cardiaque sur table chez 22 patients (1,8%) et l'inhalation du contenu gastrique chez 3 patients (0,2 %). Il y a eu 2,6% de décès précoce.
**Conclusion :** Une anesthésie en urgence de qualité requiert une bonne évaluation et préparation pré opératoire, une surveillance rigoureuse. L'effort doit être fait pour abandonner autant que possible l'anesthésie générale au masque sans intubation..
**Mots clés :** Anesthésie, Arrêt cardiaque, Formation, Mortalité, Urgence.

## Anesthésie pour césarienne d'urgence au cours de l'éclampsie au Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké

Irie Bi GS, Kouadio KS, Ogondon B, Pete YD, Koffi NR, N'Da-Koffi C, Samake Y, Able E, Kouame KE, Brouh Y.

Service d'anesthésie-réanimation, Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké

**Contexte:** L'anesthésie pour éclampsie est une anesthésie à haut risque.

**Objectif:** décrire la pratique de l'anesthésie pour éclampsie au CHU de Bouaké en vue de son amélioration.

**Patients et méthodes:** Etude rétrospective descriptive et analytique des cas d'anesthésie pour césarienne d'urgence pour éclampsie, de Janvier 2015 à Décembre 2016 aux blocs opératoires du service de gynécologie-obstétrique du CHU de Bouaké. Les paramètres étudiés étaient: l'évaluation du risque anesthésique, la conduite anesthésique, les accidents et incidents anesthésiques

**Résultats:** Sur un total de 3831 césariennes réalisées en urgence, 65 d'entre elles l'étaient pour une éclampsie, soit 1,69% de l'activité chirurgicale obstétricale. L'âge moyen des patients était de 20,30 ± 3,34 ans et 85% d'entre elles étaient des primipares. L'anesthésie générale était l'unique technique utilisée chez toutes les patientes. L'induction anesthésique a été effectuée avec le thiopental dans 98% des cas et le vécuronium était le seul myorelaxant utilisé. Les principales complications fœtales étaient: la détresse respiratoire (40%), la prématurité (30%) et l'hypotrophie fœtale (22%). Les complications maternelles immédiates étaient: l'agitation (70%), les convulsions (40%) et le retard de réveil (15%). La létalité maternelle était de 5% et la létalité néonatale de 8%. Les éléments de mauvais pronostic maternel étaient la classe ASA IVU (p = 0,015) et le score d'Aldrète modifié compris entre 3 et 5 (P = 0,001).

**Conclusion:** L'anesthésie en urgence pour l'éclampsie demeure difficile à Bouaké et pourrait être amélioré par un meilleur équipement des structures de santé.

**Mots-clés :** Anesthésie, Eclampsie, Césarienne, Urgence.

## Pratique de l'anesthésie pour césarienne au Centre Hospitalier d'Essos

Nga Nomo Serge (1), Djomo Tamchom D (2), Chewa G (1), Iroume C (1), Nkoumou S (1), Chobli M (3)

(1) Centre Hospitalier d'Essos, Yaoundé – Cameroun .
(2) Hôpital Gynéco-Obstétrique et pédiatrique de Douala - Cameroun
(3) Département d'Anesthésie-Réanimation/Faculté des sciences de la santé,

**Introduction:** La césarienne est une intervention chirurgicale visant, chez une femme enceinte, à extraire l'enfant par voie abdominale. Dans les pays à ressources limitées, la mortalité imputable à l'anesthésie pour césarienne demeure élevée.

**Objectif**: Décrire la prise en charge anesthésique des césariennes au Centre Hospitalier d'Essos.

**Patients et méthode**: Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive à visée prospective qui s'est déroulée au Centre Hospitalier d'Essos à Yaoundé sur une période de 3 mois, de Juin à Aout 2019. Toutes les parturientes chez qui l'indication de césarienne était posée durant la période d'enquête ont été inclues dans l'étude. Les données étaient collectées à partir de l'observation directe et l'exploitation des dossiers d'anesthésie.

**Résultats**: Au cours de l'étude, 87 parturientes ont été colligées. L'âge moyen des enquêtées était de 27 ans. La tranche d'âge des 19-34 ans était la plus représentée. Plus de la moitié des césariennes (58,6%) étaient réalisées en urgence. L'indication de la césarienne était portée pour une cause fœtale dans 62,1% des cas, pour une cause maternelle dans 24,1% des cas, et pour une materno-fœtale dans 13,8% des cas. La souffrance fœtale aigue était l'indication la plus fréquente (31%). 96,6% des enquêtées étaient classées ASAII et 3,4% de classe ASAIII. La rachianesthésie (RA) était la technique de choix (93,1%). La marcaine hyperbare était le seul anesthésique local utilisé pour la pratique de la RA, et le propofol l'unique hypnotique utilisé pour la pratique de l'anesthésie générale. La technique anesthésique était réalisée dans 75,9% des cas par l'Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État, et dans 24,1% des cas par le Médecin Anesthésiste-Réanimateur. L'espace intervertébral L3-L4 était l'espace de prédilection pour la ponction lombaire en cas de RA (80,7%). L'hypotension survenait chez 41,37% des parturientes qui avaient bénéficié de la RA. L'éphédrine était le seul vasopresseur utilisé pour traiter l'hypotension induite par la RA. Le pré-remplissage vasculaire aux cristalloïdes était pratiqué dans 96,30% des cas de RA contre 3,7% pour le co-remplissage. Aucun décès lié à l'anesthésie n'a été enregistré.

**Conclusion**: La souffrance fœtale aigue est la principale indication de césarienne au Centre Hospitalier d'Essos. La RA est la technique de choix en l'absence de toute contre-indication.

**Mots clés**: Anesthésie, Césarienne

## L'ALRIV est- elle une technique anesthésique dépassée ? notre expérience au CHU de Yopougon

Dr Kouamé KI, Bouh KJ, Soro L ,Konan KJ , Kouassi E, Diomandé S, Kouamé S, Aka BG, Amonkou AA

Service d'anesthésie réanimation CHU Yopougon

**Introduction**

LALRIV a pour but d'entrainer une diffusion directe de l'anesthésique des veines vers les nerfs adjacents. Elle est indiquée dans les chirurgies du membre supérieur ou du membre inférieur, de durée brève. C'est une technique simple, d'enseignement facile, d'efficacité constante, reproductible et peu onéreuse.

**Matériels et Méthodes** : Nous avons réalisé une étude prospective et descriptive de Janvier à Juillet 2019 au bloc opératoire de traumato-orthopédie du CHU de Yopougon. Ont été inclus tous les patients admis pour une chirurgie de durée inférieure à 1H30mns portant sur le membre supérieur (du coude au doigt) ou sur le membre inferieur (du genou aux orteils).

**Résultat** : 25 patients ont bénéficié d'une ALRIV sur un total de 261 chirurgies orthopédiques soit une prévalence de 9,61%. Le sex ratio était de 3,17. 80 patients étaient classés ASAI. La technique utilisée pour l'ALRIV a été majoritairement celle du double garrot (23 patients). La lidocaïne à 0,5 % non adrénalinée était l'anesthésique local utilisé chez tous les patients à la posologie de 0,5 ml/kg. Le temps du premier garrot était en moyenne de 18 mn et la durée minimale du garrot de 35 mn. Le délai moyen entre l'ALRIV et l'incision chirurgicale était de 14,6 mn et la durée moyenne des interventions était de 57,28 mn. Nous avons enregistré 2 cas d'anesthésie incomplète. Une analgésie intraveineuse était systématique et débutait environ 10 mn avant la fin prévue de l'intervention. Nous avons noté un cas de bourdonnement d'oreille mais aucun cas de toxicité cardiaque. Le délai moyen de survenu de la douleur en post opératoire étais de 260 mn

**Conclusion** : L'ALRIV est une technique d'anesthésie locorégionale simple et efficace particulièrement en pratique ambulatoire. Elle est réputée plus facile que le bloc nerveux périphérique et l'absence d'analgésie post opératoire peut être compensée par une analgésie multimodale précoce.

**Mots clés :** Analgésie, ALRIV, orthopédie,

## Anesthésie pour césarienne d'urgence au cours de l'éclampsie au Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké

Irie Bi GS, Kouadio KS, Ogondon B, Pete YD, Koffi NR, N'Da-Koffi C, Samake Y, Able E, Kouame KE, Brouh Y

Service d'anesthésie-réanimation, Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké

**Résumé**

**Contexte:** L'anesthésie pour éclampsie est une anesthésie à haut risque.

**Objectif:** décrire la pratique de l'anesthésie pour éclampsie au CHU de Bouaké en vue de son amélioration.

**Patients et méthodes:** Etude rétrospective descriptive et analytique des cas d'anesthésie pour césarienne d'urgence pour éclampsie, de Janvier 2015 à Décembre 2016 aux blocs opératoires du service de gynécologie-obstétrique du CHU de Bouaké. Les paramètres étudiés étaient: l'évaluation du risque anesthésique, la conduite anesthésique, les accidents et incidents anesthésiques

**Résultats:** Sur un total de 3831 césariennes réalisées en urgence, 65 d'entre elles l'étaient pour une éclampsie, soit 1,69% de l'activité chirurgicale obstétricale. L'âge moyen des patientes était de 20,30 ± 3,34 ans et 85% d'entre elles étaient des primipares. L'anesthésie générale était l'unique technique utilisée chez toute les patientes. L'induction anesthésique a été effectuée avec le thiopental dans 98% des cas et le vécuronium était le seul myorelaxant utilisé. Les principales complications fœtales étaient : la détresse respiratoire (40%), la prématurité (30%) et l'hypotrophie fœtale (22%). Les complications maternelles immédiates étaient : l'agitation (70%), les convulsions (40%) et le retard de réveil (15%). La létalité maternelle était de 5% et la létalité néonatale de 8% chez les nouveau-nés. Les éléments de mauvais pronostic maternel étaient la classe ASA IVu (p = 0,015) et le score de réveil d'Aldrète modifié compris entre 3 et 5 (P = 0,001).

**Conclusion:** l'anesthésie en urgence pour l'éclampsie demeure difficile à Bouaké et pourrait être amélioré par un meilleur équipement des structures de santé.

**Mots-clés :**Anesthésie, Eclampsie, Césarienne, Urgence.

## Evaluation de l'anesthésie ambulatoire pédiatrique pour sédation.

*Lovette S, MKTouré, B Coulibaly, M Coulibaly, SA Koita, Alice M, R Niangado, A Gamby, D Doumbia, DM Diango, Y Coulibaly.*

**Introduction :**
Le nombre de procédures pratiquées sous anesthésie en dehors du bloc opératoire est en perpétuelle augmentation, en particulier chez la population pédiatrique. Néanmoins, cette pratique n'est pas dénudée de risques compromettant le pronostic vital du patient. L'objectif de notre travail est d'évaluer la qualité de prise en charge anesthésique hors site chez la population pédiatrique.
**Matériel et méthodes :** Etude observationnelle prospective étalée sur une période de 05 ans, allant de janvier 2014 à décembre 2018, au CHU-Mère enfant le Luxembourg, ont été inclus tous les enfants âgés de moins de 15 ans, ayant bénéficié d'une exploration pour TDM ou pour ETT sous anesthésie générale, ou sous sédation. Les données démographiques, techniques d'anesthésie, durée de l'examen et les complications péri-anesthésiques ont été recueillies sur une fiche d'enquête. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS.21.
**Résultats :** Nous avons colligé 1698 enfants. L'âge moyen était de 38,58 mois ± 24,30 avec prédominance masculine (86,3%) et un poids moyen de 14,57 kg ± 4,20. Les patients étaient classés ASAI (97,35%) et ASAII (2,65%). Le motif d'examen le plus fréquent était la TDM cérébrale (majoritairement pour IMC et hydrocéphalie), 12 patients ont bénéficié d'une sédation pour ETT. La consultation pré anesthésique a été réalisée chez tous les patients. La sédation a été programmée chez 93,45%. Le monitorage a porté unique sur la $SPO_2$ chez 35%, l'électrocardioscope et $SPO_2$ chez 56,25% des patients. L'oxygénation nasale a été réalisée chez 83,76% des patients. Les incidents observés ont été essentiellement la désaturation chez 0,33% de cas, retard de réveil chez 05 patients et la bradycardie chez 12. Deux cas d'arrêt cardiaque récupéré ont été observés. Aucune prémédication médicamenteuse n'a été réalisée. Le propofol a été essentiellement l'hypnotique utilisé. Le contrôle des voies aériennes était assuré par la canule de Guedel (38,8%). La durée moyenne de l'anesthésie a été de 24,66± **16,69** min. La sédation a été réalisée par un médecin chez 2%, 68,5% par un assistant médical en anesthésie, et 29,5% par une équipe associant les eux.
**Conclusion :**
Le risque, que pose l'anesthésie pédiatrique en dehors du bloc opératoire, est non seulement lié à l'âge des patients mais aussi à cause des problèmes d'organisation et au manque de qualification du personnel. De cette étude, il en ressort que la qualité de prise en charge anesthésique pédiatrique hors site est sujette à de nombreux écarts.

## Anesthésie pour chirurgie oncologique hépatobiliaire et pancréatique en milieu défavorisé : à propos de quatre six cas au CNHU-HKM DE COTONOU

Ahounou E[1], Gbessi G[1], Akodjenou J[2], Mewanou S[1], Zoumenou E[2].
1 Anesthésie réanimation du CNHU-HKM
2 Anesthésie réanimation du CHU HOMEL
**Auteur correspondant :** Dr Ahounou Ernest ; ahounousteph@yahoo.fr

**Introduction:** La chirurgie hépatobiliaire et pancréatique, est une chirurgie majeure, grevée d'une lourde morbi-mortalité dans les pays développés. Environ 43% des hépatectomies majeures vont présenter des complications en post-opératoire immédiat.
**Objectif** : Evaluer la prise en charge anesthésique péri opératoire et déterminer la survie à, J30 et J90
**Matériels et methode:** Etude prospective, descriptive et analytique, réalisée dans le service polyvalent d'anesthésie et de réanimation (SPAR), au cours d'une mission française de chirurgie hépatobiliaire et pancréatique .Elle a concerné six malades, dont quatre cas d'hépatectomie et deux de pancréatectomie (DPC ou caudale à préciser).
Ont été étudiées, les données sociodémographiques, l'évaluation et la prise en charge anesthésique, la morbidité et la survie des opérés
**Résultats** : La moyenne d'âge était de 48,16 ans, (les extrêmes à préciser) la sex-ratio 0,5 ; tous les opérés étaient de classe ASA ≥ 3 ; le carcinome hépato cellulaire score Chid A, avait été la seule indication des hépatectomies. Tous les cas d'hépatectomie avaient bénéficié d'une péridurale thoracique . La chirurgie avait duré en moyenne 264 minutes et les principales complications étaient le choc hémorragique( nbre) et l'insuffisance hépatocellulaire (nbre) . La transfusion en moyenne était de 4,5CGR/4,5PFC par patients. La survie à J90 était de 2/3 opérés.
**Conclusion :** Des efforts restent à faire aussi bien en chirurgie qu'en anesthésie pour réduire la morbidité et la mortalité liées à cette chirurgie.
**Mots clés** : Anesthésie, Chirurgie hépato biliaire pancréatique, Cancer.

## Profil épidémio-clinique des patients vus en consultation d'anesthésie au CHU-IOTA

**Dembélé AS[1],** Sogodogo[1]C Sylla F[2], Tall F[2], Guindo A[2], Guirou N[2], Napo A[2], Simaga A[2], Diango DM[3], Coulibaly Y[4], Diallo AK[4].

**Auteur correspondant :** Pr Dembélé Aladji Seïdou / dralasaid@gmail.com

**Introduction :** Les premières descriptions de la consultation d'anesthésie remontent à plus de 50 ans dans les pays anglo-saxons. Ces consultations étaient limitées à certains patients à haut risque ou à certaines interventions délicates. Elément important dans l'évaluation du risque, elle dépasse de loin la simple visite pré-anesthésique. Le Mali à l'instar de beaucoup d'autres pays africains n'a pas de législation en la matière. L'anesthésie pour la chirurgie ophtalmologique est programmée, parfois semi-urgente, ce qui facilite la consultation d'anesthésie à distance de l'acte.

**Objectif :** Etudier le profil épidémio-clinique des patients en consultation d'anesthésie.

**Patients et méthodes :** étude rétrospective, descriptive sur deux ans : de janvier 2015 à décembre 2016 portant sur l'ensemble des patients vus en consultation d'anesthésie. Les variables mesurées étaient les données socio démographiques et les données de l'évaluation.

**Résultats :** De janvier 2015 à décembre 2016 ; 2092 patients ont effectué une consultation d'anesthésie pour chirurgie programmée. La moyenne d'âge était de 50,27 avec des extrêmes allant de 1 à 104 ans. Le masculin prédominait avec 51,00% et un sex ratio de 0,94. Les adultes représentaient 83,13% contre 16,87% d'enfants. Les ménagères constituaient 36,3% des patients ; la cataracte représentait 78,3% des indications de la consultation d'anesthésie. L'HTA était l'antécédent médical retrouvé chez 23,30% et le diabète chez 1,70% des patients. Les patients avaient réalisé une glycémie, un taux de prothrombine et un temps de céphaline activé dans 97,60%. Les patients étaient classés Mallampati I dans 74%. La classe ASA1 a représenté 66% des cas ; ASA2 : 33% ;
ASA3 :1%. La technique d'anesthésie proposée était la péri bulbaire dans 84,2% ; l'anesthésie générale dans 15,8% des cas. Une consultation spécialisée en pédiatrie était demandée chez 2,00% des patients, 1,30% en diabétologie et 1,20% en cardiologie.

**Conclusion :** La consultation d'anesthésie nous a permis dans bon nombre de cas de suspecter un diabète ou une HTA chez les patients et de les orienter pour prise en charge.

**Mots clés** : Consultation, Anesthésie, Profil épidémio-clinique,

## Innocuité et efficacité de l'anesthésie sans morphinique dans un contexte de précarité

Traore I A [1], Guibla I [1], K I K B [2], Ilboudo S C[1], Sanon P D[1], Kabore R A F[3]

Service d'anesthésie-réanimation CHU SOURO SANOU de Bobo-Dioulasso

Service d'anesthésie-réanimation CHUP CHARLES DE GAULLE de Ouagadougou

3. Service d'anesthésie-réanimation CHU TENGANDOGO de Ouagadougou

**Introduction:** Les morphiniques d'emploi presque systématique en anesthésie générale ont montré leurs limites ces dernières années. Dès lors, l'anesthésie sans morphinique ou « opioid free anesthesia » (OFA) s'est développée et est de plus en plus pratiquée aux USA et en Europe. Cette étude avait pour but de montrer l'innocuité et l'efficacité de cette technique dans le contexte de précarité.

**Méthodologie:** Etude transversale prospective à but descriptif. Elle s'est déroulée du 15 février au 30 juin 2019. Ont été inclus dans l'étude tous les patients de 15 à 69 ans programmés au bloc opératoire centrale pour mastectomie, exérèse de tumeur intra-abdominale, exérèse de tumeur maxillo-faciale et ostéosynthèse du massif facial. La saisie et l'analyse ont été faites par le logiciel Epi-data. L'accord du comité d'éthique du CHU-SS a été obtenu.

**Résultats**

Nous avons colligés 45 cas pour l'étude. L'âge moyen des patients était de 41 ans. L'indice de masse corporelle (IMC) était normal dans 71,11% des cas. La classe ASA 1 était la plus représentée avec 53,3% des cas, 31,11% des cas étaient ASA 2 et 15,56% des cas ASA 3. La pression artérielle (PA) est restée stable à l'incision chez 73,33% des patients. La fréquence cardiaque (FC) est restée stable chez 64,44% des patients. L'éphédrine a été administrée chez 40% des patients avec une dose cumulée moyenne de 6 mg avec des extrêmes de 6 et 30 mg. La durée de la chirurgie était inférieure à deux heures dans 66,67% des cas. Le délai de réveil était inférieur à 15 min dans 80% des cas. L'EVA la plus élevée après la SSPI était inférieur ou égale à 3 dans 71,11% des cas et de 95,56% dans les 24 premières heures après la SSPI. Deux patients ont bénéficié d'une titration morphinique et 24,45% du tramadol en complément de l'analgésie débutée en peropératoire. Les nausées-vomissements postopératoires (NVPO) étaient présents chez 8,89% des patients. Aucun patient n'a eu une mémorisation peropératoire avec le questionnaire de Brice modifié administré 24H après la chirurgie.

**Conclusion:** L'OFA est une technique sûre et efficace avec les molécules disponibles dans nos contrées. Un essai clinique est nécessaire pour démontrer l'intérêt de l'OFA en Afrique subsaharienne.

**Mots clés**: anesthésie sans morphinique, Afrique subsaharienne

## Intérêt de l'opioid-free anesthesia versus anesthésie balancée classique en chirurgie viscérale.

Bougouma C.T.H.W, Kabore G.T, Ki K.B, Ouattara S.A, Kabore R.A.F, Ouedraogo N.

**Objectif :** Montrer les avantages de l'opioid-free anesthésia (OFA) par rapport à l'anesthésie balancée classique en chirurgie viscérale.

**Matériels et méthodes :** essai clinique randomisé mené du 15 juillet au 15 novembre 2018, incluant les patients de chirurgie abdominale, repartis en deux groupes : groupe 1 «opioid-free anesthesia» (OFA), groupe 2 anesthésie balancée. Le critère de jugement principal était le score moyen de douleur postopératoire (EVA).

**Résultats :** Au total 37 patients ont été colligés : 18 du groupe 1 et 19 du groupe 2. Les deux groupes étaient comparables pour : âge, sexe, indice de masse corporelle, chirurgie et classe ASA. La durée moyenne de la chirurgie était de 86,5 ± 16,6 pour le groupe 1 et 101,4 ± 23,5 minutes pour le groupe 2 (p = 0,034). En postopératoire, la moyenne de la PAM était de 83,6 ± 9 pour le groupe 1 et de 88,9 ± 10 mmHg pour le groupe 2 (p = 0,001). En postopératoire, il n'a pas été observé de différence dans la consommation de morphine (0,2 vs 0,6mg pour les groupes 1 et 2 (p = 0,49) et dans la survenue de nausées-vomissements postopératoires (22,2% vs 52,6%, p = 0,057). La reprise du transit intestinal était en moyenne de 2 ± 1 jours pour le groupe 1 vs 3 ± 1 pour le groupe 2 (p = 0,001). Le score moyen de douleur postopératoire était respectivement de 4,8 ± 0,6 et de 6,2 ± 0,5 (p = 0,001).

**Conclusion :** l'OFA réduit l'intensité de la douleur postopératoire et le délai de reprise du transit intestinal en chirurgie par laparotomie, sans différence significative dans la survenue des effets secondaires.

**Mots clés :** OFA, anesthésie générale, douleur post laparotomie, Burkina Faso

## Intérêt de la kétamine et du sulfate de magnésium en périopératoire des péritonites aigues généralisées au Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou de Bobo Dioulasso

Traore IA [1], Guibla I [1], Ki KB [2], Ilboudo SC[1], Ouattara T[1], Yila M[1], Kabore R A F[3]

1- Service d'anesthésie-réanimation CHU SOURO SANOU de Bobo-Dioulasso
2- Service d'anesthésie-réanimation CHUP CHARLES DE GAULLE
3- Service d'anesthésie-réanimation CHU TENGANDOGO de Ouagadougou

**Introduction** : La péritonite aiguë généralisée est une des plus fréquentes urgences chirurgicales abdominales en Afrique sub-saharienne. Elle est aussi reconnue pour faire partie des gestes les plus douloureux. Les antihyperalgésiques notamment la kétamine et le sulfate de magnésium ont prouvé leur efficacité dans la gestion de la douleur pour certains types de chirurgie autre que les laparotomies, d'où l'intérêt de notre étude.

**Matériel et Méthode** : Essai clinique randomisée en double aveugle comparant l'administration de la kétamine (19 patients) et du magnésium (19 patients) en périopératoire versus le sérum physiologique (22 patients) de mars 2018 à janvier 2019 au CHUSS de Bobo Dioulasso.

**Résultats** : L'âge moyen était de 34,8 ans +/- 12,57 avec un sex-ratio de 5,3. Les interventions ont duré en moyenne 64,3 minutes +/- 22,78. L'Echelle Visuelle Analogique (EVA) au repos était en moyenne à la 6ème heure de 1,8; 2,0; 2,3 respectivement dans les groupes kétamine (p =0,0046), magnésium (p=0,0375) et placebo. Une épargne morphinique significative en moyenne à la 6ème heure de 1,5mg (p =0,0073), à la 12ème heure de 1 mg (p =0,0188) dans le groupe kétamine versus placebo, et de 0,39 mg (p =0,116) à la 12ème heure et 0,18 mg (p=0,361) à la 24ème heure avec le magnésium versus placebo. La suppuration pariétale représentait la principale complication avec 25,0%. Le séjour hospitalier était en moyenne de 8 jours dans les différents groupes et la mortalité était nulle dans notre série.

**Conclusion :** Cette étude a permis de démontrer que l'efficacité de l'administration périopératoire de la kétamine sur la douleur postopératoire est aussi valable pour les laparotomies dans les péritonites aigues généralisées.

**Mots clé** : kétamine, magnésium, péritonite aiguë

## Prise en charge anesthésiologique des patients hypertendus au centre Hospitalier Nianankoro Fomba de Ségou

**Dembélé E,** Beye SA, Traoré B, Traoré A, Koné.SI, Keita M, Sanogo A, Diallo B, Kodio A, Haïdara. K, Dicko H, Mangané MI, Traoré. T, Diango MD, Coulibaly Y.

Correspondant : Dr Seydina Alioune Beye. beyealioune@gmail.com

**But :** décrire la prise en charge anesthésiologique des patients hypertendus.

**Patients et méthode :** Il s'agissait d'une étude descriptive et prospective sur 9 mois (Aout 2018 à Avril 2019). Elle a été réalisée dans le service d'anesthésie-réanimation du centre hospitalier Nianankoro Fomba de Ségou.

**Résultats :** Durant la période d'étude, 77 patients ont été colligés sur un total de 1560 patients soit une prévalence de 4.9 %. L'âge moyen était de 65.8 +/- 68 ans (extrêmes : 34 à 90 ans). On a noté 20 femmes et 57 hommes. Les chirurgies urologique (50.6%) et viscérale (27.3% ) étaient les plus fréquentes. L'ECG était réalisé chez 84.4% et l'écho-cœur chez 13.0%. Nous avons retrouvé une hypertrophie ventriculaire gauche dans 42.4%, une tachycardie sinusale dans 21.2% et des troubles de la repolarisation dans 3.0%. La créatininémie était systématique chez tous les patients. En vue d'une équilibre tensionnelle, la réadaptation du traitement antihypertenseur était faite chez 7.8% des patients. Pour une bonne imprégnation et la tolérance du traitement institué, le délai entre la consultation pré anesthésique et l'intervention était de 2 à 7 jours pour 59.7% des patients. La rachianesthésie était la technique d'anesthésie la plus utilisée (83.1%). Les incidents majeurs per opératoire étaient la bradycardie (10.4%), l'hypotension artérielle isolé (3.9%) et associée à une tachycardie dans 1.3%. L'évolution était favorable pour 76 patients et émaillée par une insuffisance rénale organique chez un patient référé vers une unité de néphrologie pour une prise en charge. La durée moyenne d'hospitalisation était de 4.9 +/- 5 jours avec des extrêmes allant de 1 à 30 jours.

**Conclusion** : L'hypertension artérielle est fréquente chez les patients âgés qui doivent subir une chirurgie. L'électrocardiogramme est l'examen complémentaire le plus prescrit. La rachianesthésie est la technique la plus utilisée et la prévention des complications passe par un équilibre tensionnel préopératoire.**Mots clés:** Hypertension artérielle, Anesthésie, Ségou.

## Anesthésie-réanimation pour cure de Tétralogie de Fallot (T4F) : un an d'expérience du centre André Festoc au CHU Mère-Enfant « Luxembourg » de Bamako

**Mahamadoun COULIBALY**, Siriman A KOITA, Binta DIALLO, Salia I TRAORE, Aminata DABO, Brehima B COULIBALY, Baba I DIARRA, Modibo DOUMBIA, Sanoussi Daffé, Ousmane Nientao, Mamadou K TOURE, Moustapha I MANGANE, Thierno M DIOP, Abdoul H ELMEIMOUNE, Boubacar DIALLO, Seydina A BEYE, Brehima COULIBALY, Aladji S Dembélé, Mamadou B DIARRA, Djibo M DIANGO, Youssouf COULIBALY

**Auteur correspondant :** Dr Mahamadoun Coulibaly, mahacoulibaly@yahoo.fr

**Objectif** : Rapporter les résultats de la toute première série Malienne de cure complète de Tétralogie de Fallot.

**Matériel et Méthode :** Il s'agit d'une étude prospective allant du 10 septembre 2018 au 15 septembre 2019, incluant tous les cas de Tétralogie de Fallot opérés (Cure complète ou Palliative) au centre de chirurgie cardio-vasculaire André Festoc du CHU Mère-Enfant « Luxembourg ». Les données ont été saisie et analysés sur IBM SPSS Statistics 21.

**Résultats :** 19 cas de T4F ont été opéré durant la période, il s'agissait de cure complète sous CEC chez 18 patients et de Blalock central chez 1 patient. L'âge moyen était de 7 ans ; ils avaient entre 16-30 Kg dans 67% des cas. Le sexe féminin était prédominant à 52,6%. On retrouvait une notion de consanguinité dans 31% des cas. 4 patients (22%) avaient déjà été opéré pour cure palliative. La durée de CEC était de 127 minutes, la durée moyenne du clampage aortique de 85 minutes. A la sortie de CEC, 50% des patients étaient sous Milrinone+Adrénaline ; Le PH sanguin de sortie de CEC était normal chez 58% des patients. Le délai médian d'extubation était de 5 heures avec des extrêmes [3-48 heures]. Les complications étaient d'ordres Rythmiques (BAV, Tachycardie jonctionnelle, Tachycardie Jonctionnelle Ectopique [JET]) dans 50% des cas ; Hémorragiques dans 25% des cas ; Cardiovasculaire (HTA persistante, Dysfonction VD, Dysfonction cardiaque globale) dans 25% des cas ; Infectieuse (Pneumopathie + Paludisme transfusionnel) dans 25% des cas ; Respiratoire (ALI+ SDRA) dans 16,6% des cas. Nous avons enregistré un décès soit 8,3% de la série. La durée médiane du séjour en réanimation était de 5 jours [3-34 Jours].

**Commentaire et Conclusion :** La cure de T4F est une chirurgie lourde qui demande un certain degré de performance de l'équipe soignante notamment de réanimation ; cependant elle reste l'une des chirurgies les plus efficaces en chirurgie cardiaque. Près de 90%

des enfants opérés atteignent l'âge adulte, le pronostic à long terme dépend de : L'existence ou pas d'une insuffisance pulmonaire, des troubles du rythmes, des anomalies anatomiques.

**Mots clés :** Tétralogie de Fallot, Cure complète, CEC, Hémorragie, Trouble du Rythme

## Anesthésie-réanimation pour chirurgie cardiaque : un an d'activité du centre André Festoc au CHU Mère-Enfant « Luxembourg » de Bamako

Mahamadoun COULIBALY, Siriman A KOITA, Salia I TRAORE, Binta DIALLO, Brehima B COULIBALY, Aminata DABO, Baba I DIARRA, Modibo DOUMBIA, Sanoussi Daffé, Mamadou K TOURE, Ousmane Nientao, Moustapha I MANGANE, Thierno M DIOP, Abdoul H ELMEIMOUNE, Boubacar DIALLO, Seydina A BEYE, Brehima COULIBALY, Aladji S Dembélé, Mamadou B DIARRA, Djibo M DIANGO, Youssouf COULIBALY

**Auteur correspondant :** Dr Mahamadoun Coulibaly, mahacoulibaly@yahoo.fr

**Introduction** : 800 à 1000 nouveaux cas de cardiopathies (congénitales et ou rhumatismales) sont diagnostiqués chaque année au Mali. L'ouverture en septembre 2018 du centre de chirurgie cardiaque André Festoc au sein du CHU Mère-Enfant de Bamako a été saluée avec beaucoup d'espoir et d'engouement, tant au niveau national que sous régional. Il est le fruit d'une longue et riche coopération entre le CHU « Luxembourg » et l'ONG « La Chaine de L'espoir ».

**Objectif** : rapporter les résultats de notre première année d'activité au centre André Festoc de chirurgie cardiaque.

**Patients et Méthodes** : Il s'agit d'une étude prospective descriptive sur 1 an. Tous les patients admis pour chirurgie cardiaque, avec ou sans circulation extra corporelle (CEC), ont été inclus. Les données ont été saisies et analysées sur IBM SPSS Statistics 21.

**Résultats** : 153 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 12 ans [8mois-60ans], le sexe féminin représentait 58,2%. La cardiopathie était congénitale dans 55,6%. Dans 2 cas (1,3%) il s'agissait d'association cardiopathie rhumatismale et congénitale. L'induction était faite aux Halogénés dans la majorité des cas (57,5%), elle était émaillée d'hypotension profonde dans 2 cas, et d'hypoxie sévère chez un Patient. 127 patients (83%) ont été opéré sous CEC. La durée moyenne de la CEC était de 122 mn, contre 79 mn pour le clampage aortique. Le délai médian d'extubation était de 2 heures [0-96 heures]. Les complications étaient d'ordre respiratoire (9,2%), cardiovasculaire (15%), neurologique (4,6%) et rénale (10%). La durée médiane du séjour en réanimation était de 3 jours [1-22 jours]. Nous avons enregistré une mortalité de 5,2%.

**Conclusion** : loin d'être un luxe, la chirurgie cardiaque est plus qu'une nécessité dans notre contexte. Cette expérience nous prouve à suffisance les capacités locales de nos pays à assurer ces thérapeutiques. Il reste aux autorités politiques et institutionnelle d'assumer son cout (matériel, humain, financier…) pour répondre aux besoins des milliers de nos compatriotes.

**Mots clés** : Chirurgie cardiaque, Mali, Circulation Extra Corporelle, CHU « Luxembourg »

## Analyse des facteurs influençant le tri des patients proposés pour admission en réanimation au Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou

Traore IA [1], Guibla I [1], KI KB [2], Ramde R[1], Bougouma C [3], Kabore RAF[3]

1. Service d'anesthésie-réanimation CHU SOURO SANOU de Bobo-Dioulasso
2. Service d'anesthésie-réanimation CHUP CHARLES DE GAULLE de Ouagadougou
3. Service d'anesthésie-réanimation CHU TENGANDOGO de Ouagadougou

**Introduction** : Par l'absence de critères objectifs et le contexte d'urgence, la décision d'admission en réanimation est souvent basée sur le jugement du médecin. L'objectif de notre étude était d'analyser les facteurs influençant le tri des patients à admettre en réanimation et l'impact sur la survie des patients.

**Méthode** : Il s'est agi d'une étude de cohorte prospective à visée analytique sur 7 mois (Août 2018 à février 2019) concernant tous les patients proposés pour une admission dans le service de réanimation. Deux groupes ont été constitués à des fins de comparaison :

- groupe témoin : patients admis en réanimation durant la période d'étude,

- second groupe : patients non admis.

**Résultats** : Au total 236 patients ont été proposés pour une prise en charge en réanimation : 174 admis contre 62 non admis. L'âge moyen était 39,3 ans ± 24,8 pour les patients admis et 41 ans ± 18,1 pour les patients non admis (p=0,62). La majorité des patients (27,5%) avait plus de 55ans. Les urgences traumatologiques adressaient le plus de malades (32,2%). La plupart des patients admis (37,9%) provenaient des urgences traumatologiques. Plus des deux tiers soit 85,8% (n=115) des patients présentant une affection chirurgicale étaient admis en réanimation contre 57,8% (n=59) des patients souffrant d'une pathologie médicale avec une valeur de $p<10^{-5}$. Les patients étaient adressés fréquemment pour défaillances neuro psychiatrique (90 cas), cardiovasculaire (81cas) et infections (75 cas). L'absence de lit disponible était le motif fréquent de non admission (77%). Le taux de décès était de 59,77% chez les patients admis contre 58,06% dans le groupe non admis. Les facteurs associés au décès étaient l'âge (p=0,037) et le motif de référence (p=0,019).

**Conclusion** : Il ressort de cette étude que le tri des patients à admettre en réanimation reste un dilemme et nécessite l'élaboration de critères objectifs de prise de décision.

**Mots clés :** critères d'admission, réanimation, survie

## Anesthésie pour chirurgie intracrânienne éveillée, à propos d'un cas à Abidjan.

Coulibaly KT[1], Assouakon SP[2], Ouattara A[1], Abhé CM[1], Drogba L[3], Mobio MP[1], Enyegue OMC[1], Tétchi YD[1], Brouh Y*.
[1] Service d'anesthésie-réanimation CHU Cocody (Abidjan-RCI); [2] SAMU (Abidjan-RCI)
> Service de neurochirurgie CHU de Yopougon (Abidjan-RCI)
* Service d'anesthésie-réanimation hôpital mère et enfant de Bingerville (RCI)

**Auteur correspondant** : Coulibaly Klinna Théodore, theokl2002@yahoo.fr

**Introduction :** L'anesthésie pour chirurgie éveillée est un challenge pour l'anesthésiste. IL doit à la fois maintenir la stabilité des fonctions vitales du patient, assurer sa coopération optimale lors de la cartographie cérébrale, garantir sa sécurité et son confort ainsi que celui du chirurgien. Plusieurs stratégies anesthésiques ont été décrites**[1].**

**Observation :** Nous rapportons un cas clinique d'anesthésie pour chirurgie intracrânienne sur un patient éveillé qui est une toute première en Côte d'Ivoire. Il s'agit d'un patient de 31 ans présentant un gliome de bas grade frontal précentral gauche, conscient avec un déficit moteur de l'hémicorps droit proportionnel côté à 4/5 faisant évoquer l'intérêt d'une chirurgie éveillée. Classé ASA II, une anesthésie en trois temps a été faite, c'est la stratégie 'asleep-awake-asleep' c'est-à-dire 'anesthésie générale-reveil peropératoire-anesthésie générale'. Le premier temps a consisté à faire faire une anesthésie générale au propofol (150 mg) associé au fentanyl (100 microgrammes) sans curare. Le contrôle des voies aériennes a été fait au masque laryngé suivie d'une ventilation mécanique contrôlée. L'entretien de la narcose a été faite en intraveineuse avec le propofol (4mg/kg/h). L'analgésie a été assurée par un bloc nerveux du scalp et de la dure mère avec de la bupivacaïne isobare 0,5% (70 mg). Cette phase a pris en charge la période partant de l'incision à l'ouverture de la dure mère. Le second temps a consisté à réveiller complétement le patient après l'ouverture de la dure mère. Le réveil complet a été obtenu 30 minutes après l'arrêt de la narcose. Cette période a permis la stimulation et la cartographie cérébrale suivie de l'exérèse tumorale avec la coopération du patient. Elle a duré deux heures. Le confort du patient a été assuré par un matelas chauffant et des injections de petites doses de morphine (3 mg au total). La détente cérébrale a été assurée par la perfusion de 100 ml de mannitol 20%. Nous avons observé un épisode de nausées et de vomissements jugulé par une injection de 4 mg d'ondansétron. Une crise convulsive partielle de l'hémicorps droit a été observée et prise en charge par une instillation de sérum physiologique glacé sur le cortex cérébral. Le troisième temps, a consisté à refaire l'anesthésie générale à la fin de l'exérèse tumorale pour couvrir le temps de la fermeture. A la fin de l'intervention, le patient a été réveillé et extubé sur la table opératoire avant d'être transféré aux soins continus. L'examen postopératoire n'a pas révélé d'aggravation de la symptomatologie initiale. Nous avons noté une amnésie de la phase d'éveil.

**Conclusion** : Il n'y a aucun consensus établis pour définir une technique anesthésique optimale pour la chirurgie éveillée **[2].** Quel que soit la technique utilisée, sa réussite repose en grande partie sur la consultation et la visite préanesthésique qui permettent une préparation psychologique du patient.

**Mots clés :** anesthésie, chirurgie éveillée

# Réanimation

MEDITEK Mali

## Modèle pronostique de mortalité en réanimation polyvalente du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville

Elombila M.1,2, Kiamessou Ntimamossi G.J.2, Mpoy Emy Monkessa C.M.2, Ekouele Mbaki H.B.1,3, Nde Ngala M.A.2, Otiobanda G.F.1,2

1. Faculté des Sciences de la Santé, Université Marien NGouabi12. Service de réanimation polyvalente, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville 3. Service de chirurgie polyvalente, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville

**Introduction :** Plusieurs modèles pronostiques généraux de mortalité ont été élaborés en réanimation. Leur utilisation reste difficile dans les pays à ressources limitées devant l'absence de certaines données requises pour l'application adéquate de ces modèles. Peu de scores pronostiques performant sont développés en Afrique. C'est dans ce contexte que nous nous sommes donné comme but de développer un modèle pronostique de mortalité à l'admission des patients en réanimation polyvalente du Centre Hospitalier universitaire de Brazzaville (CHU-B).

**Matériels et méthode :** Il s'est agi d'une étude de cohorte pronostique rétrospective, sur une période de 18 mois (1er juin 2015 au 31 décembre 2016) au service de réanimation polyvalente du CHU-B. Les patients ayant un âge≥ à 16 ans et ayant séjourné pendant au moins 24 heures ont été inclus. La récolte de données s'est fait à partir des dossiers cliniques. Les plus mauvaises valeurs des constantes physiologiques clinique et biologique présentées par les patients au cours des 24 premières heures suivant l'admission ont été collectées. Nous avons élaborés deux modèles (score pronostique d'Otiobanda- Kiamessou-Elombila- SPOKE et sa version simplifiée-SPOKES) par la méthode de régression logistique multivariée avec comme variable dépendante la mortalité.

**Résultats :** Six cent-vingt-un (621) patients ont été retenus pour l'étude. L'âge moyen était de 41,5±19,1 ans avec une prédominance féminine. Le taux de mortalité était de 39,9%. Le SPOKE est composé de 12 variables clinico-biologiques et a montré une bonne calibration ($p$= 0,817) et une bonne discrimination (aire sous la courbe ROC à 0,890) et le SPOKES est composé de 10 variables essentiellement cliniques et a également montré une bonne calibration ($p$= 0,948) et une bonne discrimination (aire sous la courbe ROC à 0,863). Les deux modèles ont permis de ressortir des groupes pronostiques (0 à 4 pour le SPOKE et 0 à III pour le SPOKES) et aussi de prédire le délai de survenue du décès en réanimation.

**Conclusion:** Les modèles SPOKE et SPOKES sont parmi les modèles pronostiques performants développés en Afrique. Ils sont simples et adaptés aux conditions d'exercice des services de réanimation des pays à ressources limitées. Ils apportent une nouvelle approche de l'évaluation du risque de décès en réanimation à travers leurs groupes pronostiques. Une validité interne et externe de ces deux modèles reste néanmoins nécessaire.

**Mots clés :** modèle pronostique- mortalité-admission- réanimation polyvalente- Brazzaville

**Prise en charge des brûlés graves au Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou : Analyse critique des résultats**

Hounkpè P C

Service Polyvalent d'Anesthésie-Réanimation, Unité des Grands Brûlés, CNHU-HKM, Cotonou

**Introduction:** Le CNHU-HKM de Cotonou est doté d'une Unité des Grands Brûlés (UGB). Le but de notre étude était d'analyser le profil épidémiologique des patients.

**Méthodes:** Notre étude était rétrospective menée sur 78mois courant du 1er Janvier 2013 au 30 Juin 2019. Etaient inclus tous les brûlés graves admis dans la période d'étude.

**Résultats:** 390 brûlés graves ont été sélectionnés. On a noté une prédominance du sexe masculin avec 52% et une sex-ratio de 1,08. L'âge moyen était 22,32ans avec des extrêmes de 01mois et 80ans. Les enfants de 0-5ans étaient les plus touchés: 23,9%. 76% des patients avaient un revenu faible et 61% provenait du milieu urbain. Les circonstances de survenue étaient : accidents domestiques (70%) dont 47% à la cuisine et 23% dans d'autres pièces (groupes électrogènes…), accidents professionnels (12 ,6%), accidents de la voie publique (10,43%) et les agressions (4,4%). Les brulures thermiques prédominaient (90,50%) alors que les brulures électriques représentaient 7,54% et les chimiques 2,18%. Les brulures à l'essence (63,38%) et à l'explosion des gaz (2,90%) constituaient des circonstances particulières dans notre pays. La majorité des patients (65%) s'était présenté à l'hôpital dans les 24 premières heures. 74,67% ont été transportés par un moyen non médicalisé.

Sur le plan clinique 44,3% avaient une SCB entre 20 à 40%, 14,08% une SCB entre 40 et 60%, et 1 ,74% une SCB supérieure à 60%. La SCB moyenne était 32%. Les brûlures de 2ème degré superficiel étaient dominantes (58%) contre 25% du 2ème degré profond et 17% du 3ème degré.

Au plan thérapeutique, 96% des patients avaient bénéficié d'une réanimation hydroélectrolytique. Sur l'ensemble, seuls 23 soit 5,71% ont bénéficié d'une auto-greffe de peau.

En cours d'hospitalisation, les principales complications relevées étaient le sepsis (35,10%) et l'anémie (38,21%). La durée moyenne du séjour était 32,57jours chez les survivants. L'évolution était favorable dans 63,4% des cas. La mortalité globale était de 32,9%. Les facteurs associés significativement à une mortalité élevée étaient: âge≥60ans, existence de terrain pathologique associé, la ventilation mécanique, le séjour en réanimation, une SCB>50%, l'atteinte de zones fonctionnelles, la brulure par inflammation d'essence, un indice de Baux > 75, le choc hypovolémique, l'hypoprotidémie, les troubles ioniques et le Sepsis.

Conclusion: Les brulures graves sont des accidents fréquents au Bénin. Il est indispensable de construire un véritable centre intégré de traitement.

Mots-clés: Brulure grave, fréquence, prise en charge, mortalité, facteurs associés à la mortalité

## Profil épidémiologique des Pneumopathies Aiguës Communautaires (PAC) en réanimation médicale

Traoré AO[1], Skoubani N[1], El Hajouji M[1], Mansir I[1], Bouidir Y[1], Hachimi A[1]

1- Service de Réanimation Médicale, CHU Mohammed VI de Marrakech (Maroc)

**Objectif** : Etablir un profil épidémiologique des patients admis pour pneumopathies aigues communautaires.

**Matériel et méthodes** : Etude rétrospective descriptive réalisée dans le service de réanimation médicale du CHU Mohammed VI de Marrakech, de 1er Mai 2016 au 30 juin 2019. Les paramètres étudiés étaient : les données démographiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives.

**Résultats :** 58 cas ont été colligés. L'âge moyen était de 54,59 ans avec un sexe ratio de 1,63 en faveur des hommes. Les comorbidités les plus fréquentes étaient le diabète (32,8%) et le tabagisme chronique (27,6%), l'HTA (20,72%), la BPCO (19%) et les cardiopathies (13,8%). La symptomatologie clinique était dominée par les signes de lutte respiratoires (74,12%), des troubles de la conscience (63,8%), une température ≥ 39°c (20%) et des signes digestifs (12,12%). La radiographie thoracique objectivait un syndrome alvéolaire dans 79,39 % des cas, un syndrome interstitiel dans 58,6 % des cas et une image mixte parenchymateuse associé à une image pleurale dans 12,1 %. L'atteinte pulmonaire était bilatérale dans 62,1 % des cas. L'hyperleucocytose était présente dans 67,2% des cas. La PCR respiratoire a été réalisé chez 20 patients (34,5 %). Elle était positive 65 % des cas (n=13) avec 11 cas de virus (85%). La ventilation non invasive a été pratiquée dans 56,9% des cas et à la ventilation invasive dans 79,33% des cas. La mortalité était de 72%.

**Conclusion** : Les PAC sont des affections graves qui surviennent sur des terrains particuliers. Les éléments de gravité clinico-radiologiques retrouvés expliquent le recours important à la ventilation artificielle.

**Mots clés** : Pneumopathies - Masculin – Réanimation

## Morbimortalité du péripartum en réanimation au CHUMEFJE : étude rétrospective sur les quatre premiers mois d'activité.

Nze Obiang P.C(1,3), Obame R(2), Essola L(3), Meye J.F(4), Nzoghe Nguema P(2), Sima Zue A(3).

1. Service d'AREA CHU Mère-Enfant Fondation J Ebori, Libreville, Gabon.
2. DARMU, Libreville, Gabon.
3. Département d'anesthésie-réanimation-urgences, CHU de Libreville, Gabon.
4. Gynécologie-Obstétriq CHU Mère-Enfant Fondation J Ebori, Libreville, Gabon.

**INTRODUCTION** : Les complications du péripartum constituent une situation obstétricale grave dans les pays en voie de développement. Notre travail avait pour but d'évaluer les facteurs de morbimortalité chez les patientes admises en réanimation du nouvel hôpital mère-enfant de Libreville (CHUMEFJE).

**PATIENTS ET METHODES** : Il s'agissait d'une étude rétrospective, transversale, descriptive et analytique portant sur le recueil des données des dossiers de malades admises en réanimation du CHUMEFJE en péripartum du 1er janvier au 30 avril 2019. Les variables étudiées étaient démographiques, obstétricales, cliniques, thérapeutiques et évolutives.

**RESULTATS**: Durant cette période, 1987 naissances ont été réalisées au CHUMEFJE, 120 patients ont été admis en réanimation dont 93 (77,5%) pour des pathologies du péripartum. Leur âge moyen était de 28±6,6 ans et la parité moyenne de 1,5±1,5. La pathologie était diagnostiquée en prépartum dans 77 cas (82,8%), la césarienne a été réalisée dans 83,9% des cas. La prééclampsie sévère (48,4%) et l'éclampsie (20,4%) représentaient les principaux motifs d'admission, suivie de l'hématome rétroplacentaire (11,8%) et de l'hémorragie du post-partum (5,4%). Quarante-cinq patientes (48,4%) ont bénéficié du protocole de sulfate de magnésium, 5 (5,4%) d'une ventilation mécanique et 25 d'une transfusion de produits sanguins labiles (26,9%). La durée moyenne de séjour était de 4 jours. Nous avons enregistré un décès (1,1%).

**CONCLUSION** : La prééclampsie demeure le principal facteur de morbimortalité en unité de soins intensifs du CHUMEFJE. Les délais de prise en charge et la disponibilité des moyens thérapeutiques concourent à l'amélioration du pronostic maternel.

**Mots-clés** : Morbimortalité ; Maternelle ; Soins intensifs-Réanimation ; Facteurs pronostics

## Association sexe et mortalité en réanimation médicale

Traoré AO[1], El Hadgui I[1], El Hajouji M[1], Skoubani N[1], Bouidir Y[1], Hachimi A[1]

1- Service de Réanimation Médicale, CHU Mohammed VI de Marrakech (Maroc)

**Introduction :** l'association sexe et mortalité reste un sujet de débat. L'objectif de notre travail était de chercher une relation entre le sexe et la mortalité chez les malades de la réanimation médicale.

**Matériels et méthodes :** Etude rétrospective réalisée dans le service de réanimation médicale du CHU MED VI de Marrakech, étalée sur une période d'un an (du 1er juin 2016 au 30 juin 2017), portant sur 262 patients. Etaient inclus dans notre étude, les patients hospitalisés au service de réanimation médicale durant la période de l'étude.

Les paramètres étudiés étaient les données sociodémographiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives. Les données ont été analysés par le logiciel Excel microsoft version 2007 et SPSS pour Windows version 10.

**Résultats :** Au total, nous avons colligé 262 patients avec un âge moyen de 44,93±19,2 ans. Les hommes constituaient 50,5% des cas.

La mortalité dans le service de réanimation médicale était de l'ordre de 55% sans différence significative entre les deux sexes (53 vs 57 %). Les causes de décès étaient dominées par les pathologies infectieuses sans aucune différence entre les sexes.

**Conclusion :** la mortalité reste élevée en réanimation médicale, sans différence significative entre les deux sexes.

**Mots clés :** sexe- mortalité- réanimation médicale

## Caractéristiques épidemiocliniques, bactériologiques, thérapeutiques et évolutives des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique en réanimation à Bouaké (Côte d'Ivoire).

Irié Bi GS, Tadet JON, Pete Y, Kouassi OC, Koffi N, N'da-Koffi C, Ogondon B, Kouadio S, Able E, Kouame KE

Service de réanimation polyvalente du Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké

**Résumé**

**Introduction :** les pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) constituent la 1ère infection nosocomiale en réanimation.

Objectif : Contribuer à l'amélioration de la prise en charge et à la prévention des PAVM en milieu de réanimation à Bouaké.

**Patients et Méthode :** il s'agissait d'une étude rétrospective à visée descriptive et analytique réalisée sur une période de 03 ans (Janvier 2016 à Décembre 2018) au service de réanimation de Bouaké. Ont été inclus tous les patients qui ont présenté une PAVM, 48 heures après leur mise sous ventilation mécanique (VM).

**Résultats :** Sur un total de 583 patients qui ont bénéficié d'une VM, 48 d'entre eux ont présenté une PAVM, soit une prévalence hospitalière de 8,23%. L'âge moyen était de 37,22 ans avec un sex-ratio (H/F) de 2. Les traumatismes crâniens graves constituaient le principal motif d'admission (48%) des patients. Dans 88% des cas, la survenue des PAVM était tardive. La symptomatologie clinique était dominée par les expectorations purulentes (100%) et la fièvre (77%). Les germes isolés au prélèvement bronchique distal protégé dans 85% des cas des Bacilles Gram Négatifs (BGN) et des Cocci Gram Positifs (CGP) dans 15% des cas. Les principaux BGN étaient : *Klebsiella pneumoniae* (44%) et *Pseudomonas aeruginosa* (29%). Une bi-antibiothérapie empirique à large spectre a été instaurée chez 58% de nos patients. Une antibiothérapie à spectre étroit orientée par l'antibiogramme, reposant sur l'association Fluoroquinolone et aminoside a été initiée chez 64% des patients. La durée moyenne d'hospitalisation était de 21.54 ± 10.30 jours. La létalité était de 54%. Les facteurs de mauvais pronostic associés au décès étaient : l'âge (P=0.006), les germes (P=0.002), la durée de ventilation (P=0.038) et la durée d'hospitalisation (P=0.029).

**Conclusion :** La gravité des PAVM en réanimation à Bouaké impose des actions de prévention centrées sur le respect des règles d'hygiène hospitalière.

**Mots clés :** Pneumopathie- Nosocomiale- ventilation mécanique- réanimation

## Prise en charge des traumatismes cranio-encéphaliques graves au CHU de Bouaké

KOFFI N'Guessan Rolent, PETE Yaich, N'DA Koffi, OGONDON Bernard, KOUADIO Stephanie, Irie, Konan Kouame, Boua Narcisse, Brouh Yapo

**Introduction**

Le traumatisme cranioencéphalique grave reste une cause importante de morbidité et mortalité, en particulier chez l'adolescent et l'adulte jeune. Le pronostic d'un patient traumatisé crânien grave dépend essentiellement de la rapidité et de la qualité de la prise en charge initiale médico-chirurgicale.

**Objectif:** Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs des patients admis pour un traumatisme cranioencéphalique (TCE) grave.

**Matériel et méthode:** il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive portant sur tous les patients polytraumatisés admis dans le service de réanimation polyvalente au CHU de Bouaké de juin 2017 à juin 2019.

Résultats : Durant ces deux années consécutives, nous avons hospitalisés dans notre service 1253 patients dont 220 patients (soit 17,5%) admis pour un traumatisme cranioencéphalique grave. L'âge moyen était de 36,4 [18 mois - 70 ans]. Le sexe ratio était de 2,8 avec une prédominance masculine. Le délai moyen d'admission en réanimation était de 20 heures [4 heures - 5 jours]. La durée moyenne du séjour était de 11 jours [24 heures - 47 jours].

Le moyen de transport des patients était des ambulances non médicalisées 96,50% et de véhicule de transport commun dans 3,50%. 98,80% des patients ont transité par le service des urgences. Le traumatisme cranioencéphalique grave était isolé (82,4%), associé à un polytraumatisme (2,6%). La principale étiologie était l'accident de la voie publique 95,8%; suivi des chutes de hauteur (1,9%). Les accidents occasionnés par les motos sont les plus nombreuses 94,3%. Les éléments cliniques de gravité étaient: l'altération profonde de l'état de conscience avec un score de Glasgow (≤ 5) (74,90%); la détresse respiratoire aiguë (48,40%), l'existence d'une lésion du rachis cervical (8,6%). La durée moyenne d'intubation est de 12 jours [moins de 24 heures à 20 jours]. La tomodensitométrie cranioencéphalique a été réalisée chez 34,30% des patients. Tous les patients ont été intubés, 68,5% ont été ventilés. L'évolution des TCE graves a été émaillée dans 48,30% de complications à type d'infections, d'état de mal convulsif, d'instabilité hémodynamique, de dénutrition et des escarres. Le taux de décès est de 67,1%.

**Conclusion :** La réduction du taux de décès passe par l'amélioration de la prise en charge des patients traumatisés crâniens graves tant en pré hospitalier qu'en milieu hospitalier. Cependant une prévention en amont sur le port de casque et le code de la route est nécessaire

Mots clés: traumatisme cranioencéphalique grave, prise en charge, évolution.

## Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des traumatisés cranio-encéphaliques graves au service de réanimation du CHU Gabriel Touré

Diop Th.M*, Mangané.M*, Almeimoune .A*, Dembele .A.S**, Kassogue .A*, Coulibaly M.T*** ,Desiré . J *, Dabo.A*,Diawara.A*, Ouattara.K*, Sogoba.Y**** Diango.M.D*.

*Département anesthésie-réanimation et médecine d'urgence du CHU Gabriel Touré
**Service d'anesthésie CHU IOTA
***Service d'urologie CHU Gabriel Touré
****Service de neurochirurgie du CHU Gabriel Touré

Introduction

Les traumatismes, les atteintes crâniennes occupent une place particulière du fait de leur gravité et des séquelles qu'elles peuvent entraîner. Ils sont dits graves quand le score de Glasgow (GCS) ≤ 8. La fréquence des traumatismes cranioencéphalique (TCE) graves est élevée, mais la mortalité est mal connue dans les pays en développement. L'objectif de ce travail était d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et évolution des TCE dans notre service.

Matériel et méthode

Etude, descriptive rétrospective s'étant déroulée sur 24 mois, incluant tous les cas de TCE graves hospitalisés dans le service de réanimation du CHU Gabriel Touré durant cette période d'étude.

Résultats

Sur 1165 patients admis dans le service, 72 ont été hospitalisés pour traumatisme cranioencéphalique grave TCE soit une prévalence de 6%. La tranche d'âge de 21 - 40 ans était majoritaire avec 44,4% et l'âge moyen était de 30,93 ±18,8 ans avec des extrêmes de 8 mois et 79 ans. Le sexe masculin était prédominant avec 90,3%. Les TCE graves étaient dus principalement dus aux accidents de la voie publique (79,2%), il s'agissait de collisions moto-moto dans 27,8% des cas. Les commerçants et les élèves/étudiants étaient les couches socio-professionnelles les plus touchées (respectivement 30,6% et 27,8%). Le transport pré hospitalier était assuré par des ambulances non médicalisées (43,1% des patients), avec un délai d'admission compris entre 30 minutes et 6 heures dans 22,2% des cas. Chez 86,1% des patients le GCS était compris entre 6-8 à l'admission, dont 13,9 % présentaient une mydriase bilatérale, 12,5% avaient présenté une hypotension (PAS < 90 mm Hg) ; une PAM ≤ 90 mm Hg avait été observée chez 44,4% des patients. Une hypoxie avec SPO2 < 90% était retrouvée chez 31,9%. Le scanner cranio-encéphalique réalisé chez 86,1% des patients retrouvait des contusions hémorragiques (34,9%) suivies des hématomes extraduraux (18,1%). 87,5% des patients ont bénéficié d'intubation-ventilation-sédation en plus des mesures de réanimation avec osmothérapie dans 12,5%. 38,9% des patients ont été admis au bloc opératoire pour une geste chirurgical associé. Nous avons noté une létalité de 66,7%.

Conclusion : Les TCE graves représentent une cause majeure de morbi-mortalité. La mise en place d'une médecine pré hospitalière permettra une meilleure prise en charge et la réduction de la mortalité.

Mots clés : Traumatisme cranioencéphalique, grave, réanimation, Gabriel Touré, Bamako

## La sédation dans le service de réanimation du CHU Gabriel Touré

Diop Th M[1], Mangané M[1], Almeimoune A[1], Dembélé AS [3],Tchuisseu CD[1] Kassogue A[1],Dabo A[1] , Beye S.A[2] ,Ouattara K[1] · Diango M.D[1],

1. *Département d'anesthésie réanimation et médecine d'urgence du CHU Gabriel TOURÉ*
2. *Service de réanimation du CHU Point G*
3. *Service d'anesthésie du CHU IOTA*

**Résumé**

La sédation est l'ensemble des moyens médicamenteux, ou non, destinés à assurer le confort physique et psychique du patient et à faciliter les techniques de soins, c'est une pratique courante en réanimation. En Europe, la pratique de la sédation chez les patients ventilés varie d'un Pays à un autre, allant de 30% (Italie) à 75% (Royaume-Uni). En Afrique sub saharienne, et particulièrement au Mali, nous avons très peu de données sur la pratique de la sédation en milieu de réanimation ce qui nous a conduit à initier cette étude avait pour objet l'évaluer la pratique de la sédation dans le service de réanimation du CHU Gabriel Touré.

**Patients et Méthodes** : Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique à collecte prospective, sur une période de 06 mois allant du 01er Février au 31 Juillet 2018.Etaient inclus dans l'étude tous les patients admis en réanimation pour la prise en charge d'une pathologie médicale ou chirurgicale ayant bénéficié d'une sédation et ventilation. Le traitement des données a été réalisé sur les logiciels SPSS version 24.0 et EXCEL 2016.

**Résultats :**

Durant notre étude sur 281 patients admis en réanimation, 57 patients ont été retenus, soit une prévalence de 20,28%. L'âge moyen de nos patients était de 33,84±21,09 ans avec des extrêmes de 08 mois et 73 ans. Nous avons noté une prédominance masculine avec 63,16% et un sex-ratio de 1,71. Au cours de notre étude 54,39 % des patients provenaient du bloc opératoire, le traumatisme crânien grave avec 26,32% était le diagnostic le plus fréquent. Les principales indications étaient les troubles de conscience post traumatismes crâniens, 29,82% et les instabilités hémodynamiques à 28,07%. La kétamine était l'hypnotique le plus utilisé dans 45,61% et la fentanyl l'analgésique plus utilisé avec 73,69%. Le score de Ramsay a été utilisé dans 70,20% pour l'évaluation de l'intensité de sédation. L'échèle BPS a été utilisé à 17,50% pour évaluer la douleur. 57,90% des patients ont été intubés, ventilés et sédatés pendant plus de 24 h la durée moyenne de sédation était de 44,18±29,59 h avec des extrêmes de 4 et 144 h. La durée moyenne de ventilation mécanique était de 76,35±68,88 h, avec des extrêmes de 6 et 288 h. soit 87,72% ont présentés au moins un incident au cours de la sédation. Le retard de réveil à l'arrêt de la sédation était, observé chez 35,10% des patients, 14,03% ont présentés une pneumopathie acquise sous ventilation mécanique. La durée moyenne de séjour en réanimation était de 109,63±100,60 heures avec des extrêmes de 6 et 504 heures et avons observé un taux de létalité de 84,21%.

**Conclusion :** La sédation en réanimation constitue une approche préventive mais aussi thérapeutique considérable et courante. Une évaluation fréquente des mises à jour de nos protocoles sont obligatoires pour améliorer cette pratique qui de nos jours est associée à un taux important de décès dans le service de réanimation du CHU Gabriel Touré.

**Mots clés :** Sédation – Réanimation -Ventilation Mécanique - Chu Gabriel Touré

## Aspects thérapeutiques et pronostiques des embolies pulmonaires graves en réanimation.

**Amadou GAMBY,** Lovette FOUELEFACK, Alida M NKAKMANY, Aminata DABO, Salia I TRAORE, Binta DIALLO, Brehima B COULIBALY, Siriman A KOITA, Mahamadoun COULIBALY, Aladji S Dembélé, Djibo M DIANGO, Youssouf COULIBALY

Auteur correspondant : Dr Amadou GAMBY : kolnadogamby66@gmail.com

**Introduction :** L'embolie pulmonaire reste une affection fréquente qui touche environ 40 000 personnes chaque année en France, La mortalité est de l'ordre de 6 % durant l'hospitalisation, de 13 % à un mois et de 26 % à 1 an. La Fibrinolyse ou thrombolyse est un moyen thérapeutique réservé aux patients présentant des embolies pulmonaires graves avec état de choc. En dehors de contre-indications, la fibrinolyse devrait être envisagée devant toute embolie pulmonaire grave ; elle améliorerait le pronostic de ces patients ; les accidents hémorragiques représentent les principales complications de cette fibrinolyse.

**Objectifs :** Rapporter notre expérience quant à la gestion des embolies pulmonaires graves (avec ou sans thrombolyse) sur une période de huit (8) mois

**Matériel et Méthode :** Etude prospective descriptive étalée sur 08 mois, de janvier 2019 à Aout 2019, réalisée en réanimation polyvalente Hôpital Mère enfant le Luxembourg de Bamako. Ont été inclus tous les patients admis pour embolie pulmonaire grave durant la période. Les critères de gravites étaient la présence d'état de choc, et l'importance des biomarqueurs.

**Résultats :** 9 cas ont été colligés. L'âge moyen des patients était de 50,44 ans avec des extrêmes allant de 19 ans à 80 ans. Le sexe féminin était prédominant à 56%. Tous les patients étaient en état de choc. La Radiographie du thorax de face était anormale chez 77,8% des patients de même que l'ECG chez tous les patients. L'échographie transthoracique trouvait des signes de gravité chez tous nos patients : dilatation des cavités droites, septum paradoxal. Le Pro BNP était positif chez tous les patients. Tous les patients ont été mis sous support inotrope/ Dobutamine. Une thrombolyse a été réalisée chez 4 patients ; nous avons eu recours à la ventilation mécanique chez 3 patients soit 33,3%. La durée moyenne du séjour était de 6 jours. Nous avons enregistré deux décès.

**Conclusion :** Il existe des preuves de faible qualité indiquant que les thrombolytiques réduisent la mortalité liée aux embolies pulmonaires aiguës par rapport à l'utilisation d'héparine seulement. Néanmoins, les traitements thrombolytiques inclus dans la revue étaient hétérogènes. Ainsi, la thrombolyse peut être utile pour réduire la récurrence d'embolie pulmonaire, mais peut entraîner plus d'événements hémorragiques majeurs et mineurs et d'accidents vasculaires cérébraux (AVC).

## Anesthésie des cardiopathies congénitales pour chirurgie non cardiaque

**Lovette S,** MKTouré, B Coulibaly, M Coulibaly, Alida M, SA Koita, R Niangado, A Gamby, D Doumbia, DM Diango, Y Coulibaly.

**Introduction :** Les cardiopathies congénitales sont fréquemment observées en chirurgie pédiatrique. La physiopathologie ainsi que le retentissement hémodynamique varie selon le type de cardiopathie et l'indication opératoire. La prise en charge anesthésique notamment pour une chirurgie pédiatrique non cardiaque pose beaucoup de difficultés, même pour un anesthésiste expérimenté non spécialiste en chirurgie cardiaque. L'objectif de ce travail est de décrire les principes d'anesthésie des cardiopathies congénitales pour une chirurgie non cardiaque à travers des cas cliniques colligés dans le service.

**Matériel et méthodes :**Etude prospective descriptive étalée sur 12 mois, de Mai 2018 à Avril 2019, réalisée au bloc opératoire du CHU Mère enfant le Luxembourg de Bamako. Ont été inclus tous les patients opérés durant la période et présentant une cardiopathie congénitale. Les paramètres analysés ont porté sur les données cliniques, écho cardiographiques ainsi que la prise en charge anesthésique.

**Résultats :** 20 cas ont été colligés. L'âge moyen des patients était de 19,5 mois avec des extrêmes allant de 12 jours à 6 ans. L'amygdalectomie a représenté l'indication principale avec 15 cas, deux cas pour prise en charge traumato orthopédique, 03 cas pour chirurgie de la fente labiale. La communication inter auriculaire (CIA) et la communication inter ventriculaire (CIV) étaient les cardiopathies congénitales majoritairement observées. Un patient présentait une tétralogie de Fallot. La prophylaxie de l'endocardite a été effectuée chez tous les patients. Le monitorage au bloc opératoire comportait : électrocardioscopique, oxymétrie, capnographie, une pression artérielle non invasive, stéthoscope précordial pour tous les patients. L'induction associait l'inhalatoin par le sévoflurane et intraveineuse par le propofol. Aucune complication peranesthésique n'a été notée, tous les patients ont été transférés en SSPI, puis au service de chirurgie avec des suites post opératoires simples..

**Conclusion :** L'anesthésie des cardiopathies congénitales pour chirurgie non cardiaque reste une situation non rare, il s'agit d'un véritable challenge. Afin de minimiser la survenue des complications periopératoires et d'en diminuer la morbimortalité ; la prise en charge péri opératoire doit être multidisciplinaire

## Prise en charge des états de mal épileptiques convulsifs au CHU de Bouaké (RCI)

KOFFI N'guessan Rolent, PETE Yaich, N'DA Koffi, OGONDON Bernard, KOUADIO Stephanie; Irie; Konan Edmond; Brouh Yapo

**Résumé**

**Introduction:** L'état de mal épileptique convulsif est une urgence médicale fréquente dont le retentissement systémique est sévère de par ses complications neurologique, respiratoire, cardiaque et métabolique. Il met rapidement en jeu le pronostic vital et fonctionnel des patients.

**Objectif:** Décrire la prise en charge des états de mal épileptiques convulsifs au CHU de Bouaké

**Patients et méthodes:** il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive réalisée au service de réanimation du CHU de Bouaké (RCI) sur une période de deux ans. Nous avons colligé les dossiers des patients admis pour un état de mal convulsif ou ayant présenté un état de mal convulsif au cours de leur hospitalisation. Les paramètres étudiés étaient d'ordres épidémiologiques, cliniques, para-cliniques, thérapeutiques et évolutifs.

**Résultats :** nous avons recensé 306 dossiers dont 265 répondaient à nos critères sur 1253 admissions soit 21,2 %. Le délai moyen d'admission était de 3 heures (extrêmes: 1H et 24H). L'âge moyen était 28,4 ± 5,2 ans (extremes: 2 ans et 79 ans). Le sexe ratio était de 1,2. Les principaux motifs d'admissions étaient: l'état de mal convulsif, le traumatisme cranio-encéphalique, l'éclampsie, la méningo-encéphalite, l'AVC, le neuropaludisme. Les comorbidités retrouvées étaient: l'épilepsie, l'éclampsie, la toxoplasmose cérébrale, l'AVC, et le VIH. Le nombre moyen de crise était de 9 (extrêmes : 1 et 15). Les crises étaient isolées (76,5%), associées à une fièvre (12,7%) ou à des signes de localisation (9,4%). Tous les patients ont été intubés et 79,2 % étaient ventilés. Le traitement de première intention était le thiopental. Le midazolam était utilisé en bolus chez les patients non ventilés. Une antibiothérapie probabiliste et un traitement antipalustre étaient instaurés en fonction de l'étiologie. L'évolution était marqué par l'arrêt des convulsions au 3ème jour en moyenne (extrêmes: 1 et 5 jours), et la survenue de complications chez 38,5%. Le taux de mortalité était de 42,6 %.

**Conclusion:** L'état de mal épileptique convulsif est une urgence neurologique dont le diagnostic et la prise en charge ne saurait souffrir d'aucun retard afin d'améliorer le pronostic vital et fonctionnel des patients.

**Mots clés:** état de mal épileptique ; convulsif.

## Prise-en charge de l'éclampsie au Service de Réanimation du Centre Hospitalier Régional de Saint Louis du Sénégal

Diedhiou M ; Dieng M ; Kane K ; Thiam O ; Sarr CT ;Faye ST ; Fall. L

**Introduction :** La prise en charge de l'éclampsie est encore associée à une morbi-mortalité élevée en Afrique. L'objectif de cette étude était de décrire la prise en charge et les facteurs pronostiques de morbi-mortalité des éclampsies admises au service de réanimation du centre hospitalier régional de Saint Louis du Sénégal.

**Matériel et méthode :** Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique portant sur la prise en charge des éclampsies admises dans notre service. Elle a porté sur toutes les patientes admises pour éclampsie du 1er Janvier au 31 décembre 2018.Nous avons étudié sur Epi-Info 7.2 :l'âge, le délai de survenue de l'éclampsie, l'état clinique à l'admission, le mode d'accouchement , la gestité-parité, le type d'anesthésie , les complications et la mortalité .

**Résultats** : Nous avions répertorié 51 cas d'éclampsies. L'âge moyen était de 22,23 ans (E : 14 et 36).La primiparité fut l'apanage de 37 % de nos patientes. Les troubles de conscience à l'admission étaient objectivés dans 17 % des cas. Une HTA sévère était objectivé dans 27,4% des cas. Le mode d'accouchement par césarienne était pratiqué dans 56,8% des cas. L'anesthésie Générale était réalisée dans 79% des cas et la rachianesthésie dans 7% des cas. Le protocole thérapeutique par sulfate de magnésium fut instauré chez tous nos patientes. Une insuffisance rénale aigue était objectivée dans 9,8% des cas, un HellP Syndrome ( 11,7 %), une coagulopathie ( 15,6 %), un Accident vasculaire cérébrale hémorragique (1,9%) .Le taux de mortalité maternelle était de 9,8% (5 cas). Les associations HellP Syndrome-Oligo-anurie et Insuffisance rénale –Coagulopathie étaient les principaux facteurs pronostic de mortalité ($p < 0,05$).La prématurité était notée dans 13,7% des cas et la mortalité néonatale était de 9,8% des cas.

**Discussion/Conclusion :**

L'éclampsie est une complication grave de la pré-éclampsie responsable d'une mortalité maternelle et infantile élevée. L'association de deux, voire plusieurs facteurs de gravité, est le facteur pronostic de mortalité le plus retrouvé.

## Caractéristiques épidemiocliniques, bactériologiques, thérapeutiques et évolutives des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique en réanimation à Bouaké (Côte d'Ivoire).

Irié Bi GS, Tadet JON, Pete Y, Kouassi OC, Koffi N, N'da-Koffi C, Ogondon B, Kouadio S, Able E, Kouame KE

Service de réanimation polyvalente du Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké

**Résumé**

**Introduction :** les pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) constituent la 1ère infection nosocomiale en réanimation.

**Objectif :** Contribuer à l'amélioration de la prise en charge et à la prévention des PAVM en milieu de réanimation à Bouaké.

**Patients et Méthode :** il s'agissait d'une étude rétrospective à visée descriptive et analytique réalisée sur une période de 03 ans (Janvier 2016 à Décembre 2018) au service de réanimation de Bouaké. Ont été inclus tous les patients qui ont présenté une PAVM, 48 heures après leur mise sous ventilation mécanique (VM).

**Résultats :** Sur un total de 583 patients qui ont bénéficié d'une VM, 48 d'entre eux ont présenté une PAVM, soit une prévalence hospitalière de 8,23%. L'âge moyen était de 37,22 ans avec un sex-ratio (H/F) de 2. Les traumatismes crâniens graves constituaient le principal motif d'admission (48%) des patients. Dans 88% des cas, la survenue des PAVM était tardive. La symptomatologie clinique était dominée par les expectorations purulentes (100%) et la fièvre (77%). Les germes isolés au prélèvement bronchique distal protégé étaient dans 85% des cas des Bacilles Gram Négatifs (BGN) et des Cocci Gram Positifs (CGP) dans 15% des cas. Les principaux BGN étaient : *Klebsiella pneumoniae* (44%) et *Pseudomonas aeruginosa* (29%). Une bi-antibiothérapie empirique à large spectre a été instaurée chez 58% de nos patients. Une antibiothérapie à spectre étroit orientée par l'antibiogramme, reposant sur l'association Fluoroquinolone et aminoside a été initiée chez 64% des patients. La durée moyenne d'hospitalisation était de 21,4 ± 10,30 jours. La létalité était de 54%. Les facteurs de mauvais pronostic associés au décès étaient : l'âge ($p=0,006$), les germes ($p=0,002$), la durée de ventilation ($p=0,038$) et la durée d'hospitalisation ($p=0,029$).

**Conclusion :** La gravité des PAVM en réanimation à Bouaké impose des actions de prévention centrées sur le respect des règles d'hygiène hospitalière.

**Mots clés :** Pneumopathie Nosocomiale- réanimation-ventilation mécanique

## Les modalités d'admission des patients en Réanimation polyvalente au CHU du Point G

Dicko H[1], Keita M[1], Saidou OMD[1], Diallo B[1] ,Beye SA[1], Koumaré S[2], Togola B[3], Sima M[4], Doumbia D[1], Coulibaly Y[1]

[1]Service d'Anesthésie réanimation et urgences, CHU du Point G, Bamako ;
[2] Service de chirurgie A, CHU du Point G, Bamako
[3] Service de chirurgie B, CHU du Point G, Bamako
[4] Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU du Point G, Bamako

**Correspondant :** Hammadoun DICKO, E-mail : hammad276@yahoo.fr

**Introduction :** Les modalités d'admission en réanimation sont variables et dépendent de la gravité du tableau clinique . Le but de cette étude était d'évaluer les modalités d'admission des patients en réanimation et de déterminer leur impact sur le pronostic des patients.

**Matériel et méthodes :** il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et analytique sur une période de 3 mois de juin à septembre 2018. Nous avons inclus tous les patients admis en réanimation et ayant séjourné dans le service de réanimation plus de 24h et suivis jusqu'à leur sortie quel que soit leur pathologie, leur âge et leur sexe.

**Résultats :** l'analyse a porté sur 106 patients. L'âge moyen était de 34,8± 20,6ans avec des extrêmes de 3 ans et de 98 ans. Le sexe féminin était prédominant avec 79% des cas et un sex-ratio de 0,2. Le moyen de transport le plus utilisé était l'ambulance dans 80,2% des cas et 81 patients (76,4%) étaient des admissions secondaires. L'altération de la conscience avec 17,9% des cas et la prise en charge post césarienne pour éclampsie avec 17% des cas étaient les motifs d'hospitalisation les plus retrouvés. Les patients classés « grave » représentaient 26,4% des cas.

La durée du séjour était en moyenne de 3,8 jours avec des extrêmes de 1 jour et de 23 jours. Nous avons enregistré 24 décès soit une mortalité de 22,6%. Les facteurs de risque de mortalité retrouvés étaient la gravité (p=0,001) et les pathologies médicales (0,013).

**Conclusion :** à la lumière de cette étude, nous constatons que le profil des patients admis en réanimation est celui d'un sujet jeune, de sexe féminin, transporté par ambulance et admis secondairement. La mortalité est corrélée à la gravité et aux pathologies médicales.

**Mots clés :** admission, réanimation, pronostic, Bamako.

## Etiologies et pronostic des comas en réanimation au CHU de Yopougon

Kouamé KI[1], AyéYD[2], BouhKJ[1], KonanKJ[1], Diomandé S[1], Aka BG[1], SoroL[1], AmonkouAA[1]
1-Service de réanimation CHU de Yopougon Abidjan (Côte-d'Ivoire)
2-Service de réanimation CHU d'Angré (Abidjan (Côte-d'Ivoire)

**Résumé**

**Introduction** : La prévalence des comas dans les services de réanimation ou de soins intensifs varie selon les études. De façon globale, elle est estimée à 37% [1].

Objectif : décrire les aspects étiologiques et pronostiques des comas dans le service de réanimation du Centre Hospitalier et Universitaire de Yopougon.

**Patients et Méthode** : il s'agissait d'une étude rétrospective analytique d'une durée de 13 mois (janvier 2015 à janvier 2016) qui portait sur les patients admis dans le service de réanimation pour trouble de la conscience. Les paramètres étudiés étaient sociodémographiques, cliniques, paracliniques et évolutifs.

**Résultats :** nous avons colligés 199 cas de coma sur 398 patients admis au cours de la période d'étude, soit une prévalence de de 40,7 ans L'âge moyen était de 40,69 ans avec des extrêmes étaient de 6 et 96 ans. Les enfants représentaient 18,27% de l'effectif. Le sex ratio était de 1,7 en faveur des hommes. l'HTA était l'antécédent le plus retrouvé (35%).Trente-neuf pourcent des patients ont été admis dans les 24 heures suivant le coma. Dans 60% des cas le mode de début était brutal. Le score de Glasgow à l'admission était ≤ 8 dans 55,7% des cas. Les comas d'origine infectieuse représentaient 36,7% des cas suivi des comas vasculaires (27,14%) et traumatiques (21,6%). La présence d'un déficit moteur, d'une détresse respiratoire et de l'hypotension artérielle étaient associées à une augmentation significative de la mortalité. Les comas vasculaires étaient associés à un taux de décès élevé.

**Conclusion** : les comas infectieux représentent l'étiologie dominante des comas en réanimation à Yopougon. Le pronostic est émaillé de complications qui pourraient être prévenues par une prise en charge précoce et un plateau technique amélioré.

**Mots-clés** : comas, étiologies, pronostic, réanimation

## Aspects épidémiologiques des polytraumatisés admis en réanimation du CHU de Yopougon de 2015 à 2018

Koffi.L; Ayé D; Netro D; Yapi F ; Aka E ;Sy

**Auteur Correspondant :** koffi.loess@gmail.com

**Introduction :** la prise en charge des polytraumatisés fait l'objet de recommandations récentes, d'où l'objectif de décrire les aspects épidémiologiques des polytraumatisés dans notre contexte.

**Méthode :** il s'agit d'une étude transversale rétrospective .Dans l'étude ont été inclus les polytraumatisés du service d'anesthésie-réanimation du CHU de Yopougon de 2015 à 2018. Nous avons étudiés les facteurs démographiques, les données temporelles, les étiologies, les signes cliniques, la mortalité des polytraumatisés.

**Résultats :** 32 patients ont été retenus avec un âge moyen de 32,72±18,94 ans avec les extrêmes de 2 ans et 85 ans, le sex-ratio était de 9,67 en faveur des hommes. Le mode d'admission était direct pour 90,63% des patients. L'étiologie était un accident de la voie publique dans 93,75% des cas dont 40% étaient des motocyclistes.

Les principaux signes cliniques étaient la pâleur cutanéo-muqueuse (21,88%), une détresse respiratoire (43,75%), un épanchement pleural (18,75%), des troubles de la conscience (93,75%), un déficit moteur (12,50%), des fractures du massif facial (n=5), des fractures de la boite crânienne (n=1) et des fractures du thorax (n=2).

Les principaux traumatismes étaient crâniens (90,63%), thoraciques (3,13%), membres (3,13 et du massif facial (3,13%).

Le taux de mortalité était de 43,75%. Le délai médian de survie dans le service était de 5,5 jours. Les facteurs associés au décès étaient la présence de détresse respiratoire et un score TISS>II.

**Conclusion :** nos résultats montrent que les patients polytraumatisés étaient en moyenne des sujets jeunes avec une prédominance masculine et la principale étiologie retrouvée était AVP, les polytraumatisés avaient un taux de mortalité très élevé.

**Mots clés :** polytraumatisé ; épidémiologie ; réanimation

## Profil épidémiologique des Pneumopathies Aiguës Communautaires (PAC) en réanimation médicale

Traoré AO[1], Skoubani N[1], El Hajouji M[1], Mansir I[1], Bouidir Y[1], Hachimi A[1]

1- Service de Réanimation Médicale, CHU Mohammed VI de Marrakech (Maroc)

**Objectif** : Etablir un profil épidémiologique des patients admis pour pneumopathies aigues communautaires.

**Matériel et méthodes** : Etude rétrospective descriptive réalisée dans le service de réanimation médicale du CHU Mohammed VI de Marrakech, de 1er Mai 2016 au 30 juin 2019. Les paramètres étudiés étaient : les données démographiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives.

**Résultats :** 58 cas ont été colligés. L'âge moyen était de 54,59 ans avec un sexe ratio de 1,63 en faveur des hommes. Les comorbidités les plus fréquentes étaient le diabète (32,8%) et le tabagisme chronique (27,6%), l'HTA (20,72%), la BPCO (19%) et les cardiopathies (13,8%). La symptomatologie clinique était dominée par les signes de lutte respiratoires (74,12%), des troubles de la conscience (63,8%), une température ≥ 39°c (20%) et des signes digestifs (12,12%). La radiographie thoracique objectivait un syndrome alvéolaire dans 79,39 % des cas, un syndrome interstitiel dans 58,6 % des cas et une image mixte parenchymateuse associé à une image pleurale dans 12,1 %. L'atteinte pulmonaire était bilatérale dans 62,1 % des cas. L'hyperleucocytose était présente dans 67,2% des cas. La PCR respiratoire a été réalisée chez 20 patients (34,5 %). Elle était positive dans 65 % des cas (n=13) avec 11 cas de virus (85%). La ventilation non invasive a été pratiquée dans 56,9% des cas et la ventilation invasive dans 79,33% des cas. La mortalité était de 72%.

**Conclusion** : Les PAC sont des affections graves qui surviennent sur des terrains particuliers. Les éléments de gravité clinico-radiologiques retrouvés expliquent le recours important à la ventilation artificielle.

**Mots clés** : Masculin –Pneumopathies - Réanimation

## Facteur de mortalité des pneumopathies aigues communautaires

## en réanimation médicale

Traoré AO[1], Dahman H[1], Ekoba P[1], Boudhar Z[1], Bouidir Y[1], Hachimi A[1]

1- Service de Réanimation Médicale, CHU Mohammed VI de Marrakech (Maroc)

**Introduction** : Les pneumonies aiguës communautaires (PAC) sont des infections fréquentes et potentiellement graves acquises en dehors de toute hospitalisation ou de soins. Les PAC constituent un problème de santé publique dont la prise en charge en cas de gravité nécessite un milieu de réanimation. L'objectif de notre étude était d'établir les facteurs de mortalité des patients admis en réanimation médicale.

**Méthodes** : Etude rétrospective réalisée dans le service de réanimation médicale du CHU Mohammed VI de Marrakech, du 1er Mai 2016 au 30 juin 2019.

Etaient inclus dans notre étude les patients hospitalisés au service de réanimation médicale durant la période de l'étude. Les paramètres étudiés étaient : les données démographiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives.

**Résultats :** L'existence d'une cyanose (p=0,03), la présence d'une fièvre (p=0,02), d'une hypotension (p=0,03), un CURB-65 élevé (p=0,01), le recours à la ventilation mécanique (p<0,001), l'introduction de la noradrénaline (p=0,005), un TP bas (p=0,004) et la survenue d'un choc septique (p=0,04) étaient des facteurs de mortalité. Le taux de mortalité était de 72 % des cas.

**Conclusion :** La mortalité d'origine respiratoire reste non négligeable par les pneumopathies infectieuses. La détermination des facteurs pronostic reste primordiale pour améliorer la prise en charge et le pronostic de ces malades.

**Mots clés :** Mortalité – réanimation - Marrakech

BIOCODEX

IMPRIM-Services sa
Impression Edition

# Médecine périopératoire

## Evènements indésirables en chirurgie ORL et CMF au CHU-SYLVANUS OLYMPIO de Lomé

Mouzou E T, Sama D H, Egbohou P, Afomasse, Tomta K.

**Auteur** ; Mouzou Essohanam Tabana. mail : essohanam2004@yahoo.fr

**Résumé**

**Introduction :** La prise en charge des évènements indésirables périopératoires constituent une préoccupation importante dans les mesures sécuritaires du patient.

**Objectif** : Faire l'état des lieux des EI périopératoires en chirurgie ORL et CMF au CHU-SO Lomé.

**Matériels et méthodes** : Etude prospective réalisée du 09 Avril au 07 Août 2018. Elle a concerné les patients opérés les jours et heures ouvrables, ayant présenté un EI périopératoire. Les moyens utilisés étaient les dossiers d'anesthésie et une fiche d'enquête préétablie pour obtenir les paramètres étudiés. Les variables étudiées étaient les données épidémiologiques, anesthésiques, chirurgicales ; les complications, leur traitement et leur évolution.

**Résultats:** 62% des patients avaient constitués l'échantillon. L'âge moyen était 29 ± 24 ans avec les extrêmes de 8 mois et 75 ans. Il y avait prédominance masculine (61,29%). La chirurgie ORL et CMF représentait 4,80% des activités chirurgicales du CHU. Les motifs d'intervention étaient ORL (53%) ; les fractures des os de la face (16%) et les tumeurs (18%). 62,9% patients classés ASA1 et 24,2% ASAII. Le Propofol et le Fentanyl étaient utilisés à 98%, l'Halothane à 100%. Le Recuronium, était utilisé dans 48% des cas. L'anesthésie générale était réalisée par TSAR 92% et 8% TSAR + MAR. 82 EI étaient survenus : 34 à l'induction, 31 en peropératoire, 17 au réveil et postopératoire. L'erreur humaine était responsable des EI dans 75,9% des cas et le système organisationnel dans 16,6% des cas. La prise en charge des 62 patients était favorable sans décès.

**Conclusion :** Au vue du nombre élevé EI il est impératif de renforcer les mesures de sécurité périopératoire.

**Mots clés :** Anesthésie, évènements indésirables, CHU Lomé.

## Prise en charge des complications de la pré-éclampsie au CHU du Point G

Théra T[1], Traore M[1], Sima M[1], Kanté I[1], Dicko H, Coulibaly Y .

1- Service de Gynécologie Obstétrique CHU du Point G Bamako,
2- Service d'Anesthésie-Réanimation du CHU du Point G

**Auteur Principal** : Théra Tiounkani Augustin

**But** : L'objectif était d'évaluer la prise en charge des complications de la pré-éclampsie au CHU du Point G.

**Méthodologie** : Il s'agissait d'une étude prospective descriptive réalisée au sein des services de gynécologie obstétrique et de réanimation du CHU du Point G sur une période de douze mois allant du 1er aout au 31 juillet 2012, incluant toutes les patientes admises pour complications de la pré-éclampsie.

**Résultats** : L'étude a porté sur 107 patientes soit une fréquence de 21,31% ; la tranche d'âge de (15 -19) était la plus représentée soit 58,9% avec un âge moyen de 22 ans. Le suivi de la grossesse n'était pas fait chez 35,5 % des patientes. Les principales complications maternelles étaient l'éclampsie (83,2%) ; le **HELLP** syndrome (18,7%), l'insuffisance rénale (6,5%), l'**AVC** (4,7%) l'HRP (2,8%), et l'**OAP** (1,9%). Les complications fœtales étaient dominées par **MFIU** (20 ,6 %), la prématurité (5,6%) , la souffrance fœtale (3,7%) et l'hypotrophie (2 , 8%) . Les principaux signes fonctionnels étaient les céphalées avec 70, 1%, les vertiges avec 60,7%, les vomissements avec 14% et l'épigastralgie avec 53, 3%. L'accouchement par césarienne a représenté 52,3% des cas. Le sulfate de magnésium était l'anticonvulsivant le plus utilisé avec 89,7% des cas. La transfusion du culot globulaire était réalisée dans 6, 5% et la corticothérapie dans 18, 7%. La dialyse a concerné 0, 9% des cas. La mortalité maternelle était de 8,4% et fœtale de 15,9%.

**Conclusion :** Les complications de la pré-éclampsie reste encore élevées avec un transfert en réanimation fréquente. Elles sont responsables d'une mortalité maternelle et périnatale élevées.

**Mots clés :** Pré-éclampsie, Réanimation, mortalité maternelle, Mortalité périnatale**.**

## Evaluation d'un protocole de réhabilitation améliorée après césarienne sous rachianesthésie au CHR de Saint-Louis.

Dieng M.[1] ; Thiam O.[2] ; Diedhiou M.[1] ; Sarr C. C. T.[2] ; Kane K.[1] ; El Ouerdani N. M.[1] ; Sarr S. A. C.[1] ; Fall L.[1]

**Auteur correspondant:** Dr Mactar Dieng

**Introduction :** La réhabilitation améliorée après césarienne (RAC) est un concept nouveau dans les pays en développement. **But** : audit du protocole de RAC à la maternité du centre hospitalier régional de Saint-Louis.

**Matériel et méthodes :** Notre protocole de RAC concerne les césariennes programmées et urgentes, sous rachianesthésie. L'analgésie post-opératoire était multimodale et associait la morphine en intrathécale à un traitement per os par paracétamol (4 g/j), tramadol (150 mg/j), kétoprofène (200 mg/j), et la morphine à libération immédiate per os (au besoin). Il inclut également la mise au sein précoce, le retrait de la sonde urinaire et de la perfusion à H4 ; le premier lever et la reprise alimentaire à H6. Nous avons colligé ces données pour toutes les césariennes, non compliquées et sans pathologies maternelles associées, sur une période de 3 mois. Le critère d'évaluation était la concordance des prescriptions ainsi que l'exécution du protocole et l'incidence des évènements indésirables.

**Résultats :** Parmi les 352 césariennes réalisées en 3 mois, 223 dossiers ont été exploités. On retrouvait 74 césariennes programmées et 139 urgentes. L'âge moyen était de 27 ans. Toutes les patientes avaient bénéficié de morphine en intrathécale et de dexaméthasone en intraveineuse. La durée de séjour à l'hôpital était de 3 jours pour 218 patientes (97,76 %). La reprise des boissons et la mise au sein précoce étaient effectives chez 87 % et 57,85 % des cas dès l'admission en SSPI. L'ablation de la perfusion et de la sonde urinaire à H4 ainsi que le lever précoce à H6 avaient été réalisées chez 94,62 % des patientes. Une patiente a été réadmise pour des céphalées post rachianesthésie et 2 cas de rétention aigue d'urine avaient été répertoriés. L'incidence des NVPO dans les 24 premières heures était de 17,49% et 15,69% des parturientes présentaient des prurits.

**Conclusion :** Les prescriptions médicales sont globalement conformes au protocole de RAC. Les points faibles identifiés en termes de prescription et d'exécution méritent une attention particulière dans les programmes de formation.

**Mots clés :** réhabilitation améliorée ; césarienne ; rachianesthésie,

## Hypotension peropératoire en obstétrique au CHU Sylvanus Olympio de Lomé.

Mouzou E T[(1)], Assénouwé S[(1)], Egbohou P[(1)], Tétévi A A[(1)], Tomta K[(1)], Fiagnon K[(2)].

[(1)]: Service d'Anesthésie Réanimation du CHU SO

[(2)] : Service de gynécologie et d'obstétrique du CHU SO de Lomé.

**Auteur correspondant** ; Mouzou Essohanam Tabana. Email : essohanam2004@yahoo.fr

**Introduction** : les complications cardiovasculaires demeurent de véritables préoccupations en anesthésie obstétricale en raison du risque de morbidité et de mortalité périopératoire élevé.

**Objectif :** État des lieux de la prise en charge de l'hypotension per opératoire en obstétrique.

**Matériel et Méthode** : Etude prospective à visée descriptive allant du 1er Février au 31 Juillet 2010, et portant sur les patientes opérées en obstétrique. Les paramètres étudiés étaient : l'âge, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle, les évaluations cliniques et para- cliniques, les modalités de prise en charge et le pronostic.

**Résultats :** Hypotension per opératoire représentait 19,6% des admises pour affections obstétricales au bloc chirurgical. La tranche d'âge la plus représentée était celle des adultes jeunes (63,40%). Les revendeuses étaient les plus touchées avec 32,34%. La principale cause était la césarienne sous rachianesthésie (97%). La majorité des patientes étaient reçues en urgence (94,5%). 23,83% des patientes étaient césarisées pour SFA. Le taux de réalisation de la consultation d'anesthésie était minime (5,5%). La prise en charge était médicale dans 100% des cas. La rachianesthésie était la technique dominante (90,6%).La prise en charge des patientes ayant eu l'hypotension en per opératoire, connaît quelques difficultés. Les étiologies de l'hypotension étaient diversifiées en fonction des patientes. Les causes des décès étaient réparties en fonction des patientes césarisées. La mortalité était de 1,7%.

**Conclusion** : La mortalité due à l'hypotension artérielle per opératoire reste significative. L'amélioration du pronostic de l'hypotension per opératoire nécessite des efforts tant sur le plan de la prévention que sur le plan de la prise en charge : la disposition d'une structure d'urgence obstétricale équipée s'avère importante.

**Mots clés** : Hypotension obstétrique, CHU Lomé.

# Réhabilitation post opératoire précoce chez les césarisées au Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo

Mandji Lawson J M[1], Obame R[2], Diundu-Di-Kombile E[2], Oliveira S[3],

Sima Zue A[1]

1. Département d'Anesthésie-Réanimation, FMSS, Libreville Gabon
2. CHU d'OWENDO, Libreville Gabon
3. Hôpital d'Instruction des Armées d'Akanda, Libreville Gabon

**Introduction :** La réhabilitation en post opératoire immédiat a pour objectif d'autonomiser rapidement les patientes afin de se concentrer sur leurs nouveaux nés. Elle permet également un retour précoce au domicile, et ainsi de réduire les coûts et la durée de séjour à l'hôpital. Au Gabon, le concept de la réhabilitation postopératoire n'a pas encore été clairement établi.

**Le but** de cette étude est de démontrer l'intérêt d'une réhabilitation postopératoire précoce après la césarienne au Centre hospitalier Universitaire d'Owendo (CHUO).

**Patientes et méthodes :** Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et analytique qui s'est déroulée du 1er juin au 31 Août 2016 au CHU Owendo. Ont été incluses les césariennes programmées et celles en urgences relatives. Notre protocole comprenait : une rachianesthésie, une analgésie multimodale par blocs abdominaux associés aux antalgiques intraveineux, une reprise de l'alimentation liquide à la deuxième heure post opératoire, semi-liquide à la 3ème-et solide à la 5ème- heure. Une ablation de la sonde urinaire en SSPI après lever du bloc moteur et Un lever obligatoire à la 5ème heure. L'ablation de la voie veineuse se faisait à la 24ème-heure post opératoire avec relai per os des antalgiques. L'EVS, le délai de reprise du transit, les complications digestives et la satisfaction étaient appréciées. Les résultats sont donnés en nombre et pourcentage pour les variables qualitatives et en moyenne avec écart-type pour les variables quantitatives.

**Résultats :** Cinquante une patientes ont bénéficié de ce protocole. L'âge moyen était de 29,5±5,5 ans. 64,7 % des patientes avaient été prises en urgence. La majorité des patientes (88%) n'avait pas de douleur (EVS=0) au repos à la 6ème heure et 61% à la 12ème heure post opératoire. A la mobilisation, on observait une absence de douleur chez 39% des patientes et des douleurs faibles (EVS=1) chez 25% à la 12ème heure post opératoire. La reprise moyenne du transit par les gaz était de 12±7,04 heures et des selles de 19±16 heures .La fréquence des nausées, des vomissements étaient respectivement de 8 et 6%. La satisfaction était totale chez 68,6% des patientes.

**Conclusion :** Au Gabon, la réhabilitation post-opératoire chez la césarisée est applicable. Son intérêt réside dans l'autonomisation rapide des patientes et la réduction du séjour hospitalier et partant des coûts de santé.

**Mots Clés :** Césarienne, analgésie, Réhabilitation post-opératoire précoce

## Arrêt cardio-circulatoire peropératoire : analyse rétrospective sur 5 ans au CHU du Point G

Diallo B[1], Dicko H[1], Traoré A[2], Koloma A[3], Beye SA[1], Keita M[1], Diallo D[3], Coulibaly M[4], Tall FK[3], Doumbia D[1], Coulibaly Y[1].

[1] Anesthésie-Réanimation, CHU Point G ;
[2] Anesthésie-Réanimation, Hôpital Nianankoro
[3] Service d'Anesthésie-réanimation, CHU de Kati ;
[4] Service d'Anesthésie-Réanimation, CHU Mère-Enfant le « Luxembourg » ; Bamako /Mali
Correspondant : Dr Diallo Boubacar, aboudiallo@gmail.com, CHU du Point G

**Introduction :** L'arrêt cardiaque au bloc opératoire (ACBO) est un accident grave d'évolution souvent fatale. Le but de ce travail était d'analyser le profil épidémio-clinique, les facteurs étiologiques et le pronostic des arrêts cardiaques au bloc opératoire.

**Matériels et Méthode:** Nous avons effectué une analyse rétrospective évaluative et exhaustive des dossiers de tous les patients ayant fait un ACBO sur une période de cinq ans (Janvier 2013 à Décembre 2017). Les données sociodémographiques, cliniques, évolutives, ont été recueillies et analysées, à partir des dossiers médicaux, les registres de compte rendu opératoire, les registres d'hospitalisation.

**Résultats** : Au cours de la période d'étude, 12709 actes anesthésiques ont été réalisés. Dix-neuf cas d'arrêts cardiaques ont été enregistré, soit une fréquence de 0,15%. Le sexe féminin représentait 79% et la tranche d'âge de 21-36 ans prédominait (42.0 %). La chirurgie obstétricale était prédominante (52.6 %), suivie de la chirurgie viscérale (42.0 %). L'anesthésie générale était la technique la plus pratiquée (84.2 %). L'AC était survenu dans un contexte d'urgence chez 78,95%. L'hémorragie (36,84%), les difficultés de contrôle des voies aériennes (26,31%) et le bloc sympathique (10,53%), étaient les facteurs étiologiques retrouvés. Il était survenu pendant l'entretien chez 57,89%. Dans 68,42% des cas une réanimation cardio-pulmonaire avancée était réalisée. Trois patients ont été intubés après l'AC. Le taux de mortalité était de 73.7 %. Les décès étaient plus observés chez les patients prisent sous anesthésie générale à 78.6%.

**Conclusion** : L'arrêt cardiaque au bloc est un évènement rare, ce qui rend sa prise en charge peu aisée bien qu'il survienne en milieu spécialisé.

**Mots clés :** Arrêts cardiaques ; bloc ; Anesthésie.

## Nausées et vomissements post-opératoires : connaissance et pratique médicales dans les services d'anesthésie-réanimation des CHU d'Abidjan- RCI

Bekoin Abhe CM[1], Ouattara A[1], Coulibaly KT[1], Mobio MP[1], Olama MC[1], Doffou B[1], Tetchi YD[1]
[1]CHU de Cocody – Abidjan (Côte d'Ivoire)
**Auteur correspondant :** maria.bekoin@yahoo.fr

**Introduction:** Les nausées et vomissements post-opératoires (NVPO) sont une cause d'insatisfaction des patients, avec des incidences rapportées de 30 %

**Objectif:** recenser les connaissances et pratiques médicales dans les services d'anesthésie-réanimation des CHU d'Abidjan

**Matériel et méthode:** étude transversal prospective de type cap par questionnaire anonyme 1er aout au 30 septembre 2018. Ont été inclus les médecins diplômés et les médecins en formation spécialisée. Le taux de réponses au questionnaire était de 71,91% (64/89)

**Résultats**: les caractéristiques professionnelles retrouvaient une population jeune entre 30 et 35 ans (33,8%) pour les médecins en formation spécialisée (81,2%) et des médecins diplômés d'ancienneté professionnelle moyenne de 10,8 ans (2-20). Les réponses justes aux questions de connaissance se résumaient comme suit : définition des NVPO (26,5%), incidence chez les patients non à risque (17%) et à risque (14%), intérêts de la prise en charge (15,8%), existence du score d'Apfel (94%) et ses éléments de détection (35,9%), risques liés à l'anesthésie (4,6%) et à la chirurgie (1,5%), moyens de réduction de l'incidence (40%). En pratique, les molécules utilisées pour le traitement préventif ou curatif étaient la dexaméthasone (48,4%), l'ondansétron (12,5%), le dropéridol (7,8%) et le métopimazine ou le levosulpiride (31,3%).

**Conclusion:** les séances de formation et l'élaboration d'un protocole uniformisé permettraient d'améliorer le confort des patients.

**Mots clés:** nausées et vomissement - post opératoire – connaissance

## Place du chewing-gum dans la reprise précoce du transit intestinal en post opératoire des césariennes : expérience du CHU Owendo

Mandji Lawson J M[1], Obame R[2], Wado Lonsi Y[2], Oliveira S[3], Sima Zue A[1]

1. Département d'Anesthésie-Réanimation, FMSS, Libreville Gabon
2. CHU d'OWENDO,Libreville Gabon
3. Hôpital d'Instruction des Armées d'Akanda, Libreville Gabon

**Introduction :** L'iléus paralytique reflexe est considéré comme l'une des principales complications postopératoires abdominales et se définit comme l'incapacité de transmettre le contenu de l'intestin ou un arrêt transitoire dans la reprise des selles régulières pendant trois ou cinq jours après chirurgie abdominale. Plusieurs méthodes sont proposées pour accélérer le retour de la motilité gastro-intestinale après césarienne notamment une mastication des gommes, une hydratation précoce et une déambulation. Cette étude avait pour objectif d'évaluer le bénéfice de la mastication du chewig-gum sur la reprise précoce du transit intestinal chez la césarisée.

**Patientes et méthodes :** Il s'agissait d'une étude prospective, et comparative qui s'est déroulée du 1er Avril 2018 au 31 Mars 2019 au CHU Owendo. Ont été inclues les césariennes programmées et celles en urgences relatives. Les patientes étaient réparties en deux groupes : un groupe sans chewing-gum (groupe de référence) et un groupe avec chewing-gum. Le protocole comprenait : une rachianesthésie, une analgésie multimodale par blocs abdominaux associés aux antalgiques intraveineux, une reprise de l'alimentation liquide à la deuxième heure, semi-liquide à la 3ème heure et solide à la 5ème heure postopératoire, en plus, le groupe avec chewing-gum recevait du chewing-gum à mâcher pendant 30 minutes trois fois dans la journée. Une ablation de la sonde urinaire en SSPI après lever du bloc moteur et un lever obligatoire à la 5ième heure postopératoire. L'ablation de la voie veineuse se faisait à la 24ième heure postopératoire avec relai per os des antalgiques. L'EVS, le délai de reprise du transit, les complications digestives et la satisfaction étaient appréciées. Une analyse univariée a été effectuée par le test du Chi2 ou le test exact de Fisher avec un $p \leq 0,05$ considéré comme test significatif.

**Résultats :** Cinquante-deux patientes ont bénéficié de ce protocole dont 25 dans le groupe sans chewing-gum et 27 dans le groupe avec chewing-gum.il n'existait pas de différence significative pour ce qui concerne les caractéristiques générales entre les deux groupes. La reprise moyenne du transit était en faveur du groupe avec chewing-gum : pour les gargouillements (7,03± 2,90h contre 13,3 ± 5,57h, p=0,001) pour les gaz (15,19± 5,43h contre 28,52 ± 8,56h ; p=0,003) et les selles (30,07± 6,60h contre 46,3 ± 12,09h, p=0,000). La fréquence des nausées, des vomissements était respectivement de 16% et 8% dans le groupe sans chewing-gum et 25,9% et 3,7% dans le groupe avec chewing-gum. La satisfaction était totale chez 66,6% (n=18) dans le avec chewing-gum contre 36%(n=9) dans le groupe sans chewing-gum.

**Conclusion :** La mastication du chewing-gum améliore de manière significative la reprise précoce du transit en postopératoire des césariennes.

**Mots Clés :** Césarienne, Chewing-gum, Transit intestinal

## Les complications post-opératoires de la rachianesthésie au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

Coulibaly Y[1], Koné J[1], Konaté M[1], Traoré N[1], Diarra B1, Koita A[1], Diallo B[2], Thiam A[2].
1-Service d'anesthésie Réanimation-CSREF CV Bamako
2- Département d'Anesthésie réanimation urgences- CHU du Point G.

**Introduction :**

La rachianesthésie est la technique la plus utilisée en milieu obstétrical et gynéco-obstétrique. En post opératoire, certaines peuvent être observées notamment les céphalées. Nous avons réalisée cette étude dont l'objectif était d'en étudier les principales complications.

**Patientes et méthode :**

Il s'agissait d'une étude prospective réalisée sur 03 mois au CSREF de la commune V district de Bamako, dans laquelle ont été inclues les patientes âgées d'au moins 15 ans ayant bénéficié d'une rachianesthésie, à l'exclusion des cas d'échec. Le recueil des données a été réalisé dès l'inclusion à la consultation d'anesthésie, et jusque dans les 10 jours post-opératoires ; L'analyse des données recueillies par interview directe avec les patients et mesure des paramètres cliniques, a été faite avec SPSS, et exprimés en effectifs et pourcentages.

**Résultats :**

Nous avons enregistrés 40 patientes âgées de 25 à 35 ans, classées ASA I (12 cas) , ASAII (26 cas) et ASAIII (2 cas) ; dont 65,5% était des ménagères. La césarienne représentait 97,5% des actes chirurgicaux, prises en urgence sans 70% des cas. La rachianesthésie a été faite avec de la bupivacaïne 0,5% seule, après une ponction à l'aiguille de type Quincke de tailles 24 et 25 Gauge. Les complications post-opératoires était : céphalées 45,83%, dorsalgie 8,33% ; cervicalgie (41,66%) avec 2 cas de NVPO et 1 cas de douleur persistante au point d'injection. La prise en charge a été faite avec paracétamol par voie orale intraveineuse, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). l'évolution marquée une disparition totale de la symptomatologie au bout de 48 heures post-opératoires. La durée moyenne d'hospitalisation était de 3 jours.

**Conclusion :**

La rachianesthésie est une technique simple et efficace. Toutefois les complications postopératoires sont à prendre en compte dont les principales sont les céphalées aux quelles il faut associer des cervicalgies d'évolution favorable sous traitement à base de paracétamol et d'anti-inflammatoire non stéroïdiens.

**Mots clés :** Rachianesthésie, céphalées, cervicalgies.

## Complications peropératoires liées à l'anesthésie pour chirurgie des amygdales chez les enfants de 2 à 15 ans au centre hospitalier et universitaire de Yaoundé

Nga Nomo S (1), Djomo D (2), Iroume C (3), Chewa G (1), Kambou S (1), Binam F (4)
(1) Centre Hospitalier d'Essos, Yaoundé-
(2) Hôpital Gynéco-Obstétrique et pédiatrique de Douala – Cameroun
(3) CHU de Yaoundé - Cameroun
(4) Département de chirurgie et spécialités-FMSB/Université de Yaoundé1 - Cameroun

**Introduction** : La dissection chirurgicale est à ce jour la technique de choix pour une amygdalectomie. Malgré la parfaite maitrise des techniques anesthésique et chirurgicale, des complications potentiellement graves peuvent émailler cette procédure. L'objectif était de répertorier les complications péri-opératoires liées à l'anesthésie pour chirurgie des amygdales chez les enfants de 2 à 15 ans

**Patients et méthode** : Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive a visée prospective qui s'est déroulée au Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé sur une période de 3 mois. Incluant tous les patients âgés de 2 à 15 ans ayant bénéficié d'une amygdalectomie durant la période. Les données étaient collectées à partir de l'observation directe et l'exploitation des dossiers d'anesthésie.

**Résultats** : 21 patients ont été colligés durant la période d'enquête. L'âge moyen était de 6 ans avec des extrêmes allant de 2 à 15 ans. La tranche d'âge de 4-8 ans était la plus représentée (52%). Le sexe féminin était prédominant (76%). L'hypertrophie des amygdales associée aux végétations adénoïdes était le diagnostic le plus fréquent (52%). Soixante sept pour cent de la population était classé ASA I et 33% de classe ASA II. Le propofol était l'hypnotique de choix (67%) et l'halothane était le seul halogène utilisé pour l'entretien de l'anesthésie. La durée moyenne de la chirurgie était de 50 minutes (43%). 55% des complications survenaient en post-opératoire contre 45% en peropératoire. La majorité des complications post-opératoires survenait lorsque le temps chirurgical était supérieur à 60 minutes (46%). Les principales complications peropératoires étaient respiratoires (18%), hémodynamiques (18%) et neurologiques (2%). Les complications de la période postopératoire étaient respiratoires (27%), neurologiques (18%), digestives (9%) et métaboliques a type d'hypothermie (9%). L'issue de la gestion de ces complications était favorable dans 95% des cas. Le taux de mortalité était de 5%.

**Conclusion** : Les complications de l'anesthésie pour amygdalectomie demeurent une réalité dans les pays Africains ou l'environnement de travail reste hostile

**Mots Clés** : Amygdalectomie ; Enfants ;

## Complications de l'anesthésie au cours de la césarienne au CHU de Brazzaville. A propos de 373 cas.

Mawandza PDG[1,2], Elombila M[1,2], Niengo Otsouta G[1], Mpoy Emy Monkessa CM[1], Nde Ngala MA[1], Otiobanda GF[1,2]
1. Service de Réanimation du CHU de Brazzaville
2. Faculté des Sciences de la Santé, UMN

**Objectif** : Identifier et de déterminer la fréquence des complications anesthésiques au cours de la césarienne dans notre pratique.

**Patientes et méthode** : Etude descriptive observationnelle sur 373 césariennes réalisées au CHU de Brazzaville. Les variables étudiées étaient les caractéristiques épidémiologiques des patientes et leur prise en charge obstétricale, les complications peropératoires et postopératoires et l'évolution.

**Résultats** : L'âge moyen était de 29,01 (14 et 45 ans). L'hypertension artérielle 9,4% (n=35) et la drépanocytose 2,1% (n=8) étaient les antécédents les plus représentés. Dans 96,5% (n=360) la césarienne était urgente. Il s'agissait d'une extrême urgence dans 22,8% (n=85). Les patientes étaient classées ASA1, ASA2, ASA3 ou ASA4 dans respectivement 74,3% (n=277), 22,5% (n=84), 2,9% (n=11) et 0,3% (n=1). L'anesthésie était une rachianesthésie dans 76,1% (n=284) et une anesthésie générale dans 23,9% (n=89). La fréquence d'une complication anesthésique peropératoire était de 39,4% (n=147) représentée par une hypotension artérielle 31,9%, une hypertension artérielle 3,5%, des nausées et vomissements 4,8%, une intubation difficile 0,8%, un échec de la rachianesthésie 0,5%, une rachianesthésie totale 0,3%, une mémorisation 0,3%, un prurit 0,8%. Les complications postopératoires sont survenues dans 16,1% (n=60) des cas. Il s'agissait d'hypotension artérielle 5,6%, de prurit 3,8%, de nausées-vomissements post opératoires 2,7%, de céphalées post brèche 4,8%. A l'issue de la césarienne 6,2% (n=23) des patientes ont séjourné en réanimation. La mortalité maternelle périopératoire était de 1,1% et la mortalité périnatale de 11%.

**Conclusion** : L'anesthésie pour césarienne est surtout pratiquée en urgence sur des patientes jeunes. Elle est source de complications diverses et fréquentes.

**Mots clés** : Complications, Anesthésie, Césarienne

## Analyse de la morbidité périopératoire de la césarienne en urgence

Diénéba Doumbia[1], **Joseph Koné[2]**, Mamadou Karim Touré[3], Tiounkani Augustin Thera[4], Soumana Oumar Traoré[2], Malaki Kamaté[2], Tiéna Tangara[2], Mamadou Taoré[5].

*1. Département d'Anesthésie Réanimation Urgences CHU Point G.*
*2. Hôpital de District de la Commune V de Bamako*
*3. Anesthésie Réanimation Hôpital de Dermatologie de Bamako*
*4. Service de Gynécologie-Obstétrique CHU du Point G.*
*5. Unité Recherche et de Formation en Santé de la Mère et de l'Enfant*

**Auteur Correspondant :** Docteur Joseph Koné.
drjosephkone@yahoo.fr

**Introduction :**
La césarienne réalisée en contexte d'urgence semble être responsable d'une morbidité plus élevée que lorsqu'elle est programmée. L'objectif de cette étude était de déterminer l'impact du contexte d'urgence sur les événements péri-opératoires après une césarienne.
**Patientes et Méthode :**
Il s'agissait d'une étude prospective, comparative réalisée à l'Hôpital de District de la Commune V de Bamako sur une période de 06 mois, portant sur les césariennes réalisées au service de classe ASA I ou II. Deux groupes ont été constitués selon que la césarienne est programmée (Groupe A) ou en urgence (Groupe B). Toutes les césariennes inclues ont bénéficié d'un même protocole de base, associé à des thérapeutiques spécifiques en fonction de l'indication. L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel SPSS, avec les tests de Khi-2, de Student. Toutes les dispositions éthiques ont été prises et il n'existe aucun conflit d'intérêt.
**Résultats :**
Nous avons enregistré 710 césariennes dont 222 programmées et 488 d'urgence. Les deux groupes étaient statistiquement comparables sur les caractéristiques sociodémographiques et cliniques (âge moyen, terme de grossesse, pathologie chronique). Il existait une différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant la survenue de complications maternelles (87,7% versus 92,6% ; p=0,026). Les complications infectieuses (4,1% versus 1,4% ; p=0,039), de suppurations pariétales (2,9% versus 0,5% ; p=0,027) étaient plus nombreuses dans le Groupe B. Les résultats étaient similaires au niveau des scores neurologiques des nouveau-nés (Apgar ≤ à 7 : 11,7% versus 1,8%) et le recours à la réanimation néonatale (34,6% versus 13,5% ; p<0,001). La durée d'hospitalisation était supérieure à 4 jours dans le groupe B (82,4%) contre 37,8% dans le groupe A. En analyse univariée le contexte d'urgence était statistiquement associé à la survenue d'une complication péri-opératoire (p=0,012).
**Conclusion :** Cette étude, réalisée sur des patientes ASA I et II toutes indications confondues, nous a révélé une association significative entre le contexte d'urgence et survenue de complications périopératoire après césarienne ; d'où la probabilité statistique d'une morbidité spécifique.

## Fréquence de la dénutrition dans le Service de Chirurgie "B" du Centre Hospitalier Universitaire du Point "G"

Traoré L (1), Dembélé BM(1), Dembélé MI(1), Kiffery IK(1), Bengaly B(1), Diallo S(1), Ouattara D(1), Saye J(1), Touré CA(1), Sanogo S(1), Togola B(1), Traoré D(1), Ongoiba N(1).
(1) CHU du Point G, Bamako, Mali

**Objectif :** déterminer la fréquence de la dénutrition dans le Service de Chirurgie (Générale) "B" du Centre Hospitalier Universitaire du Point "G" à Bamako (Mali).
**Méthodologie :** étude rétrospective, transversale et descriptive, sur une période de 18 mois (janvier 2018 à juin 2019). A concerné les patients ayant été hospitalisés dans le service pendant la période, pour pathologie chirurgicale et pour lesquels l'état nutritionnel avait été évalué.
**Résultats :** Au total 277 patients ont été colligés. L'âge moyen était de 44,9 ans (3 - 84) et le sexe ratio de 0,7. Au moins un facteur de risque (FDR) de dénutrition a été retrouvé chez 55,6% des patients. Le taux de dénutrition était de 43,5% en présence de FDR et 10,6% en l'absence de tout FDR. La fréquence globale de la dénutrition était de 28,9 % (n=80) avec des fréquences relatives de 66,1% pour « cancers digestifs », 25% pour « cancers extra-digestifs », 18,2% pour « pathologies digestives non-cancéreuses » et 14,7% pour « pathologies extra-digestives non-cancéreuses ». Selon l'IMC, la dénutrition a été classée « très sévère : IMC<13 » pour 5,3%, « sévère : IMC 13-15,9 » pour 30,2%, « modérée : IMC 16-16,9 » pour 23,7% et « légère : IMC 17-18,4 » pour 40,8%. Le grade (de risque) nutritionnel (GN) a été côté GN1 pour 39,7%, GN2 pour 31,4%, GN3 pour 22% et GN4 pour 6,9%. La durée moyenne d'hospitalisation était de 13 jours pour les patients dénutris contre 7,8 jours pour les non-dénutris, le taux de complications post-opératoires 23,6% contre 10,3% ; et le taux de mortalité postopératoire 9,7% contre 2,6%.
**Conclusion :** La dénutrition est fréquente chez les patients opératoires. Elle nécessite un dépistage et une prise en charge adéquats.
**Mots-clés :** dénutrition, fréquence, Point G

## Complications postopératoires précoces dans le Service de Chirurgie "B" du Centre Hospitalier Universitaire du Point "G": aspects épidémio-cliniques

Traoré L, Dembélé BM, Dembélé MI, Kiffery IK, Bengaly B, Diallo S, Ouattara D, Saye J, Touré CA, Sanogo S, Togola B, Traoré D, Ongoiba N.

**Correspondant** : Dr Lamine Traoré, laminentraore@gmail.com, 00223 74 38 23 28, Bamako (Mali)

**Objectif :** déterminer la fréquence, les tableaux cliniques et les déterminants des complications postopératoires précoces (CPOP) dans le Service de Chirurgie (Générale) "B" du Centre Hospitalier Universitaire du Point "G".

**Méthodologie :** étude rétrospective, transversale et analytique, sur une période de 18 mois (janvier 2018 à juin 2019). Ont été inclus tous les patients opérés, hospitalisés dans le service pendant la période. Le khi 2 a été le test statistique utilisé avec un seuil de significativité pour $p<0,05$.

**Résultats :** Au total, 385 patients ont été colligés. L'âge moyen était de 43,8 ans (1 - 87) et le sexe ratio de 0,92. Cinquante-sept CPOP ont été enregistrées soit un taux global de 14,8% dont 65,6% de complications infectieuses. Les CPOP étaient dominées par la suppuration pariétale 28,1%, suivie par la péritonite 15,6%, le lâchage anastomotique et la fistule digestive 15,6%, le sepsis sévère 12,5%, la thrombo-embolie 12,5%, l'éviscération 6,3%. Le type II de Clavien-Dindo a été le plus représenté avec un taux de 49,1%, puis le type V avec 35,1% et le type III avec 14%. Le taux global de mortalité postopératoire était de 5,2% (n=20) et l'indice de mortalité abaissée par une gestion efficiente des complications (IMAGE) de 80,7%. Les facteurs associés aux CPOP de façon significative ($p<0,05$) ont été : pathologies cancéreuses, pathologies digestives, état de dénutrition, chirurgie en urgence, âge supérieur à 70 ans, classes III et IV d'Altemeier.

**Conclusion :** dans notre contexte, les CPOP sont fréquentes, dominées par l'infection du site opératoire et associées à plusieurs facteurs.

**Mots-clés :** complications post-opératoires précoces, épidémiologie, Point G.

## Evaluation de la satisfaction et du vécu péri opératoire des patients opérés sous rachianesthésie au CHU de Yopougon

Kouamé KI1, Bouh KJ1, Soro L1, N'GuessanYF2, KonanKJ1, DiomandéS1, Aka BG1, AmonkouAA1

1- Service d'anesthésie réanimation CHU de Yopougon Abidjan (Côte-d'Ivoire)
2- Service d'anesthésie réanimation CHU Angré Abidjan (Côte-d'Ivoire)

**Résumé**

**Introduction** : la satisfaction des patients prend une place de plus en plus importante dans l'évaluation de la qualité des soins. Objectif : Évaluer la satisfaction péri opératoire des patients opérés sous rachianesthésie au CHU de Yopougon.

**Matériel et Méthode** : il s'agissait d'une étude prospective transversale, descriptive d'une durée de 5mois (février à juin 2019) réalisée dans les services d'hospitalisation de gynécologie-obstétrique, de chirurgie générale et d'orthopédie du CHU de Yopougon. Tous les patients opérés sous rachianesthésie ont été inclus dans cette étude. Les paramètres étudiés étaient socio démographiques, l'indication opératoire, la satisfaction lors de la consultation d'anesthésie, les conditions d'attente au bloc opératoire, les sources d'insatisfaction en per opératoire et en salle de réveil.

**Résultats** : Au cours de la période d'étude, nous avons recensé 156 patients. L'âge moyen était de 38,89 ± 14,28 ans avec des extrêmes de 19 et 72 ans. Le sex ratio était de 0,8. La césarienne était la principale indication opératoire (53,2%). La moitié de nos patients étaient insatisfait de la CPA (51,28%) ; les sources d'insatisfaction étaient principalement le manque d'information portant sur le déroulement de l'intervention (68%), sur le choix de la technique anesthésique (13%). En peropératoire, l'angoisse, les frissons, les nausées et vomissements étaient les sources d'insatisfaction des patients dans respectivement 11,7%, 5,2% et 5,1%. En salle de surveillance post interventionnelle, les sources d'inconfort étaient la soif (12,2%), les nausées et vomissements (13,8%).

**Conclusion** : La satisfaction du patient est un des points clés de la politique de qualité des services de prestation de soins d'où l'intérêt de son évaluation pour le bienêtre de nos patients.

**Mots clés :** rachianesthésie, satisfaction, Côte d'Ivoire.

## Complications neurologiques après circulation extracorporelle pour chirurgie cardiaque a cœur ouvert : à propos de 06 cas

Centre André Festoc de l'hôpital mère et enfant le Luxembourg de Bamako
S.A KOITA ; M.Coulibaly ; M .K.Toure ; B.B.Coulibaly ;S. A. Beye ; M.I.Mangane ; S.Traore ; B. Diallo, A.Dabo, ;M.Doumbia ; B.I.Diarra ; S.Daffé ;A.K.Maiga ;B.COULIBALY ; S.Dembélé ;N.DIANI ; M .B.KEITA ; A.S.Dembele ;D.DOUMBIA ;M.B.Diarra ; B. Samake ; D.M.Diango ; Y.Coulibaly
**Auteur correspondant :** Dr. Siriman .A.KOITA , sirimase@yahoo.fr

**I-Introduction** : Malgré les progrès techniques et les connaissances accumulées, la chirurgie cardiaque reste une chirurgie à risque avec de nombreuses complications pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Les complications neurologiques peuvent atteindre 21% de morbi-mortalité en cas d'accident vasculaire cérébrale( AVC) . Il est important d'evaluer ces complications afin de connaitre leurs natures et détecter des facteurs de risque.
**II-Objectif** : décrire les complications neurologiques survenant au décours d'une chirurgie cardiaque sous circulation extracorporelle ( CEC) et identifier d'éventuel facteur de risque
**II- Matériel et Méthode** : il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle sur 127 malades ayant bénéficié d'une chirurgie cardiaque sous CEC entre le 10 septembre 2018 au 10 septembre 2019 au centre de chirurgie cardiaque André Festoc de l'hôpital Mère et enfant le Luxembourg de Bamako. Ont été inclus dans l'étude tous les malades ayant présenté une manifestation neurologique n'existant pas en préopératoire.
**III- Résultats** : 6 patients ont été inclus, l'âge moyen était de 24 ans avec des extrêmes de 12 à 60 ans, le sex-ratio était de 2 soit une prédominance masculine. La valvulopathie rhumatismale était la plus représentée chez 66% des malades . On retrouvait une fibrillation atriale(F.A) chez tout les malades présentant une valvulopathie mitrale. La durée moyenne de CEC était de 132 minutes. La pression artérielle moyenne per CEC était de 71 mmHg . Chez les malades opérés les troubles neurologiques sont retrouvés chez 4,7% .Ils étaient de nature cognitive chez 2,4 % des malades , chez 1,6 % c'était un AVCI, et chez 0,7 % un AVCH.
**IV- Commentaire** et **Conclusion** Dans notre étude les complications neurologiques sont retrouvées chez 4,7 % des malades . Ce qui est inferieur aux données de la littérature .Cela pourrait s'expliquer par le jeune âge de notre effectif et l'absence chez nos malades de la plus part des facteurs de risque suspectés dans de nombreuses études .Les facteurs de risque les plus souvent mis en cause sont liés au patient : l'âge, l'artériosclérose de l'aorte proximale ou la carotide interne, antécédent d'AVC .Parmi les malades ayant présenté des troubles neurologiques 33,3 % avaient un antécédent d'AVC et la fibrillation atriale , Par contre 66, 6 % n'avaient aucun facteurs de risque , mais une durée moyenne de CEC longue à environ 132 minutes a été retrouvée . Les troubles du rythme à type de F.A , l'antécédent d'AVC, une durée longue de CEC pourraient être des facteurs de risque de survenu de complications neurologiques dans notre série .L'étude est limitée par son faible échantillonnage n'ayant pas permis de retrouver une relation de cause à effet .La prise en charge était basées essentiellement sur les anxiolytiques chez 50% des malades et l'anticoagulation chez 33 .On retrouve 16% de mortalité .La survenue de complication neurologique après CEC est rare mais reste imprévisible dans notre population. La mise en place d'un suivi postopératoire strict et la poursuite de la collecte de ces données devraient permettre de mieux caractériser des facteurs associés à la survenue de complications neurologique dans l'avenir.
**Mots clés :** Chirurgie cardiaque, Circulation Extra Corporelle, trouble neurologique.

## Statut « ASA » et évènement indésirable périopératoire en chirurgie d'urgence au CHU Gabriel Touré

Almeimoune A*1, Mangané M1, Diop Th M1, Kassongué A1, Sogoba Y1,. Mitchoagan E1, BomouY1, Doumbia M1, Dembélé AS1, Samaké MB1, Diango MD1.
1Département anesthésie réanimation et de médecine d'urgence du CHU Gabriel Toure, Bamako, Mali
**Auteur correspondant:**
abdoulhamidoumaiga@gmail.com

**Introduction:** Au Mali , suite à l'étude portant sur le même sujet chez les patients programmés au CHU du pont G en 2013[1]. Nous avons entrepris ce travail avec comme objectif d'évaluer la survenue d'événement indésirable périopératoire précoce en chirurgie d'urgence selon le statutASA.
**Patients et méthodes:** Étude prospective et descriptive allant de janvier à juin de 2018. Etaient inclus les patients admis au bloc opératoire pour un geste chirurgical ou une procédure diagnostique sous anesthésie dans un contexte d'urgence. Les événements indésirables ont été recensés sur les 24 heures en péri opératoire.
**Résultats:**
Durant la période 1217 patients ont subi un geste chirurgical d'urgence. L'âge moyen des patients était 26,4 avec des extrêmes de (moins de 1an à 92 ans). Le sex ratio était 0,56. Les interventions chirurgicales se répartissaient comme suit, chirurgie générale (21,6%), chirurgie orthopédique (7,8%), chirurgie pédiatrique (12,9%), gynéco-obstétrique (44,9%), neurochirurgie (10,1%), Oto-Rhino Laryngologie (2,3%) et urologie (0,4%). L'évaluation préopératoire du statut ASA indiquait 43,7 % ASA 1U, 35,8% ASA 2 U 18,3 % ASA 3 U , 2,3% ASA 4U . Nous avons enregistré 2564 événements indésirables chez 1089 (89,5%) patients dont 77,32% au cours de l'induction, 9,73% au cours de l'entretien, 5,33% au réveil et 7,62% en postopératoire. Les événements indésirables les plus graves étaient constitués de 14 arrêts cardio-respiratoires, 10 cas de collapsus cardio-circulatoire, 36 cas d'inhalation bronchique, 68 cas de désaturation artérielle sévère en oxygène. Le taux de mortalité était 11,2% parmi les patients admis en réanimation. Le taux de mortalité global était de 4,1%.
**Conclusion :** Malgré un profil de risque anesthésiologique faible à l'évaluation du statut ASA, Nous avons enregistré un taux considérable d'événement indésirable et forte mortalité péri opératoire sur 24 heures.
**Mots Clés :** ASA ; Evènement ; Indésirable *;* Peropératoire, Bamako

## Evaluation de la stratégie transfusionnelle au cours de l'anesthésie pour arthroplastie totale de hanche à l'hôpital A. Le Dantec de Dakar.

Ndiaye PI, Bah MD, Traore MM, Leye PA, Fall K, Ndiaye S, Sarr N, Sarr A, Gaye I, Diop AD, Diouf E.
Service d'Anesthésie- Réanimation – Hôpital A. Le Dantec de DAKAR SENEGAL

**Introduction :** L'arthroplastie de la hanche est une chirurgie prothétique courante. Cette chirurgie orthopédique majeure est cependant connue pour être à risque hémorragique en peropératoire. Elle est ainsi l'une des premières causes de transfusion peropératoire. L'objectif de notre étude est d'évaluer la stratégie transfusionnelle au cours de l'anesthésie pour les arthropathies totales de hanche à l'hôpital A. Le Dantec de Dakar.
**Patents et Méthode:** Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique réalisée au bloc opératoire de l'Hôpital Aristide Le DANTEC, en chirurgie orthopédique. La période d'étude allait de Janvier 2017 à Décembre 2018, soit une durée de 24 mois ; elle s'est intéressée aux patients ayant bénéficié d'une prothèse totale de hanche (PTH).
**Résultats:** Nous avons colligé 76 patients, soit une fréquence de 13,99% des patients opérés. La moyenne d'âge des patients était de 41,49 ±15,5 ans. On notait 47 patients de sexe masculin, soit une fréquence de 61,84% et un sex-ratio de 1,6. Les pathologies causales étaient la coxarthrose avec 37 cas (48,68%), l'ONTF avec 24 cas (31,68%), la pseudarthrose du col avec 8 cas (10,53%), la fracture du col fémoral avec 4 cas (5,26%) et la luxation de PTH avec 3 cas (3,95%). Un ATCD médical était retrouvé chez 3 patients (3,94%) et un ATCD chirurgical chez 8 patients (10,52%). On notait une pâleur des muqueuses chez 2 patients (2,63%). La classe ASAI comptait 51 patients (67,10%), la classe ASA II, 24 patients (31,57%) et la classe ASA III 1 patient (1,32%). Le taux d'hémoglobine préopératoire était en moyenne de 13,25 g/dl ±2,09. Le traitement martial préopératoire était prescrit à 18 patients (23,68%) qui avaient un taux d'hémoglobine entre 8 et à 12 g/dl. L'acide tranexamique a été utilisé chez 65 patients (85,53%) à raison de 1g avant l'incision chirurgicale en perfusion lente. La rachianesthésie représentait la technique anesthésique dans 80,26% des cas. Les pertes sanguines étaient en moyenne de 503,28±102 ml. La transfusion peropératoire était indiquée chez 8 patients (10,53%). En post opératoire, tous les patients ont bénéficié d'une surveillance en SSPI. L'évolution immédiate était favorable dans tous les cas. Le contrôle du taux d'hémoglobine était fait chez 13 patients (17,10%). Le taux d'hémoglobine post-opératoire moyen était de 11,61 g/dl.
**Conclusion :** La stratégie transfusionnelle mise en œuvre dans le service pour la chirurgie de la prothèse totale de la hanche a permis de réduire de façon importante les demandes de produits sanguins labiles en préopératoire.
**Mots clés** : prothèse totale de hanche, stratégie transfusionnelle

**Polyclinique Pasteur**

# Urgences - Catastrophes Attentats

## Intoxications aigues aux urgences pédiatriques du CHUMEFJE : données préliminaires

Nze Obiang P.C(1,2), Eyi Zang C(2), Obamer(3), Essola L(4), Nzoghe Nguema P(3), Sima Zue A(4).

1. Service d'anesthésie-réanimation du CHU Mère-Enfant Fondation Jeanne Ebori, Libreville, Gabon.
2. Service des Urgences du CHU Mère-Enfant Fondation Jeanne Ebori, Libreville, Gabon.
3. Département d'anesthésie-réanimation-urgences, CHU d'Owendo, Libreville, Gabon.
4. Département d'anesthésie-réanimation-urgences, CHU de Libreville, Gabon.

**INTRODUCTION** : L'ingestion de produits toxiques fait partie des urgences pédiatriques les plus fréquentes en Afrique. Le but de l'étude était d'étudier la fréquence, la nature, et l'évolution des intoxications aigues de l'enfant au nouveau Centre Hospitalier Universitaire Mère-Enfant (CHUMEFJE) de Libreville.

**PATIENTS ET METHODES**: Il s'agissait d'une étude rétrospective du 1er janvier 2019 au 31 mai 2019, concernant les enfants âgés de 0 à 15 ans hospitalisés pour une intoxication aigue aux urgences pédiatriques du CHUMEFJE. Les paramètres étudiés étaient l'âge, la zone de résidence, les données sociodémographiques des parents, la nature du toxique, les modalités de prise en charge à domicile, le délai d'arrivée, les signes cliniques, les modalités thérapeutiques et évolutives.

**RESULTATS** : Durant les 5 mois, 1039 enfants étaient admis aux urgences, 24 l'ont été pour une intoxication aigue (2,3%). La tranche d'âge de 0-5 ans était la plus représentée (63%), le sex-ratio était de 0,83. Dix-sept enfants étaient issus des zones de résidence défavorisées. Les principaux toxiques étaient le pétrole (62,5%), l'eau de javel (12,4%) et les raticides (8,3%). Les manœuvres vomitives ont été réalisées dans 33,3% des cas. Seuls 33% arrivaient à l'hôpital dans les 3 heures après ingestion. La détresse respiratoire était le symptôme dominant (58,3%). Les principales mesures thérapeutiques étaient les antibiotiques (66,7%), l'oxygène (37,5%) et les corticoïdes (16,7%). Deux décès (8,3%) ont été enregistrés.

**CONCLUSION** : Problème de santé publique globalement d'évolution favorable, les intoxications de l'enfant nécessitent une sensibilisation globale de la population.

**Mots-clés** : Intoxication aigue ; Enfants ; Gabon

## Thrombolyse à la phase aiguë de l'infarctus du myocarde dans la ville de Niamey

Karadj.S[1], Boukari Bawa. M[2] , Gagara.M[2] , Maikassoua.M[2] Gbaguidi.F[3]

1:SAMU Niger ; 2 : Hôpital National de Niamey ; 3 : Clinique Gamkalé

Dr Karadji Souleymane : karadjisouleymane@yahoo.fr

**Introduction :** les maladies cardio-vasculaires représentent 29,2% de la mortalité Mondiale totale dont 43,7% dus à un infarctus du myocarde. La thrombolyse constitue encore une alternative dans le traitement de l'IDM.

**Méthodologie :** étude rétrospective concernant la période du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2018 à propos de 7 cas régulés.

**Résultats :** Notre échantillon est constitué exclusivement de sexe masculin. L'âge moyen est de 51 ans. Parmi les autres facteurs de risque, l'HTA (5/7), l'âge (4/7), l'obésité (2/7) la dyslipidémie (1/7), le tabagisme (1/7). La **troponine C** était dosée chez 6 patients sur 7. l'**ECG et l'ETT ont été réalisé chez tous les patients**, le **territoire antérieur** constitue le plus atteint (4/7) et 3/7 des patients avaient présenté une altération de la fonction ventriculaire gauche.

Le délai moyen d'admission vers un SAU est de 3,14 heures et la thrombolyse réalisée dans un délai de 5,85 heures, après le début de la douleur thoracique. 5 /7 des patients ont bénéficié d'un transport médicalisé et régulé. l'Actilyse a été utilisé chez 4/7 des patients et chez 3/7 la streptokynase. Le taux de succès de la thrombolyse était de 6/7 patients.

**Conclusion :** la thrombolyse est un traitement de référence de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë. Le développement de la médecine pré hospitalière peut faciliter sa pratique.

**Mots-clés :** Infarctus du myocarde, Thrombolyse, Niamey.

## Prise en charge des urgences traumatologiques graves en réanimation à l'hôpital Aristide le Dantec de Dakar

Ndiaye P.I, Ndiaye S, Bah M.D, Traore M.M, Leye P.A, Gaye I, Ba E.B, Sarr N, Sarr A, Diop A.D, Diouf E.

Service d'Anesthésie-Réanimation – Hôpital Aristide Le Dantec de DAKAR SENEGAL

**Introduction :** Les urgences traumatologiques constituent un problème de santé publique qui nécessite une prise en charge multidisciplinaire. Malgré l'amélioration des moyens de prise en charge, la mortalité reste encore élevée dans notre contexte de travail.

Le but de notre étude était d'analyser les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs des urgences traumatologiques dans notre service de réanimation et d'identifier les facteurs de mortalité.

**Patients et Méthodes :** Nous avons réalisé une étude rétrospective et descriptive sur une période de 06 mois au service de réanimation au CHU Aristide Le Dantec. Tous les patients hospitalisés pour un traumatisme ont été inclus.

**Résultats :** Le nombre de patients hospitalisés durant la période était de 271 ; nous avons colligés 31 patients soit une fréquence de 11% des hospitalisations. L'âge moyen des patients est de 34 ans (extrêmes: 1an et 75 ans). On note une prédominance masculine avec 58% d'hommes. Les circonstances étiologiques étaient dominées par les accidents domestiques (32% des cas) et les accidents de la voie publiques 29%. Dans 80% des cas les patients étaient évacués par un transport non médicalisé et 84 % des malades provenaient de la région de Dakar. Les lésions cutanées à type de brûlure étaient les plus fréquentes dans notre série 15 cas (48%). Les lésions thoraciques, les traumatismes des membres et du bassin étaient respectivement de 48% et 32%. On notait dans 19 % des cas un traumatismes cranio-encéphalique. La ventilation assistée était réalisée chez 32% des patients et l'utilisation des amines vasopressives étaient nécessaire chez 9 % des patients. Le remplissage vasculaire selon la formule de Parckland était prescrit chez la majeure partie des brûlés (80 %). Dans 80 % des cas, les patients ont bénéficié d'une intervention chirurgicale en urgence. La mortalité globale en réanimation était de 53%. La mortalité spécifique était de 67% avec une durée moyenne d'hospitalisation de 11 jours. Les facteurs prédictifs de mortalité étaient : la présence d'un collapsus cardiovasculaire, d'une détresse respiratoire, de trouble de la conscience, les lésions de brûlures graves et les infections associées aux soins.

**Conclusion :** Les urgences traumatologiques graves sont des patients à risque d'évolution défavorable en réanimation. Cependant leur prise en charge peut être améliorée grâce à une médicalisation pré-hospitalière et une prise en charge optimale des facteurs de mortalité identifiés en réanimation.

**Mots clés** : urgences, traumatismes graves, réanimation

## Couverture Sanitaire du sommet des chefs d'Etats de l'Union Africaine (UA) à Niamey

Karadj.S[1], Boukari Bawa. M[2], Foumakoye.A[3], Kassama.Y[1] , Diop.M[1] Gagara.M[2]

1:SAMU Niger ; 2 : Hôpital National de Niamey ; 3 : Hôpital Général de Référence

Dr Karadji Souleymane, : karadjisouleymane@yahoo.fr

**Introduction :** Un dispositif sanitaire a été mis en place pendant 15 jours pour couvrir le Sommet des chefs d'Etats de l'UA à Niamey et 54 évènements parallèles, qui ont vu la participation de 7208 personnes dont 35 chefs d'Etats.

**Résultats :**

**Ressources** : 56 Médecins et 108 paramédicaux (formés au BLS et ACLS) ; 11 ambulances médicalisées, 62 lits réservés (dont 12 en services spécialisés) ; 11 sites extra hospitaliers et une régulation médicale (SAMU).

- 1 plan NOVI et 3 plans MASH avec 2 exercices de simulation grandeur réelle

**Répartition des cas par site (Tab 1)**

| SITE | NOMBRE DE PATIENTS | H0SPITALISATIONS |
|---|---|---|
| Centre des Conférences | 160 | **03** |
| Aéroport | **47** | |
| Hôtels | **261** | |
| **TOTAL** | **468** | |

**Répartition des cas par types de pathologie (Tab 2)**

| PATHOLOGIES | NB | % |
|---|---|---|
| ORL et respiratoires | 135 | 28.84 |
| Digestifs | 123 | 26.28 |
| Paludisme | 36 | 7.69 |
| Cardiovasculaires | 29 | 6.20 |
| Traumatismes/douleurs | 58 | 12.40 |
| Troubles oculaires | 8 | 1.71 |
| Asthénie | 79 | 16.88 |
| **Total** | **468** | **100 %** |

**Conclusion :** la couverture médicale des grands évènements nécessite une préparation spécifique tenant compte à la fois du nombre et de la qualité des patients potentiels

**Mots-clés :** Couverture sanitaire, Conférence UA

## Aspects épidemiocliniques et thérapeutiques des afflux massifs au Service d'Accueil des Urgences (SAU) du CHU Gabriel TOURE de Bamako

Mangané M[1], Almeimoune A[1], Diop Th M[1], Dembélé AS[2], Kassogue A, Diango D M[1].

1. Département d'anesthésie réanimation et de médecine d'urgence du CHU Gabriel Touré.
2. Service d'anesthésie du CHU IOTA Bamako.

Auteur Correspondant: Mr Mangane Moustapha: mbayemangane@gmail.com

**Résumé**

**Objectif** : Etudier les cas d'afflux massif de victimes au CHU Gabriel TOURE au cours de l'année 2018.

**Méthodologie :** Recueil systématique des informations notées sur la fiche d'enquête pour chaque patient admis pour afflux massif au SAU du CHU Gabriel Toure de Janvier au 31 Décembre 2018. Les données ont été saisies sur le logiciel (office) WORD 2016, EXCEL 2016 et l'analyse a été faite sur SPSS version 22.0.

**Résultats :** Pendant la période d'étude, 417 patients ont été colligés sur un total de 20849 admis soit (2%), le sexe masculin (59,7%), la tranche d'âge la plus représentée était celle de 25-44 ans (40,5%), majoritairement des élèves (21,7%). Les accidents de la voie publique (AVP) ont été le plus incriminés (84,2%). Le bilan lésionnel a permis d'isoler des plaies et écorchures (51,4%). Les 20% des patients ont été transférés dans d'autres services, le décès constaté à l'arrivée (1,6%), décès hospitalier (0,70%).

**Conclusion :** La morbidité par afflux massifs n'est pas négligeable dans notre contexte. Il serait urgent d'engager des actions pratiques tant par la connaissance du code de la route que par la coercition pour limiter la morbidité lourde (1,64%) attachée à ce fait.

**Mots clés** : afflux massif, SAU du CHU Gabriel TOURE

.

## Prise en charge des traumatismes balistiques de la face au CHU-CNOS

Traoré H , Traoré S, Diallo Mariam, Camara S, Doumbia A, Coulibaly O , Traore M

**Auteur correspondant :** Prof TRAORE Hamady, Email : traorhamady@yahoo.fr

Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur 25 cas de traumatismes balistiques de la face colligés dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du Centre Hospitalier Universitaire National d'Odontostomatologie de Bamako du 1er Février 2012 au 28 Février 2018. L'objectif était d'étudier le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des patients présentant un traumatisme balistique de la face.

Notre échantillon était composé de 25 patients dont 96% d'hommes avec un sex-ratio de 24 en faveur du sexe masculin. La tranche d'âge la plus représentée a été celle de 21-30 ans. Les militaires ont été les plus concernés avec 68% des cas. Trente-six pourcent des patients résidaient dans la région de Gao.

La guerre demeure la principale cause des traumatismes balistiques de la face dans notre étude soit 68% des cas. Association lésion osseuse et partie molle était prédominante avec 80% des cas. Le principal siège de fractures a été la mandibule avec 64%.

La TDM crânio-faciale a été réalisée chez tous les patients. Les patients opérés sous anesthésie générale ont représenté 84% des cas. Le suivi post opératoire a pu être réalisé sur une durée entre 3 à 6 mois chez 44% des patients. Le résultat du traitement était satisfaisant chez 40% des cas. Quarante pour cent des patients ne présentaient pas de séquelle.

## Prise en charge des urgences médico-chirurgicales à l'hôpital niveau 2 Togo déployé à Kidal au Nord du Mali

H.D. Sama, O.B. Tchagbele, L. Sonhaye, P. teyi, G. Akala-Yoba, S. Assenouwe, A. Abalo, M. Djibril, K. Tomta

Service de Santé des Armées, Togo

**Auteur Correspondant :** Docteur Hamza Doles SAMA, hamzasama@hotmail.com

**Introduction :**

Les situations d'urgence sanitaire exceptionnelle et de catastrophe constituent aujourd'hui un problème majeur de santé publique. L'objectif principal de ce travail était de tirer les enseignements de la prise en charge des urgences dans le cadre de la MINUSMA à Kidal.

**Patients et méthode :** Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive réalisée à l'HN2-Togo du 1er janvier au 31 décembre 2018.

**Résultats :** L'étude a colligée 197 patients dont 65(33%) urgences médicales (UM) et 132(67%) urgences chirurgicales (UC). Sur 177 hommes avec un âge moyen de 30.1 ans. Il y'avait 142 militaires. Nous avions 68% de traumatismes balistiques et 18% d'AVP. Les : UA : 60% et 40% d'UR , choc hémorragique (14(10.6%). Les UM étaient : neurologiques 21(32.3%), digestives 11(17%), métaboliques 10(15%), psychiatriques 9(14%) et respiratoires 9(14%). Les lésions étaient : membre (42), polytraumatisme (18), TCE (11), thorax (11), abdomen (8), vertébro médullaire (6) et 25 cas non traumatique. Les examens réalisés ont été : fast écho (4%), radiographie (29%) et biologie (67,13%).Les gestes posés : voie veineuse centrale (25), oxygénothérapie (45), intubation trachéale (20), ventilation mécanique (20), remplissage (40), transfusion (25), amines (10), antihémorragique (27) , analgésie (35), sédation (25). Parmi les anesthésies réalisées 93 au total : 38(41%) AG, 36(39%) rachianesthésie et 19(20%) bloc nerveux et anesthésie locale. Tandis que les gestes réalisés ont été : 40(50%) stabilisation orthopédique, 27(34%) parage, 21(26%) suture, 13(16%) drainage thoracique, 8(10%) laparotomie, 2(3%) amputation de sauvetage.. L'évolution a été favorable pour 61(94%) UM et 120(93%) UC. Le taux de décès était de 3(5%) d'UM et 5(4%) d'UC

**Conclusion :** L'organisation de la prise en charge des urgences vitales reste un défi majeur dans les zones aux ressources médicales limitées et en zone de conflit. Elle est en net progrès grâce à l'amélioration des équipements médicaux, la mise en œuvre de protocoles de soins d'urgence adaptés aux contraintes spécifiques de ces régions et la formation médicale continue.

**Mots clés :** urgence médico chirurgicale, hôpital niveau 2 Togo, Nord Mali

## Prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire : analyse situationnelle dans les services d'urgence du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou

Bonkoungou P[1], Guibla I[1], Lankoandé M[1], Ki KB [2], Voho AS[1], Bougouma CTW[3], Simporé A[1], Kinda B[1], Kaboré RAF[3], Sanou J[1], Ouédraogo N[1].

1. Département d'anesthésie-réanimation, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou
2. Service d'anesthésie-réanimation, CHU Pédiatrique Charles De Gaulle, Ouagadougou.
3. Service d'anesthésie-réanimation, CHU de Tengandogo, Ouagadougou

**Introduction :**
L'arrêt cardiorespiratoire (ACR) est une urgence absolue avec une prise en charge (PEC) complexe. Cette étude a eu pour objectif de faire l'état des lieux des connaissances théoriques des agents de santé et des dispositifs relatifs à la PEC de l'ACR dans les services d'urgences (SU) du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU-YO).

**Matériels et méthode :** Il s'est agi d'une étude transversale, descriptive et évaluative, menée au sein de quatre des six SU du CHU-YO du 25 Janvier au 25 Février 2018, auprès du personnel médical et infirmier. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire auto-rempli et de grilles d'inventaire. Les recommandations de 2015 de l'AHA sur la RCP ont servi de base d'évaluation. Les résultats ont été considérés comme significatifs pour une valeur-p < 0,05.

**Résultats :** La proportion de réponses était de 61,1 %. Le niveau de connaissances sur l'ACR et sa PEC de base était très insatisfaisant pour 98,4% des agents. Celui sur l'ACR et sa PEC avancée était très insatisfaisant pour 99,2% des médecins. Les valeurs des indicateurs du niveau de connaissances étaient significativement plus faibles chez les infirmiers et dans les tranches d'âge supérieures à 34 ans. Aucun SU ne disposait d'une équipe, d'un programme de formation continue, d'un système d'alerte ou de protocoles dédiés à la PEC des ACR. Aucun ne disposait d'une salle d'accueil des urgences vitales. Un sur quatre disposait d'un chariot d'urgence. Ce dernier n'était pas fonctionnel.

**Conclusion :** Le niveau de connaissances théoriques des agents ainsi que le niveau d'organisation et d'équipement des SU du CHU-YO concernant l'ACR et sa PEC sont insatisfaisants.

**Mots Clés :** Arrêt cardiorespiratoire, Réanimation, Organisation, urgences.

## Facteurs de mortalité périnatale associés à l'éclampsie au Centre Hospitalier Universitaire Analakininina Toamasina (Madagascar)

Toky Andriamahefa Rafanomezantsoa

**Introduction :** L'éclampsie est responsable d'une morbi-mortalité périnatale élevée. Elle constitue un problème de santé publique mondiale, et impose une prise en charge en urgence. Une étude a été effectuée afin de déterminer les facteurs associés à la mortalité périnatale liée à l'éclampsie.

**Méthodes :** Il s'agit d'une étude cas-témoins, réalisée au CHU Analakininina, sur une période allant de janvier 2016 à décembre 2018. Les cas sont constitués par les grossesses dont l'issue est le décès de l'enfant (22 SA à 7 jours de vie) et les témoins sont constitués par les grossesses avec une naissance vivante.

**Résultats :** La prévalence hospitalière de l'éclampsie était de 1.13%. Les parturientes présentant une éclampsie sont constituées par 77.8% de primipares avec un âge moyen de 27,17 ± 8,99 ans. Ce sont des grossesses mal suivies dans 72.7%. La voie d'accouchement optée était la césarienne. La mortalité maternelle était de 10% et la mortalité périnatale durant une éclampsie était de 33%. Les facteurs associées à la mortalité néonatale durant une éclampsie sont : le statut matrimonial célibataire (OR = 6,50 [2.45-17,21]), l'absence de profession (OR =5,23[1,38-20,83]), le lieu de résidence dans les zones rurales (OR=5.71 [2.26-14.40]), la pression artérielle ≥ 160/110mmHg (OR =4,19 [1,47-12,40]), le mode de référence (OR =6.62 [2.62-16.71]), la consultation prénatale < 4 (OR =20.8 [2.67-161.68]) , l'existence d'un diabète (OR =16[1,78-179.02]), l'âge gestationnel inférieur à 37 SA (OR =4.78 [1.74-13.09]), la non réalisation d'une échographie obstétricale (OR =9.00 [3.41-23.7]), le score de Glasgow (3 à 6) (OR =32,40 [4,40-312,05]), le délai de prise en charge ≥24 h (OR =32.53 [9.88-107.03]), le recours au diazépam (OR =4.35 [1.08-20.22]), l'utilisation du thiopental (OR=3.63 [1.03-9.14]), l'existence d'un hématome retroplacentaire (OR =13,03 [3,62-47,72]), le décès maternel (OR =5.65 [1.35-23.56]), le score d'Apgar à la 5minute de vie (0-3) (OR =32,40 [4,40-312,05]) et le poids du nouveau-né <2500 g .

**Conclusion :** La survie périnatale durant une éclampsie est en rapport avec le suivi de la grossesse, la prise en charge précoce avec le plateau technique adapté et la gravité de la présentation clinique de la mère.

***Mots-clés*** : éclampsie- facteurs- mortalité

## Profil épidémioclinique des patients admis dans la salle d'urgence vitale à l'hôpital du Mali

Cissé M.A.C [(1)], Tembiné K [(2)], Diombana K [(1)]. H [(1)], Sidibé Y[(1)], , Sidibé A[(2)], , Diani N[(2)], COULIBALY Y [(3)].

(1) Service des Urgences, Hôpital du Mali
(2) Services d'Anesthésie et de Réanimation, Hôpital du Mali
(3) Département d'Anesthésie/Réanimation/Urgence CHU POINT G

Auteur Correspondant : Mamadou Abdoulaye Chiad Cissé Email : mcisse168@yahoo.fr

**Introduction :**
Une urgence vitale est une situation où la vie du patient est en danger si aucun soin rapide n'est fait. En zone tropicale les urgences surviennent presque toujours dans un contexte socio-économique défavorable. Le but de ce travail est de déterminer le profil épidémio-clinique des urgences vitales dans le service.

**Patients et méthode**
Il s'agit d'une étude prospective allant du 1er janvier au 31 juillet 2019 portant sur tous les cas d'urgences vitales admises au service d'accueil des urgences (SAU).
Les données ont été collectées sur des fiches d'enquête individuelle, la saisie a été faite sur world 2016 et analysées avec SPSS version 2.0.

**Résultats :**
Durant la période d'étude 3 811 patients ont été admis dont 85 cas d'urgences vitales (CCMU IV et V) avec soit une fréquence d'admission de 2,23% .L'âge moyen était de 38,78 ans, le sexe masculin était prédominant avec 70,6%.,Les ménagères étaient majoritaires avec 21,2% ,les mariés étaient les plus représentés avec 57,6%.Près de la moitié soit 49,4% de nos patients étaient amenés par les parents , l'altération de la conscience était le motif de consultation le plus fréquent avec 30% des cas. Une TDM cérébrale a été réalisée chez 48,24%. La pathologie la plus représentée était l'accident vasculaire cérébral hémorragique (AVCH) avec 27,27% des cas. La mortalité était de 34,1%

**Conclusion** : Des efforts doivent être fait afin d'améliorer le transport des urgences vitales.

**Mots clés**. Urgence vitale, mortalité, l'altération de la conscience

## Etude épidémioclinique des blessures par armes à feu au CHU Gabriel Touré à propos de 43 cas.

M. Sidibé, I. Keita, M.B. Traoré, A. Maiga, T. Traore, T. Coulibaly

**Auteur correspondant :** SIDIBE Moussa : sicpharma@outlook.com ; 00223 78 93 30 31

**Introduction :** Les traumatismes par armes à feu constituent un réel problème de santé publique dans le monde.

**Objectif :** Evaluer les aspects épidémio-cliniques des patients ayant ont été victimes de traumatismes par armes à feu dans le service.

**Méthodologie :** Il s'agit d'une étude prospective longitudinale qui s'est déroulée d'Octobre 2011 à septembre 2012 dans le service de Chirurgie Orthopédie et Traumatologique du CHU Gabriel TOURÉ de Bamako. Elle a inclus tous les patients admis pour prise en charge d'un traumatisme par arme à feu.

**Résultats :** Nous avons colligé au total 43 cas, d'un âge moyen de 30 ans avec un sex- ratio de 7,6 en faveur des hommes les blessures par armes à feu ont représenté 1,34% des motifs de consultation dans le service. Les militaires était les plus représentés avec 20,9%.

Les lésions traumatiques les plus fréquents étaient ceux des membres supérieurs 65,1% suivies des membres inférieurs 11,6%. Globalement, le taux de mortalité a été de 4,5% l'évolution a été favorable dans 79% des cas.

**Conclusion :**

Notre travail a démontré que les principales cibles des traumatismes par arme à feu sont les agents de forces armées et de sécurité. Les lésions des membres sont les plus fréquentes dans notre service. Les résultats de la prise en charge restent encourageants.

**Mots Clés :** traumatisme ; arme à feu, étiologie, diagnostic

## Létalité des urgences obstétricales au département de Gynécologie - Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou.

**Bonkoungou P**[1], Guibla I[1], Lankoandé M[1], Kiemtoré S[3], Bonkoungou PRMS[3], Simporé A[1], Kinda B[1], Kaboré RAF[2], Sanou J[1], Thieba/Bonané B[3], Ouédraogo N[1].

1. Département d'anesthésie-réanimation, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou
2. Service d'anesthésie-réanimation, CHU de Tengandogo, Ouagadougou
3. Département de gynécologie-obstétrique, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou

**Auteur correspondant :** Bonkoungou P *;* zambobonkoungou@gmail.com

**Introduction**

L'objectif de ce travail est déterminer la létalité des urgences obstétricales dans le Département de Gynécologie -Obstétrique (DGO) du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU-YO)

**Patients et Méthode**

Il s'est agi d'une étude rétrospective sur la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2016. Les patientes reçues pour urgence obstétricale, ont constitué la population d'étude. Les principales variables étaient le profil sociodémographique, l'aspect clinique et le pronostic maternel. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel EPI INFO-version 7.1.5.

**Résultats**

Durant la période de l'étude, 55.392 patientes ont été admises dans le DGO du CHU-YO, dont 13.960 pour des urgences obstétricales, soit un taux de 25,2% de l'ensemble des admissions. Six cent vingt-six cas de décès ont été enregistrés soit un taux de 4,4% de létalité des urgences obstétricales. L'âge moyen des patientes décédées était de 26,23 ans ± 6,97 avec des extrêmes de 14 et 44 ans.

Les taux de létalité les plus élevés étaient rencontrés dans les ruptures utérines (14,8%), les crises vaso- occlusives (14,5%), les endométrites (14,2%) les hémorragies du post partum (10,3%). Les causes obstétricales directes étaient dominées par les hémorragies du post-partum, les troubles hypertensifs et les endométrites - et les indirectes par les crises vaso- occlusives et l'anémie.

**Conclusion :** La létalité des urgences obstétricales dans le DGO du CHUYO se révèle encore importante. L'exploration des différentes voies pouvant contribuer à sa réduction, trouve , donc, la place dans l'ordre des priorités au niveau sanitaire.

**Mots-clés :** urgences obstétricales, complications obstétricales, létalité.

## Confrontation écho-clinique des urgences digestives non traumatiques

**Traore. S**, Camara M A, Diallo M, Traore MM, Coulibaly S, Koné J, Koné D, Kamissoko A, Fomba M, Sissoko M, Sidibé A, Gackou M, Sidibé S

**Auteur correspondant:** Sounkalo TRAORE email:sounkalo.t@yahoo.com

**Résumé :**

**Introduction :**

Les urgences digestives sont caractérisées par des douleurs aigues se projetant sur l'abdomen, mettant en jeu le pronostic fonctionnel ou vital si une action médicale ou chirurgicale immédiate n'est pas envisagée à court terme.

**But :** L'objectif de ce travail était de déterminer les principales urgences digestives diagnostiquées à l'échographie et d'établir une confrontation écho-clinique.

**Matériels et Méthodes :**

Il s'agissait d'une étude prospective de douze mois (janvier 2018 à décembre 2018). Etaient inclus, tous patients âgés de quinze ans et plus et admis au service dans un contexte d'urgence abdominale non traumatique chez qui une échographie a été réalisée.

**Résultats :**

Nous avons colligé les dossiers de cent quatre-vingt -huit (188) cas d'urgence digestive sur dix-sept mille trois cent douze échographies réalisées soit une fréquence de 01,08 %.

La douleur a été le motif principal de la demande soit 95,6%. Les appendicites étaient les plus retrouvées avec 45,21% et dominées par les formes catarrhales (54,1%) et phlegmoneuses (24,7%). Les cholécystites, les hernies étranglées, les abcès hépatiques et les péritonites représentaient 18,08%, 12,77%, 11,17 % et 10,11% respectivement. Les sigmoïdites étaient peu fréquentes soit 02,66%.

Le maître symptôme était la douleur dans 95,6% des cas. La confrontation échographie et diagnostique peropératoire n'a pas retrouvé de différence statistiquement significative sauf pour dans les cholécystites aiguës mieux diagnostiquées en échographie qu'en clinique.

**Conclusion :**

L'échographie est un examen de débrouillage et opérateur dépendant. Elle doit cependant s'intégrer aux données cliniques pour établir un diagnostic étiologique précis.

**Mots clés :** Echographie, diagnostic, urgences digestives.

## Apport de l'échographie dans les métrorragies du 1er trimestre

**Traoré S**, Diallo M, Tall S, Koné J, Traoré SO, Traoré OM, Kouyaté FI, Gackou M, Sangaré A, Sissoko M, Fomba M, Coulibaly S, Sidibé S.

Auteur Correspondant : Sounkalo Traoré - email : sounkalo.t@yahoo.com.

**Résumé :**

**Introduction** :

Les métrorragies du 1er trimestre se définissent par des pertes de sang d'origine utérine survenant avant treize semaines de gestation (15SA).

**Objectif** de ce travail était de préciser la fréquence des principales anomalies diagnostiquées à l'échographie.

**Matériels et Méthodes :**

Il s'agissait d'une étude prospective, et descriptive en octobre 2017 et mars 2018, incluant les gestantes adressées pour échographie pelvienne ou obstétricale dans un contexte de métrorragie avant 13 semaines de gestation.

**Résultats** : Nous avons colligé les dossiers de 167 cas d'urgences obstétricales du 1er trimestre sur 6150 échographies obstétricales réalisées soit une fréquence de 2,57%.

L'âge moyen de nos gestantes était de 26,50 ± 6,2 ans avec des extrêmes de 16 ans et 40 ans.

La tranche d'âge de 20 à 29 ans était la plus représentée soit 53,2%. La métrorragie était le motif principal de la demande avec 66%. L'échographie était normale dans 11,9%. Les avortements incomplets, les décollements ovulaires, les grossesses arrêtées et extra-utérines, étaient les diagnostics les plus retrouvés soit respectivement 30,5% ; 16, 1% ; 12,5% et 13,7%. Les môles hydatiques, les béances cervicales et les hématomes marginaux représentaient 07,7%, 5,3% et 02,3% respectivement.

Une confrontation écho-clinique a trouvé 100% d'efficacité diagnostique de grossesses arrêtées, d'avortements incomplets, de môle hydatique et des décollements ovulaires, et 95,65% des G.E.U étaient confirmées en peropératoire.

**Conclusion** : L'échographie endo-cavitaire constitue l'examen et la technique de premier choix dans le diagnostic des métrorragies du 1er trimestre. Elle doit cependant s'intégrer au contexte clinique pour établir un diagnostic étiologique.

**Mots clés** : Echographie, Métrorragie, 1er trimestre.

## Profil des patients admis pour coups et blessures volontaires au service d'accueil des urgences de l'hôpital du Mali

Cissé M A C [(1)], Tembiné K [(2)], Tamboura. H [(1)], Sidibé Y[(1)], Sidibé A[(2)], , Diani N[(2)], Diango D [(3)].

(1) Service des Urgences, Hôpital du Mali
(2) Services d'Anesthésie et de Réanimation, Hôpital du Mali
(3) Département d'Anesthésie/Réanimation/Urgence CHU Gabriel Touré

**Auteur Correspondant :** Mamadou Abdoulaye Chiad Cissé Email : mcisse168@yahoo.fr

**Introduction :**

Les coups et blessures volontaires (CBV) se définissent comme étant le résultat des agressions physiques portées intentionnellement sur le corps d'autrui.

Ils sont liés à l'insécurité qui sévit dans nos pays et sont pourvoyeurs des lésions complexes et variées. Le but était de déterminer le profil épidémio-clinique des coups et blessures volontaires au service d'accueil des urgences (SAU) de l'Hôpital du Mali.

**Patients et méthode**

Il s'agit d'une étude prospective allant du 1er janvier au 30 juin 2019 et portant sur tous les cas de coups et blessures volontaire admis au SAU.

Les données ont été collectées sur des fiches d'enquête individuelle, la saisie a été faite sur world 2016 et l'analyse a été faite avec SPSS version 2.0.

**Résultats**

Nous avons admis 3 269 patients dont 100 cas de coups et blessures volontaires soit une fréquence 3,05% des cas. La tranche d'âge 18-28 ans était la plus concernée avec 41% Le sexe masculin était majoritaire avec 79%. Les commerçants étaient les plus exposés avec 27%. Les noms scolarisés occupaient 62% des victimes. La moitié des agressions (50%) était survenue la nuit entre 22h et 04h. Les bandits armés étaient l'auteur dans 35% des cas et les armes blanches étaient en cause dans 55% des cas. Les plaies pénétrantes représentaient 73% et 18% des lésions étaient hémo-pneumothorax. La mortalité était de 7%.

**Conclusion**

Les CBV constituent un fléau social et sa morbi-mortalité reste élevée de nos jours.

**MOTS CLES** : Agression , Plaie pénétrante - thorax.

## Gestion d'un afflux massif de 27 victimes au service d'accueil des urgences de l'Hôpital du Mali

Cissé M A C [(1)], Tembiné K [(2)], Sidibé A [(2)], Sidibé Y[(1)], Diani N[(2)], Diango D [(3)].

(4) Service des Urgences, Hôpital du Mali
(5) Services d'Anesthésie et de Réanimation, Hôpital du Mali
(6) Département d'Anesthésie/Réanimation/Urgence CHU Gabriel Touré

Auteur Correspondant : Mamadou Abdoulaye Chiad Cissé Email: mcisse168@yahoo.fr

**Introduction :** Les accidents collectifs de la voie publique constituent un véritable problème de santé publique au Mali. La mortalité dépend étroitement de la qualité de la gestion de l'évènement.
Le but de ce travail était de rapporter notre expérience dans la gestion d'un afflux massif de victimes
**Patients et méthode :** Nous rapportons la gestion d'une collision entre deux véhicules (auto-ben et mini car transportant 27 passagers) sur l'axe Bamako –Ségou. Le sinistre était survenu à 70km de l'Hôpital du Mal Nous avons inclus toutes les victimes admises au service.
**Résultats :** Nous avons colligé 16victimes admises au service. 1 L'âge moyen était de 30,5ans (extrêmes : de 13 et 39 ans), un sexe ratio en faveur des homes.. Le transport des victime vers l'hôpital a été assuré par le service de la protection civile(4 ambulances de la protection civile mobilisées sur le lieu) .
Le dispositif établi comportait un médecin urgentiste ,3 médecins généralistes ,4 résidants en anesthésie-réanimation ,03 étudiants en année de thèse et 5infirmiers qui exercent d'habitude au service. L'admission des patients s'est étalée sur 2 heures. Nous avons enregistré 11 cas de décès constaté à l'arrivée. Les lésions retrouvées étaient : 3 cas d'hématome extraduraux, 2 cas d'hématome sous duraux et 1cas d'hémo-pneumothorax .Nous avons enregistré un cas décès au déchoquage.
**Conclusion :**
L'absence de la médecine pré hospitalière pourrait expliquer le nombre élevé de décès en cas d'afflux massif de victime.
**Mots clés :** gestion, afflux massif,

## Traumatismes thoraciques par accident de la voie publique : Attitudes thérapeutiques à l'hôpital du Mali

Coulibaly I, Ouattara M.A, Togo S, Maïga A.A, Maïga I.B, Ombotimbe A .
**Auteur correspondant:** Dr Coulibaly Ibrahim ***;***
**Email** : ibrahimcoulibaly1986@yahoo.fr

**Introduction :** les accidents de la voie publique constituent un réel problème de santé publique.
**Objectif :** décrire les attitudes thérapeutiques des traumatismes thoraciques par accident de la voie publique.
**Patients et méthodes :** étude prospective, de janvier 2018 au 30 juin 2019, ayant inclus les patients admis pour traumatisme thoracique par accident de la voie publique. Les variables étudiées étaient les aspects sociodémographiques, diagnostiques et thérapeutiques.
**Résultats :** quatre-vingt-neuf patients ont été colligés. L'âge moyen était de 40 ans [2 à 76 ans]. Le sexe ratio était de 13,9. Le délai moyen entre d'admission au service était de 24 heures ± 18,9. Le traumatisme était fermé dans 95,5% des cas. Les principales lésions thoraciques étaient les épanchements pleuraux dans 74,2%, les fractures costales dans 62,4%, la contusion pulmonaire dans 59,6%, les pneumomédiastin dans 5,78% et la rupture diaphragmatique dans 3,4%. Il s'agissait de polytraumatisme dans 59,5%. Les lésions associées étaient des fractures complexes de l'épaule dans 21,3%, des fractures de membre inferieur dans 11,2%, de traumatisme crânien dans 6,7%, l'hémopéritoine dans 1,1%. Le délai moyen de prise en charge était de 2,1 ± 8,4 heures. Les gestes chirurgicaux en urgence ont été le drainage pleural dans 70,8%, la thoracotomie dans 5,6% e le parage pariétal dans 3,4%. La durée hospitalisation était de 5,4 ± 3,3 jours. La mortalité était de 2,2%.
**Conclusion :** Les traumatismes thoraciques sont graves. En urgence la prise en charge est essentiellement basée sur le drainage pleural.
**Mots clés :** Accident de la voie publique – Traumatisme thoracique – Traitement chirurgical.

## Aspects diagnostiques thérapeutiques et évolutifs des traumatismes thoraciques balistiques

Illiassou S, Ouattara MA, Maiga AA, Maiga IB, Ombotimé A, Togo S.
Service de chirurgie thoracique-hôpital du Mali

**Auteur-correspondant :** Dr Illiassou Sitta (illiassousitta@gmail.com)

**Introduction :** Les traumatismes thoraciques balistiques (TTB) sont graves et de plus en plus fréquents dans notre contexte.
Objectif : décrire notre attitude diagnostique, thérapeutique et l'évolution.
**Patients et méthode :**
Etude prospective descriptive de janvier 2018 à juin 2019 à l'hôpital du Mali. Tous les patients victimes de TTB étaient inclus. Les paramètres étudiés étaient les données diagnostiques, thérapeutiques et de l'évolution.
**Résultats :**
Nous avons colligé 26 patients. Le sex –ratio était de 3,33. L'âge moyen était de 27, 3 ans (extrêmes : 11 et 45 ans). Le délai moyen d'admission était de 50 heures (+/- 9,6). Le mode de transport était médicalisé dans 77% des cas. Ils étaient stables dans 92% des cas. Les symptômes majeurs retrouvés étaient la douleur thoracique (100%) et la dyspnée (42, 3%). La biologie et l'imagerie ont été faites pour tous les patients. Les principales lésions thoraciques retrouvées étaient les plaies pariétales (100%) et les épanchements pleuraux (92,3%). L'attitude thérapeutique était en plus du traitement médicamenteux un drainage pleural (92,3%), une kinésithérapie (88%), un parage des lésions pariétales (23%), une transfusion sanguine (23%). Une thoracotomie a été nécessaire dans 12%. L'évolution était favorable dans 92% des cas. La morbidité et la mortalité étaient respectivement de 8% et 3,84%. La durée moyenne de séjour était de 6 jours ± 5,90.
**Conclusion :**
Les TTB sont polymorphes, l'imagerie est nécessaire au bilan lésionnel. L'approche thérapeutique est multidisciplinaire et le drainage thoracique en urgence garde une place essentielle dans sa prise en charge.

**Mots clés :** Traumatisme thoracique Balistique, Diagnostic ; Traitement.

## Hémorragie méningée secondaire à un accident d'électrisation à propos d'une observation dans un service de réanimation à Abidjan (RCI)

Mobio MP[1], CM Békoin-Abhé[1], Ouattara A[1], Goulai Bi YEB[1], Bedie YV[1], Tetchi YD[1], Brouh Y[2]
*[1]chu cocody - Abidjan (Côte d'ivoire), [2] Hôpital Mère et enfants (Côte d'ivoire)*

**Résumé**:
L'électrisation correspond à toutes les manifestations physiologiques et physiopathologiques dues au passage du courant électrique au travers du corps humain, alors que le terme plus couramment employé d'électrocution correspond généralement au décès de la victime, le plus souvent sur les lieux de l'accident [1, 2, 3, 4]. Les hémorragies cérébro-méningées secondaires à un accident d'électrisation par courant électrique à haute tension sont très rarement rapportées dans la littérature **[5,6]**. Nous rapportons un cas d'hémorragie méningée secondaire à un accident d'électrisation chez un patient de 34 ans sans antécédents pathologiques, électricien de bâtiment, pendant qu'il raccordait une maison au réseau électrique. Cette observation confirme l'hypothèse étiologique formulée par Chaidra et M Buguenne selon laquelle l'AE par contact avec un câble transporteur de courant électrique à haute tension est envisagé comme étiologie de l'hémorragie cérébro-méningée [5,6] et apporte une particularité quant au délai de survenue de l'hémorragie méningée.
**Mots clés** : Electrisation – Hémorragie – Méningée – Réanimation

# Communications Libres

## Evaluation de la stratégie transfusionnelle au cours de l'anesthésie pour arthroplastie totale de hanche à l'hôpital Aristide le Dantec de Dakar.

Ndiaye PI, Bah MD, Traore MM, Leye PA, Fall K, Ndiaye S, Sarr N, Sarr A, Gaye I, Diop AD, Diouf E.
Service d'Anesthésie-Réanimation – Hôpital A. Le Dantec de DAKAR SENEGAL

**Introduction :** L'arthroplastie de la hanche est une chirurgie prothétique courante. Cette chirurgie orthopédique majeure est cependant connue pour être à risque hémorragique en peropératoire. Elle est ainsi l'une des premières causes de transfusion peropératoire. L'objectif de notre étude est d'évaluer la stratégie transfusionnelle au cours de l'anesthésie pour les arthropathies totales de hanche à l'hôpital A. Le Dantec de Dakar.

**Patents et Méthode:** Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique réalisée au bloc opératoire de l'Hôpital Aristide Le DANTEC, en chirurgie orthopédique. La période d'étude allait de Janvier 2017 à Décembre 2018, soit une durée de 24 mois ; elle s'est intéressée aux patients ayant bénéficié d'une prothèse totale de hanche (PTH).

**Résultats:** Nous avons colligé 76 patients, soit une fréquence de 13,99% des patients opérés. La moyenne d'âge des patients était de 41,49 ±15,5 ans. On notait 47 patients de sexe masculin, soit une fréquence de 61,84% et un sex-ratio de 1,6. Les pathologies causales étaient la coxarthrose avec 37 cas (48,68%), l'ONTF avec 24 cas (31,68%), la pseudarthrose du col avec 8 cas (10,53%), la fracture du col fémoral avec 4 cas (5,26%) et la luxation de PTH avec 3 cas (3,95%). Un ATCD médical était retrouvé chez 3 patients (3,94%) et un ATCD chirurgical chez 8 patients (10,52%). On notait une pâleur des muqueuses chez 2 patients (2,63%). La classe ASAI comptait 51 patients (67,10%), la classe ASA II, 24 patients (31,57%) et la classe ASA III 1 patient (1,32%). Le taux d'hémoglobine préopératoire était en moyenne de 13,25 g/dl ±2,09. Le traitement martial préopératoire était prescrit à 18 patients (23,68%) qui avaient un taux d'hémoglobine entre 8 et à 12 g/dl. L'acide tranexamique a été utilisé chez 65 patients (85,53%) à raison de 1g avant l'incision chirurgicale en perfusion lente. La rachianesthésie représentait la technique anesthésique dans 80,26% des cas. Les pertes sanguines étaient en moyenne de 503,28±102 ml. La transfusion peropératoire était indiquée chez 8 patients (10,53%). En post opératoire, tous les patients ont bénéficié d'une surveillance en SSPI. L'évolution immédiate était favorable dans tous les cas. Le contrôle du taux d'hémoglobine était fait chez 13 patients (17,10%). Le taux d'hémoglobine post-opératoire moyen était de 11,61 g/dl.

**Conclusion :** La stratégie transfusionnelle mise en œuvre dans le service pour la chirurgie de la prothèse totale de la hanche a permis de réduire de façon importante les demandes de produits sanguins labiles en préopératoire.

**Mots clés** : prothèse totale de hanche, stratégie transfusionnelle

## Pratique transfusionnelle en milieu gynéco obstétrique, cas de la maternité Issaka Gazobi (MIG) de Niamey.

Boukari Bawa.M(1) Magagi.A(2) Mamaikassoua.M(1) Ibrahim Mounkaila.A(1)

(1) Département d'Anesthésie Réanimation de Niamey
(2) Département d'Anesthésie Réanimation de Zinder

**INTRODUCTION** : L' hémovigilance a permis de part le monde l'amélioration de l'assurance qualité des soins transfusionnels. Cependant le niveau de cette vigilance varie d'un continent à l'autre du fait de la pauvreté. Au Niger afin de mieux améliorer la transfusion sanguine dans les services de gynécologie et obstétrique de la MIG, nous avons audité la pratique de la transfusion sanguine notamment sur le système d'approvisionnement et la sécurité transfusionnelle.

**BUT** : Analyser la pratique transfusionnelle à la maternité Issaka Gazobi de Niamey.

**Méthodologie** : Etude prospective réalisée sur une période d'un mois (Aout 2018) , incluant des patientes admises à la MIG et de Niamey ayant bénéficier d'une transfusion sanguine.

**RESULTATS** : 68 patientes ont été colligées pour lesquelles 194 poches de sang ont été administrées, sur un total de 458 patientes hospitalisées dans les différents services . Soit un taux transfusionnel de 14.84%. L'âge moyen des patientes transfusées était de 27.36 ans avec des extrêmes à16 ans et 56 ans. Le motif d'admission des patientes était dans 35.29% des cas l'anémie sur grossesse. 124 poches de sang total ont été transfusé soit 63.92%, 54 poches de concentré globulaire soit 27.83% et 16 poches de plasma frais congelé soit 8.25 %. Les ordonnances des PSL n'ont été bien remplies que dans 3 cas soit 5.20%. Dans 94.80% des cas, les fiches étaient partiellement remplies. Le délai moyen d'obtention des PSL était de 9.71 heures. La prise des constantes a été effectué chez 36 patientes soit 52.94%contre 32 cas soit 47.06%. Aucune réaction immédiate n'a été enregistrée au cours de notre étude. Le registre de transfusion était irrégulièrement rempli. Il y'avait eu correction de l'anémie dans 84.85% des cas et chez 10 patientes il y a eu persistance de l'anémie soit 15.15%. Après la transfusion 92.42% des patientes étaient sorties déclarées guéries. 2 patientes étaient décédées soit 3.03%, 3 perdu de vue soit 4.55%.

**Conclusion** : la pratique de la transfusion sanguine à la MIG est confrontée à divers types de problèmes relevant de l hémovigilance. Beaucoup d'aspects sont à améliorer pour parvenir à une bonne sécurité transfusionnelle et une meilleure traçabilité des actes

**Mots clés ;** Transfusion ; sécurité transfusionnelle ; MIG

## Drainage péricardique en chirurgie thoracique à l'hôpital du Mali

Koné. S.D (1) ; Togo. S (1) ; Maiga.I (1) ; Konaté. M (2) ; Tembiné. K (3) ; Yena.S (1)

**Introduction :** Le drainage péricardique par la voie de Marfan est un incontournable de la prise en charge des épanchements péricardiques de moyenne à grande abondance.

**Objectif :** Décrire les aspects thérapeutiques devant une péricardite en chirurgie thoracique.

**Patients et méthodes :** étude rétrospective, monocentrique réalisée de Janvier 2012 à Juillet 2019 en chirurgie thoracique à l'hôpital du Mali portant sur les cas de péricardite.

**Résultats :** Trente-quatre patients ont été colligés. L'âge moyen était de 31,96 ans avec un sex ratio de 1,61. La dyspnée était le principal motif de consultation dans 65,71% des cas. La péricardite était associée à la pleurésie dans 26,47%, à l'ascite dans 2,94%, et à la rétrovirose dans 2,94% des cas. L'échographie cardiaque a permis de retrouver un épanchement péricardique de grande abondance dans 55,88% des cas, un épanchement péricardique de moyenne abondance dans 38,23% des cas et un épanchement péricardique de faible abondance dans 5,89% des cas. Le drainage péricardique a été réalisé chez l'ensemble de nos patients. La quantité de liquide drainé était en moyenne de 543,94 centimètre cube. Le liquide drainé était sérohématique dans 35,29%, purulent 26,47%, hématique dans 20,58%, jaune citrin dans 17,64% des cas.

**Conclusion :** le drainage péricardique a permis une prise en charge optimale des péricardites de grandes et moyennes abondances dans notre service.

**Mots clés :** Epanchement, Drainage, Dyspnée, Péricardique.

## Occlusion de l'artère de percheron : difficulté du diagnostic clinique. A propos d'un cas au CHU de Cocody (Abidjan – RCI)

Enyegue OMC, Mobio MP, Coulibaly KT, Abhé CM, Ouattara A, Tétchi YD

Service d'anesthésie réanimation CHU de cocody-abidjan. RCI

**Auteur correspondant** : Enyegue OMC, mariececileenyegueolama@yahoo.fr

**Introduction :** La vascularisation des thalamus humains repose sur une distribution artérielle complexe présentant plusieurs variantes. L'une de ces variantes est l'artère de Percheron, qui correspond à un tronc unique vascularisant le territoire paramédian thalamique de manière bilatérale. Cette artère prend son origine du premier segment de l'une des artères cérébrales postérieures et son occlusion entraîne un infarctus bithalamique et parfois bithalamomésencéphalique[1,2].

**Observation :** Nous rapportons un cas d'accident vasculaire cérébral ischémique bithalamique, imputable à l'occlusion de cette artère de Percheron chez une femme de 33 ans avec un antécédent de prise d'oestroprogestatifs associée à une polyautomédication (nuravit, tramadol). La symptomatologie a débuté une semaine avant son admission en réanimation par des céphalées, une insomnie, des vertiges et une épistaxis. La survenue brutale d'un trouble de la vigilance (score de Glasgow à 9) sans déficit moteur a motivé son admission en réanimation. Le scanner cérébral réalisé deux heures après son admission est revenu normal motivant dans les suites, la réalisation d'une IRM encéphalique qui a permis de poser le diagnostic d'une ischémie bithalamique avec obstruction de l'artère de percheron (séquence angiographique). Une thrombolyse a été indiquée en urgence mais non réalisée par faute moyens financiers. La recherche étiologique a mis en évidence une dyslipidémie. Le traitement s'est basé sur les statines associées au traitement symptomatique. L'évolution a été marquée par la survenue d'escarres fessières profondes et une infection nosocomiale au staphylocoque auerus multirésistant au niveau pulmonaire après plusieurs jours de ventilation mécanique. Les escarres ont été prises en charge au bloc opératoire avec réalisation d'un décapage et de lambeau. Une biantibiothérapie (imipenème et amikacine) guidée par un antibiogramme a été instituée. Ce jour, la patiente est à J77 d'hospitalisation, toujours en réanimation. Elle a un score de Glasgow à 11, trachéotomisée avec suppuration des lambeaux.

**Conclusion :** Ce cas clinique nous montre la difficulté clinique, le rôle majeur de l'IRM dans l'établissement du diagnostic positif précoce de l'AVC ischémique bithalamique. L'évolution est lente et émaillée de plusieurs complications.

**Mots clés** : Artère de percheron, infarctus bithalamique, IRM

## La mortalité maternelle au centre de santé mère enfant de la région de Zinder : causes et profil des patientes.

Magagi .A[1], Boukari .M Bawa[2], Zalika .L[3], Dady. H[4], Chaibou.M S[5].
**Auteur correspondant** : Magagi Amadou,.
Email : magamadou@yahoo.fr.

**Résumé :** L'étude de la mortalité permet de contrôler et de réviser les mesures thérapeutiques dans une structure sanitaire. Le décès maternel est une préoccupation majeure dans le monde, il constitue une tragédie sociale. Nous présentons ici le décès maternel au centre de santé mère enfant de la région de Zinder- Niger. Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive portant sur onze mois allant du 1er janvier au 30 novembre 2017. Etude réalisée au centre de santé mère enfant de la région de Zinder, principal lieu de référence régionale en matière de gynécologie obstétrique. Etaient incluses les patientes admises directement ou évacuées des autres structures sanitaires et décédées du fait de la maternité. Etaient exclues les patientes décédées en dehors du cadre gestationnel. Les données ont été recueillies à partir du registre d'admission, du rapport d'audit de décès maternel et du dossier patiente. Les variables étudiées étaient les données épidémiologiques, le type d'anesthésie, la classe ASA, les causes du décès et le mode de transport. Au total cent seize (116) dossiers ont été enregistrés sur 10090 patientes admises et 3030 accouchements réalisés dont 2635 naissances vivantes. L'âge moyen des patientes était de 26,28 ans avec des extrêmes de 15ans et 42ans. La tranche de 21 à 30 ans était la plus touchée avec 31,89 % (n=37). Les grandes multipares (5 à 13 parités) étaient majoritaires avec 46,55% (n=54). Le transport était non médicalisé chez 86,20 % (n=100) et 68,96 % (n=80) provenaient de plus de 50 km du lieu de la prise en charge. Presque toutes les patientes, 99,13 % (n=115) étaient non instruite et sans profession. La consultation prénatale (CPN) n'avait pas été faite dans 98,27% (n=114) des cas. L'anesthésie a été prodiguée chez 27 (23,27%) patientes dont 23 sous anesthésie générale et 04 sous rachianesthésie. La classe ASA I représentait 14,81% (n=04), ASA II 74,07% (n=20) et 11,11% pour les classes III et IV. La sage-femme était la première à recevoir les patientes dans 87,93 %(n=103) des cas et l'obstétricien dans 12,07% (n= 14). Le retard de la prise en charge a été retrouvé dans 51,72% (n=60) des cas, l'inadéquation du traitement dans 12,06% (n=14) et le retard à la chirurgie dans 06,03% (n=07) des cas. Sur le plan pathologique l'anémie, les hémorragies et l'éclampsie étaient retrouvées dans respectivement 39,65% (n=46) 17,24% (n=20) et 16,37% (n=19). Le non suivi de la grossesse, le retard à consulter, celui de la prise en charge et l'insuffisance du personnel qualifié étaient les principales causes retrouvées**.**

**Mots –clés** : mortalité, maternelle, Zinder.

## Mortalité maternelle au bloc opératoire des urgences du CHU de Cocody-Abidjan-RCI

Mobio MP[1], CM Békoin-Abhé[1], Ouattara A[1], Goulai Bi YEB[1], Bedie YV[1], Tetchi YD[1], Brouh Y[2]
[1]*chu cocody - Abidjan (Côte d'ivoire),* [2] *Hôpital Mère et enfants (Côte d'ivoire)*
**Auteur correspondant** : Mobio N'Kan Michael Paterne ; mobio.michael@yahoo.fr

**Introduction:** La mortalité maternelle est une tragédie qui pose des problèmes pour l'enfant, la famille et la nation.
**Objectif** : Evaluer la mortalité maternelle au bloc opératoire
**Patients et méthode** : Etude transversale, descriptive et analytique de janvier à juin 2016 incluant toutes les patientes opérées en urgence pour une affection obstétricale. Les paramètres étudiés étaient d'ordres épidémiologiques, anesthésiques et pronostiques. Toutes les patientes avaient une consultation pré-anesthésique indiquant une anesthésie générale.
**Résultats et discussion** : Dix-neuf décès sur 3486 interventions soit 545,03 décès pour 100000 naissances vivantes. L'âge moyen était de 25,68 ans (22 et 39 ans). Les indications opératoires étaient les hémorragies de la délivrance (84,22%), les ruptures utérines (5,26%), les hématomes retro placentaires (5,26%) et les éclampsies (5,26%). Le délai moyen de la consultation pré-anesthésique était de 12 minutes. Les patientes étaient classée ASA IV u (78,94%). Dans 57,89% des cas, le bilan biologique n'est pas réalisé. La prise en charge au bloc opératoire était de 45,55 minutes ± 17 minutes. Le choc hémorragique (94,70%) nécessitait une transfusion sanguine (32,63%) dans un délai moyen d'une heure trente minutes, en complément du remplissage vasculaire (94,73%) et de l'administration des amines vaso-actives (100%). Les décès survenaient en période préopératoire (15,7%), peropératoire (26,31%) et postopératoire (57,89%). La mortalité était significativement liée au type de transport (p=0,01), aux indications hémorragiques (p=0,000), à la non réalisation du bilan biologique (P=0,02), au délai de transfusion (p=0,009) et au délai de prise en charge anesthésique (p=0,000). La mortinatalité était de 15,78%.
**Conclusion :** La baisse des décès maternels reposerait sur l'amélioration de la distribution de produits sanguins et anesthésiques, la révision des coûts des bilans biologiques, l'augmentation des ressources matérielles et l'instauration des campagnes de sensibilisation concernant les consultations prénatales.

**Mots clés :** mortalité-maternelle-bloc opératoire-urgence

## Place du syndrome thoracique aigu dans les motifs d'hospitalisation des drépanocytaires SC de plus de 40ans suivis au Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose (C.R.L.D).

**Moussa Dembélé[1],** Diakalia Berthé[1], Moussa Diallo[1],Youssouf Traoré[1], Sékou Kéné[1], Yacouba Fofana[1], Ibrahima keïta[1], Alassane Dembélé[1], Mody Coulibaly[1],Drissa Diabaté[1], Mariam Kanta[1], Aïssata Traoré[1] ,Boubacari Ali Touré[1] , Aldiouma Guindo[1] , Dapa Aly Diallo[1]
**[1]-Centre de Recherche et de Lutte Contre la Drépanocytose (C.R.L.D) de Bamako, Mali**
**Correspondant :** Moussa Dembélé[1]: cell :50907594, E-mail :dembelemoussa86@yahoo.fr

**Résumé :**
**Introduction :** Le syndrome thoracique aigu est une complication aiguë chez les doubles hétérozygotes SC. L'objectif de ce travail était de déterminer la place du syndrome thoracique aigu dans les motifs d'hospitalisation des drépanocytaires SC de plus de 40 ans suivis au Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose de Bamako
**Matériels et Méthodes :** Nous avons mené une étude rétrospective descriptive sur 6ans entre le 1er Janvier 2011 et le 31 Décembre 2016 sur 33 drépanocytaires double hétérozygotes SC. Notre étude a concerné tous les patients âgés de plus de 40 ans ayant effectué au moins deux consultations de suivis par an. Nos données ont été collectées à partir des dossiers des patients drépanocytaires et saisies sur la Recherche électronique des données. L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel R.
**Résultats :** Trente-trois drépanocytaires SC répondaient aux critères d'inclusion, avec un sex-ratio (H/F) de 0,65 en faveur du sexe féminin, âge moyen de 48 ± 06,89 ans. Parmi les sujets ayant fait l'objet d'hospitalisation, on notait un cas de syndrome thoracique aigu, 8 patients pour saignée et 4 cas de crise vaso-occlusive.
**Conclusion :** Le syndrome thoracique aigu est une complication aiguë qui nécessite une hospitalisation chez les sujets SC d'où l'utilité d'une attention particulière dans leur suivi régulier.
**Mots clés :** Syndrome thoracique aigu, hospitalisation, CRLD.

## Aspects sociodémographiques et circonstances des traumatismes thoraciques balistiques

**Illiassou S.** Ouattara MA, Maiga IB, Ombotimbé A, Maiga AA, Togo S
Service de chirurgie thoracique-hôpital du Mali

**Auteur-correspondant :** Dr Illiassou Sitta (illiassousitta@gmail.com)

**Introduction :**
Les traumatismes thoraciques balistiques (TTB) sont de plus en plus fréquents au Mali.
Objectif : décrire les aspects sociodémographiques et les circonstances.
**Patients et méthode :**
Etude prospective et descriptive allant de janvier 2018 à juin 2019 à l'hôpital du Mali. Tous les patients victimes de TTB étaient inclus. Les variables étudiées étaient les données sociodémographiques, les types d'armes et les circonstances du traumatisme.
**Résultats :**
Nous avons colligé vingt-six patients. Le sex-ratio était de 3,33. L'âge moyen était de 27,30 ans ± 9,6. Le délai moyen d'admission était de 49,88 heures ± 6,95. Les patients étaient des adolescents et adultes jeunes (n = 22) et des enfants (n = 4). Ils étaient des mariés (n = 12), des célibataires (n = 10) et des mineurs (n = 4). La répartition socioprofessionnelle notait des cultivateurs-ménagères-éleveurs (n = 11), les élèves et étudiants (n = 5), les commerçants (n = 4), les militaires (n = 4), les chauffeurs (n = 1) et plombier (n = 1). Selon leur lieu de résidence, 50% provenaient d'une zone urbaine. L'agent vulnérant était une arme de poing dans 65% des cas. Les circonstances étaient le vol (n = 9), le terrorisme (n = 8), les rixes (n = 4), les erreurs de manipulation (n = 3), trouble (n = 1), chasse (n = 1).
**Conclusion :**
Les TTB concerne surtout l'adulte jeune de sexe masculin. Le vol et le terrorisme constituent les principales circonstances.
**Mots clés :** Traumatisme thoracique ; Balistique ; Circonstance.

## Résultats et indications de la chirurgie cardiaque au Mali

**Doumbia M.** Diarra BI, Coulibaly B, Coulibaly M, Koita S, Daffe S, Keita A, Fofana D, Thiam C, Sidibe N, Toure MK, Beye SA, Cuttone F, Saplacan V, Babatasi G, Flecher E, Langanay T, Baron O, Diarra MB, Chantepie A, Deloche A

**Auteur correspondant :** Dr Modibo DOUMBIA,
**Email :** modibodoumbia25@yahoo.fr

**Introduction :** Le centre cardio-pédiatrique André FESTOC est un nouveau service de chirurgie cardiaque offert par l'association humanitaire française chaine de l'espoir.
**But :** Rapporter les résultats préliminaires d'un centre émergent de chirurgie cardiaque dans un pays à ressources limitées.
**Méthodologie :** Il s'agissait d'une étude descriptive du 10 Septembre 2018 au 31 Aout 2019 dans le centre cardio-pédiatrique ANDRE FESTOC de Bamako. Tous les patients opérés pour cardiopathies congénitales (1er groupe) et acquérir (2ème groupe) avec ou sans circulation extracorporelle (CEC) ont été inclus.
**Résultats :** Nous avons enregistré 164 patients qui ont subi une chirurgie cardiaque dont 132 cas de chirurgie à cœur ouvert sous circulation extracorporelle. Le sexe féminin était majoritaire 67%. Dans le 1er groupe, nous avons réalisé 25 cas de fermeture de Communication inter auriculaire par patch de péricarde ou de dacron, 12 cas de dérivation cavo-pulmonaire partielle dans les ventricules uniques, 11 cas de cure complète de tétralogie de Fallot, 17 cas de fermeture du canal artériel, 5 cas de cure de Blalock modifié et 4 cas de fermeture de communication interventriculaire par patch péricardique, La durée moyenne de CEC était 66 min, le temps moyen de clampage aortique était 45min. La cardioplégie était cristalloïdes dans 82% des cas contre 18 % des cardioplégie sanguine. Dans le 2ème groupe, nous avons réalisé 52 cas de remplacement valvulaire mitral (RVM) par prothèse mécanique de type Métronic, associé à une plastie tricuspide dans 60% des cas dans les pathologies rhumatismales acquises (RM, IM, MM) puis 31 cas de plastie mitrale, deux cas de double remplacement valvulaire, 2 cas de remplacement valvulaire aortique (RVAo) puis 2 cas de résection de membrane sous aortique. La durée moyenne de CEC était 96 min, le temps moyen de clampage aortique était 58min. La cardioplégie était cristalloïdes dans100%.
Les suites opératoires ont été simples dans 97% avec une durée moyenne en réanimation de 4 jours. Nous avons enregistré cinq cas de décès liés à des troubles hémorragiques.
**Conclusion**
Le traitement des cardiopathies de l'enfant est devenu possible au MALI, leur prise en charge fait partie des objectifs de santé du gouvernement du Mali.
**Mots clés :** cardiopathie congénitale, rhumatismale, CEC, chirurgie, Mali

## Coordination de la Régulation des urgences médico-chirurgicales au Mali: retour sur expérience de l'unité du CHU Gabriel Touré

Almeimoune A*[1], Mangané M[1], Diop Th M[1], Kassongué A[1], Sogoba Y[1], Coulibaly Benjamin[1], BomouY[1], Doumbia M[1], Dembélé AS[1], Samaké MB[1], Diango MD[1].

[1]Département anesthésie réanimation et de médecine d'urgence du CHU gabriel Toure, Bamako, Mali *

Auteur correspondant:
*abdoulhamidoumaiga@gmail.com*

**Introduction :** Au Mali, c'est en faveur de l'organisation du sommet France-Afrique en 2017, qu'a vu la création d'un système de régulation et de coordination des urgences médico-chirurgicales pour assurer la couverture médicale du dit sommet. A l'heure du balbutiement de la médecine pré-hospitalière en Afrique, nous rapportons dans ce travail notre jeune expérience de 2 ans dans le domaine.

**Méthode et Matériel:** Notre service a un contact permanent avec les hôpitaux et les centres de santé de référence (CSRef) du district de Bamako et de l'intérieur à travers la radiotéléphonie (Talkie-walkie), et 11 lignes téléphoniques fixes. Le service de régulation médicale reçoit les appels 24H/24 et 7J/7, le médecin receveur de l'appel oriente le patient vers une structure d'accueil selon le motif de l'appel, la disponibilité du plateau technique et la disponibilité du lit d'hospitalisation.

**Résultats:** De janvier 2017 au 31 Décembre 2018, nous avons enregistré 2314 appels soit une moyenne de 3 appels par jour. Deux tiers de ces appels provenaient d'un CSRef, 9,7% d'un CHU, pour 15% d'un hôpital régional. Nous étions sollicités principalement pour des pathologies traumatiques dans 45% des cas, obstétricales et neurovasculaires dans une proportion égale à 13% et dans 2% des cas il s'agissait de paludisme grave. Le principal motif évoqué était le manque de plateau adéquat pour 75% des appels, dans 10% des cas, la raison évoquée demeure un défaut de ressource humaine qualifiée et le manque de lit d'hospitalisation était mentionné dans 13% des cas. Trois-quarts (n=1729) des patients ont été orienté et accueilli au CHU Gabriel Touré, le CHU Point G a accueilli 13,4% (n=311), Hôpital du Mali 7,3% (n= 168) , CHU Kati 3,3 % (n= 76), hôpital Mère-enfants "Luxembourg" 1% (n=22). Seul 12% des transferts été médicalisé. Mais le vecteur de transport consistait à une ambulance ou un véhicule de secourisme. Nous avons enregistré 8 cas de décès en cours de transfert.

**Conclusion :** Cette expérience de deux ans de régulation a montré la nécessité d'un système de prise en charge pré-hospitalière qui réduirait la mortalité des urgences.

**Mots clés:** urgences; médecine préhospitalière; Bamako

## Cancer du colon en occlusion : prise en charge chirurgicale dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G

**Koumaré S**, Dakouo D, Keïta S, Soumaré L, Camara M, Sacko O, Sissoko M, Koné A, M Coulibaly, Traoré AF, Sidibé M, Tapily M, Koïta A, Sanogo ZZ.

Auteur correspondant : Koumaré Sekou Maitre-Assistant Chirurgie A CHU Point G

**But :** évaluer la prise en charge chirurgicale du cancer du côlon en occlusion.

**Méthodologie :** étude rétrospective descriptive effectuée dans le service de chirurgie "A" du CHU du point G entre Janvier 2010 et Décembre 2018 soit une période de 9 ans. Etaient inclus les patients opérés pour cancer du côlon en occlusion avec preuve histologique.

**Résultats :** cinquante-six cas de cancer du côlon en occlusion ont été colligés, soit 1,3% des interventions chirurgicales réalisées. L'âge moyen était de 53,4 ans. La douleur abdominale et l'arrêt des matières et des gaz étaient présents chez tous les patients. La radiographie de l'abdomen sans préparation et le scanner ont été réalisés respectivement dans 92,8% et 41% des cas. Le siège était colique gauche dans 57,1% des cas. La tumeur était de stade IV dans 53,6%. Il s'agissait d'un adénocarcinome dans 91,1% des cas. Tous les patients ont été opérés et une résection suivie d'une anastomose en un temps a été effectuée dans 58,9% des cas. La morbidité post-opératoire immédiate a été dominée par la suppuration pariétale dans 7,1% des cas. La mortalité post-opératoire a été de 12,5%. La survie à 5 ans était de 8,9%.

**Conclusion** : le pronostic du cancer colique en occlusion dépend de la précocité du diagnostic et de la prise en charge.

Mots Clés : cancer colique, occlusion, prise en charge. Chirurgie « A »

## Cholecystectomie laparoscopique dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G à propos de 79 cas.

**Koumaré S**, Sidibé I M, Keïta S, Soumaré L, Camara M, Sacko O, Sissoko M, Coulibaly, Koné A, Traoré AF, Dakouo D, Koïta A, Sanogo ZZ.

**But :** évaluer la pratique de la cholécystectomie laparoscopique dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G.

**Méthodologie :** étude rétrospective descriptive effectuée dans le service de chirurgie "A" du CHU du Point G entre Janvier 2017 et Juin 2019 soit une période de 30 mois. Etaient inclus les dossiers des patients opérés pour lithiase vésiculaire symptomatique ayant subi une cholécystectomie laparoscopique.

**Résultats :** soixante-dix-neuf dossiers de patients ont été colligés, soit 30,03% des activités coelioscopiques du service. L'âge moyen était de 42,2 ans avec des extrêmes de 8 ans et 81 ans. La douleur a été le motif de consultation le plus fréquent avec 96,1% des cas. La drépanocytose forme homozygote a représenté 41,8% des patients. Le siège de la douleur était l'hypochondre droit dans 62% des cas. L'échographie abdominale a révélé de multiples lithiases vésiculaires dans 51,9% des cas. La cholécystectomie laparoscopique a été effectuée chez tous les patients. Le taux de conversion a été 1,58%. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 1,8 jour. La morbidité postopératoire a été le syndrome thoracique aigue dans 5,1% des cas, autres infections. La mortalité postopératoire était de 0%.

**Conclusion** : La cholécystectomie laparoscopique est le traitement chirurgical le mieux indiqué en cas de lithiase vésiculaire. Elle diminue la morbidité, raccourcit la durée du séjour hospitalier et permet une reprise rapide du travail.

**Mots clés** : cholécystectomie laparoscopique, lithiase vésiculaire.

## Infertilité tubaire : apport diagnostique et thérapeutique de la cœliochirurgie dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G

**Koumaré S**, Traoré A.F, Keïta S, Sissoko M, Sacko O, Camara A, M Coulibaly, Koné A, Dakouo D, Sidibé I M, Koïta A, Sanogo ZZ

**Auteur correspondant :** Koumaré Sekou

**Résumé**

**But** : évaluer l'apport de la cœliochirurgie dans le diagnostic et le traitement de l'infertilité tubaire dans le service de Chirurgie « A » du CHU du Point G.

**Méthodologie** : Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive portant sur 558 patientes opérées dans le service sous cœlioscopie pour infertilité tubaire, du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2012.

**Résultats :** Cinq-cents cinquante-huit dossiers été colligés. La chirurgie tubaire a représenté 64,58% des activités cœlioscopiques du service. L'âge moyen des patientes était de 29,63 ans avec des extrêmes de16 ans et 47 ans. L'infertilité était secondaire avec 60,9% des cas et primaire dans 39,1%. La durée moyenne d'infertilité était de 11,22 ans. A l'hystérosalpingographie l'obstruction tubaire était bilatérale dans 92,3% des cas avec une localisation distale dans 66,21%. En peropératoire à l'épreuve au bleu de méthylène l'obstruction tubaire était bilatérale dans 61,1% des cas avant le geste chirurgical alors que la perméabilité tubaire bilatérale était effective dans 54,12% des cas après le geste chirurgical. Le geste le plus pratiqué était l'adhésiolyse associée à une néosalpingostomie dans 29,2%. Une discordance de 46,95% a été notée entre les résultats de l'HSG et ceux de l'épreuve au bleu de méthylène. Le taux de conception après reperméabilisation tubaire a été de 66,02% dans un délai moyen de 12,42 mois. Parmi elles 155 patientes ont eu une seule grossesse et 16 ont eu 2 grossesses. Les grossesses étaient intra-utérines dans 97,1% des cas et 73,1% des patientes avaient leurs enfants vivants.

**Conclusion** : la cœliochirurgie est la meilleure alternative pour la prise en charge des cas d'infertilité tubaire par obstruction distale.

**Mots clés :** Cœliochirurgie, Infertilité tubaire, Chirurgie « A »

## Volvulus du colon sigmoïde : prise en charge chirurgicale dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G

**Koumaré S**, Koné A, Keïta S, Soumaré L, Camara M, Sacko O, Sissoko M, Dakouo D, M Coulibaly, Traoré AF, Sidibé M, Théreta A, Koïta A, Sanogo ZZ.

**But :** évaluer la prise en charge chirurgicale devant un volvulus du colon sigmoïde.

**Méthodologie :** étude rétrospective descriptive effectuée dans le service de chirurgie "A" du CHU du Point G entre Janvier 2014 et Décembre 2018 soit une période de 4 ans. Etaient inclus les patients opérés pour volvulus du colon sigmoïde.

**Résultats :** cinquante-cinq cas de volvulus du colon sigmoïde ont été colligés sur 2526 interventions chirurgicales réalisées soit une fréquence de 2, 17%. L'âge moyen était de 48,13 ans avec un écart type de 18,04. La sex-ratio était de 23 en faveur du sexe masculin, La douleur abdominale était présente dans 70,9% des cas. La rénitence élastique et l'arrêt du transit des matières et des gaz étaient présents respectivement dans 41,8% et 40% des cas. La radiographie de l'abdomen sans préparation a été réalisée chez tous les patients, il y avait une image en double canon dans 45,5% des cas. La réanimation préopératoire a été effectuée dans 91,8% des cas et la voie d'abord était classique dans 92,7% des cas. Le colon sigmoïde était normal dans 43,6% des cas, la colectomie idéale a été réalisée dans 45,5% des cas. La morbidité post-opératoire immédiate a été dominée par la suppuration pariétale dans 7,3% des cas. La mortalité post-opératoire a été de 1,8%des cas. Les suites opératoires étaient simples dans 50,9% des cas après un mois.

**Conclusion** : Le volvulus du colon sigmoïde est une urgence médico-chirurgicale qui nécessite un diagnostic et une prise en charge rapide.la colectomie idéale est meilleure si les conditions sont réunies.

Mots Clés : volvulus, sigmoïde, chirurgie « A »

## Drainage péricardique en chirurgie thoracique à l'hôpital du Mali

Koné. S.D (1) ; Togo. S (1) ; Maiga.I (1) ; Konaté. M (2) ; Tembiné. K (3) ; Yena.S (1)

**Introduction :** Le drainage péricardique par la voie de Marfan est un incontournable de la prise en charge des épanchements péricardiques de moyenne à grande abondance.

**Objectif :** Décrire les aspects thérapeutiques devant une péricardite en chirurgie thoracique.

**Patients et méthodes :** étude rétrospective, monocentrique réalisée de Janvier 2012 à Juillet 2019 en chirurgie thoracique à l'hôpital du Mali portant sur les cas de péricardite.

**Résultats :** Trente-quatre patients ont été colligés. L'âge moyen était de 31,96 ans avec un sex ratio de 1,61. La dyspnée était le principal motif de consultation dans 65,71% des cas. La péricardite était associée à la pleurésie dans 26,47%, à l'ascite dans 2,94%, et à la rétrovirose dans 2,94% des cas. L'échographie cardiaque a permis de retrouver un épanchement péricardique de grande abondance dans 55,88% des cas, un épanchement péricardique de moyenne abondance dans 38,23% des cas et un épanchement péricardique de faible abondance dans 5,89% des cas. Le drainage péricardique a été réalisé chez l'ensemble de nos patients. La quantité de liquide drainé était en moyenne de 543,94 centimètre cube. Le liquide drainé était sérohématique dans 35,29%, purulent 26,47%, hématique dans 20,58%, jaune citrin dans 17,64% des cas.

**Conclusion :** le drainage péricardique a permis une prise en charge optimale des péricardites de grandes et moyennes abondances dans notre service.

**Mots clés :** Epanchement, Drainage, Dyspnée, Péricardique.

## Evaluation de la prise en charge pré-hospitalière des patients admis pour traumatisme vertébro-médullaire dans le service de neurochirurgie du CHU Gabriel Touré.

Sogoba Y[1], Mangané M I[2], Kanikomo D[1], Diallo M A[1], Sogoba B[1], Kourouma D[1], Sissoko D[3], Traoré Y[4], Cisse M[5], Dama M[3], Coulibaly O[3], Diarra M S[5], Diallo M[1], Koumaré I B[5], Diallo O[3], Diango D M[2]

[1] Service de Neurochirurgie, Hôpital Gabriel Touré
[2] Département d'Anesthésie Réanimation et Médecine d'Urgence, CHU Gabriel Touré
[3] Service de Neurochirurgie, Hôpital du Mali
[4] Service de Neurochirurgie, Hôpital de Kati
[5]Service de Neurochirurgie, Hôpital mère-enfants

**Résumé**

Introduction

Les traumatismes vertébro-médullaires posent un problème de santé publique de par leur fréquence et leur gravité. Leur prise en charge précoce et adéquate permet d'améliorer le pronostic. L'objectif de ce travail était d'évaluer les étapes de la prise en charge pré hospitalière des victimes de traumatisme vertébro-médullaire admis dans le service de neurochirurgie du CHU Gabriel Touré.

Matériel et Méthodes

Il s'agissait d'une étude prospective sur 12 mois s'étendant de Janvier à Décembre 2018. Ont été inclus dans l'étude, tous les patients admis pour Traumatisme vertébro-médullaire au service de neurochirurgie du CHU Gabriel Touré pendant la période d'étude.

**Résultats:** Cent dix-huit patients ont été retenus dont 97 (82%) hommes et 21 (18%) femmes. L'âge moyen des patients était de 36 ans. Les accidents de la voie publique étaient la première cause dans 38 (32,2%) cas. Aucun patient n'a bénéficié d'examen clinique initial sur le lieu de l'accident. Les cas d'incarcération ont été désincarcérés dans 89 % par l'entourage. Le mototaxi était le mode de transport des victimes le plus utilisé dans 24, 6%. La majorité des patients (77%) a été transportée initialement vers l'hôpital le plus proche puis secondairement vers le CHU Gabriel Touré. Soixante-quatre (54,2%) patients avaient une atteinte neurologique complète de type Fränkel A à l'admission.

**Conclusion :** La prise en charge pré hospitalière des traumatisés vertébro-médullaires demeure un grand défi à relever dans notre contexte. Elle implique une formation du personnel paramédical ainsi qu'une sensibilisation de la population sur les méthodes de relevage et de transport des victimes.

**Mots clés :** traumatisme vertébro-médullaire, neurochirurgie, accident de la voie publique

## Evaluation du drainage thoracique avec la sonde d'intubation

Bouh KJ, Soro L, Kouamé KI, Konan KJ, Helles HV, Aka BG, Diomandé S, Amonkou AA
Service de réanimation CHU de Yopougon Abidjan (Côte-d'Ivoire)

**RESUME**

**Introduction :** le drainage thoracique est un geste courant réalisé en urgence en réanimation. Habituellement effectué avec un drain thoracique, sa réalisation dans notre milieu se heurte très souvent au problème d'indisponibilité de matériel (drain thoracique).

**Objectifs :** Montrer la faisabilité du drainage thoracique avec la sonde d'intubation.

**Patients et méthodes**

Il s'agit d'une étude rétro prospective transversale réalisée dans le service de Réanimation du CHU de Yopougon de Janvier 2014 à aout 2019, portant sur les patients admis pour drainage thoracique. Ont été inclus dans l'étude tous les patients drainés avec une sonde d'intubation.

**Résultats** : Au total 39 patients ont bénéficié d'un drainage thoracique avec une sonde d'intubation. Le sex ratio était de 1,29. L'âge moyen de nos patients était de 10,9 ans avec des extrêmes de 1 mois et 74 ans. La tranche d'âge de 0 à 10 ans était la plus représentée (69%). L'épanchement pleural était de cause médicale dans la majorité des cas (74,3%), dominés par les pleurésies purulentes (93%). la voie d'abord était axillaire chez tous les patients. La durée moyenne de drainage était de 4,35 jours. L'évolution était favorable dans 77% des cas. Neuf patients ont été transférés en chirurgie thoracique pour brèche broncho-pleurale (8 patients) et pleurésie enkystée (1).

**Conclusion :** La sonde d'intubation dans le drainage thoracique pourrait être une alternative dans la prise en charge des épanchements pleuraux.

**Mots clés :** drainage thoracique, épanchement pleural, sonde d'intubation.

## Trigone fémoral : dissection anatomique au laboratoire d'anatomie de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) de Bamako

Touré T, Ba B, Kanté A, Koné M, Guissé F, Ongïba N

ttbabatoure@gmail.com,

**But :** le but de ce travail était d'étudier le trigone fémoral par dissection anatomique.
**Méthodologie :** 14 trigones fémoraux ont été disséqués et photographiés chez 7 cadavres.
**Résultats :** La longueur moyenne de la veine fémorale commune était de 79,6 ±27, 1 mm .La disposition modale classique de la veine fémorale a été notée dans 28,5%. Les variations anatomiques étaient notées dans 71,4% des cas, dans lesquelles la veine fémorale profonde ne recevait aucune affluente dans le trigone fémoral et ses affluentes habituelles se jetaient dans la veine fémorale commune. Pour les artères fémorales, la disposition modale classique a été notée dans 50% au niveau des collatérales et dans 57,1% au niveau de la terminaison de la fémorale commune. Les variations anatomiques notées étaient la naissance des branches suivantes de la fémorale commune : la circonflexe fémorale médiale 4 fois, la circonflexe fémorale latérale 1 fois, tronc commun à l'artère du quadriceps et à la circonflexe iliaque superficielle 1 fois, tronc commun à l'artère du quadriceps et à la circonflexe fémorale latérale1 fois. Dans 42,8% l'artère fémorale commune s'est terminée par une trifurcation. Les variations anatomiques ont été notées dans 64,2% au niveau des collatérales de l'artère profonde de la cuisse. L'artère profonde de la cuisse n'a pas donnée de collatérale 3 fois, elle a donné les collatérales suivantes par tronc commun : artère du quadriceps et circonflexe fémorale médiale 4 fois, les circonflexes fémorales médiale et latérale 2 fois. Les variations anatomiques de l'artère fémorale superficielle ont été notées également dans 64,2%, elle a donné les collatérales suivantes dans le trigone fémoral : artère du quadriceps 3 fois, la circonflexe fémorale latérale 1 fois, les artères pudendales externes inférieure (3 fois) et supérieure (1 fois) et l'artère des adducteurs 2 fois. La distance moyenne entre la terminaison du nerf fémoral et le ligament inguinal était de 12,9 mm.
**Conclusion :** Les variations anatomiques des artères et des veines fémorales au niveau du trigone fémoral sont fréquentes et importantes à connaitre.
**Mots clés :** Trigone fémoral ; artères, veines et nerf fémoraux ; variations anatomiques.

## Dissection anatomique de l'artère fémorale commune au laboratoire d'anatomie de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) de Bamako

**Tata Touré**, Babou Ba, Abdoulaye Kanté, Moumouna Koné, Nouhoun Ongoïba
ttbabatoure@gmail.com

**Résumé :**
**But :** Le but de ce travail était d'étudier l'artère fémorale commune par dissection anatomique.
**Méthodologie :** 28 artères fémorales ont été disséquées et photographiées chez 14 cadavres (10 hommes et 4 femmes)
**Résultats :** Le diamètre moyen de l'artère fémorale commune était de 9,2±1,3 mm (extrêmes : 7 et 12 mm). La longueur moyenne de l'artère fémorale commune était de 48,2 ±14,5 mm (extrêmes : 1,3 et 93 mm). Le mode de terminaison de l'artère fémorale commune était sans particularité dans 67,8%. Les variations anatomiques ont été notées dans 9 cas soit 32,1% : la trifurcation (l'artère fémorale commune s'est divisée en 3 branches au même point) a été notée 7 fois (25%), la terminaison était groupée (l'artère fémorale commune s'est divisée en 4 branches ou plus au même point) dans 2 cas soit 7,1%. Sur les 28 cas, l'artère fémorale commune donnait naissance à ses branches habituelles dans les proportions suivantes : artère circonflexe iliaque superficielle dans 26 cas (92,8%), artère épigastrique superficielle dans 23 cas (82,1%), artère pudendale externe supérieure dans 23 cas (82,1%), artère pudendale externe inférieure dans 16 cas (57,1%). Au niveau des collatérales de l'artère fémorale commune, 13 variations anatomiques ont été notées dans 13 cas soit 46,4% dans lesquelles l'artère fémorale commune donnait en plus de ses collatérales habituelles à d'autres branches.
**Conclusions :** L'artère fémorale commune sert de repère pour divers gestes réalisés au niveau du trigone fémoral tels que le bloc du nerf fémoral, la ponction de la veine fémorale…La connaissance anatomique de l'artère fémorale commune et de ses variations est importante en pratique clinique et chirurgicale.
**Mots clés :** Artère fémorale commune, variation, anatomie.

.

## Thrombose veineuse profonde des membres inférieurs : prise en charge en chirurgie générale au CHU Gabriel Touré

**Traoré A,** Dembélé BT, Koné Y, Konaté M, Sidibé B Y, Traoré A, Maïga A, Bah A, Kelly B, Diakité I, Saye Z, Konaté S, Koné T, Kanté L, Karembé B, Togo A.

**Auteur correspondant:** Dr Traoré Amadou,. E-mail : atzouzou@yahoo.fr

**Introduction** : la thrombose veineuse profonde des membres inférieurs (TVPMI) est une pathologie grave de par ses complications dont la plus mortelle est l'embolie pulmonaire.

**Objectifs** : étaient de déterminer la fréquence de la TVPMI en chirurgie générale, d'identifier les facteurs de risque, de déterminer les aspects diagnostiques et thérapeutiques.

**Méthodologie** : il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive allant de 2010 au 31 décembre 2018 incluant tous les patients admis et pris en charge dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré pour TVP des membres inférieurs.

**Résultats :** nous avons colligé 29 cas de thrombophlébite en 8 ans sur 8720 patients hospitalisés, soit une fréquence hospitalière de 0,33%. L'âge moyen était de 41,6 ± 20,2 ans. Le sex-ratio était de 0,5. Les antécédents retrouvés étaient le VIH et le diabète chez respectivement 6,9% et 3.4% des patients. Les facteurs favorisants étaient l'âge avancé, le cancer et l'obésité avec respectivement 24,1%, 17,2% et 13,8%. La douleur a été le motif de consultation le plus fréquent avec 48,3%. Les signes cliniques étaient : la fièvre (68,9%), la tachycardie (82,7%) le pouls grimpant de Mahler (82,7%), le signe de Homans (65,5), la chaleur locale (44.8%), la rougeur (27,6%) et la circulation veineuse collatérale (10,3%).

L'échodoppler des membres inférieurs a été effectué chez tous nos patients. La thrombose veineuse concernait le membre inférieur gauche dans 72% et le membre inférieur droit dans 28%. Le thrombus était le plus souvent localisé dans la veine poplitée avec 31%. Tous nos patients ont reçu l'héparine de bas poids moléculaire et l'antivitamine K avec 68,97% de guérison sans séquelle. L'évolution s'est compliquée d'embolie pulmonaire dans 10,3% et de décès dans 31,03% à 6 mois.

**Conclusion :** Le diagnostic est clinique et une prise en charge précoce permet d'améliorer le pronostic.

**Mots clés :** Chirurgie, Thrombophlébite, Thrombose veineuse profonde

## Résection transurétrale de la prostate au glycocolle au service d'urologie de CHU Luxembourg.

**Diarra A**, Kassogué A, Coulibaly MT, Cissé D, Berthé HJG, Diallo MS, Keita MM

**Auteur correspondant:** Dr. DIARRA Alkadri, Email : dralkadri@yahoo.fr

**Résumé**

**Objectif :** Evaluer la place de RTUP dans la prise en charge d'HBP au service d'urologie CHU Luxembourg.

**Patients et Méthodes** :

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive réalisée au service d'urologie CHU Luxembourg sur une période de 16 mois entre octobre 2016 à septembre 2017. Tous les malades ayant bénéficiés de la RTUP pendant la période d'étude. Ses indications ont été enregistrées ainsi que la durée de l'intervention, la durée de l'irrigation, du drainage urinaire, de l'hospitalisation, les résultats du traitement et les complications à court terme.

**Résultat :**

88 patients ont bénéficié la RTUP monopolaire. L'âge moyen des patients était de 70 ans avec des extrêmes allant de 51 à 95 ans. Le poids moyen de la prostate était 56 g. Les différentes indications étaient : HBP compliquée avec une prostate inférieure à 80 g, HBP associée à un cancer de la prostate, sclérose du col vésical, échec de traitement médical. L'indication la plus fréquente était HBP avec trouble urinaire associé à un cancer de la prostate. La valeur moyenne du PSA était 15,55 ng/ml avec un intervalle 0,2 ng/l à 100 ng/ml avant l'intervention. La durée moyenne du drainage était de 24 heures. La durée du séjour à l'hôpital était de 24 à 48 heures après intervention. L'ablation de la sonde vésicale a été faite avant la sortie du malade lorsque les urines étaient claires. Nous avons constaté 3 cas de rétention vésicale complète, 2 cas d'hémorragies post-opératoire, 4 cas de TURP syndrome et 1 cas de décès dans les 2 jours qui ont suivi l'intervention.

**Conclusion :**

La RTUP est la technique chirurgicale de l'HBP la plus utilisée dans notre service et présente moins de morbidité. Les indications essentielles dans notre service sont : HBP compliquée et ou associée à un cancer de la prostate avec un poids inférieur à 80 g.

**Mots clés** : résection endoscopique ; monopolaire; prostate

## Rupture traumatique de la trachée de découverte fortuite

**Ogondon B****, Kohou KL*, Adingra S*, Kouamé KJ*, Yapo YP, Katché E***,Mobiot NM****, Ehounoud H*

- *Service d'Anesthésie-réanimation Institut de Cardiologie d'Abidjan, Côte d'Ivoire
- **Service d'Anesthésie-réanimation CHU de Bouaké, Côte d'Ivoire
- ***Service de chirurgie cardio-vasculaire Institut de Cardiologie d'Abidjan, RCI
- ****Service d'ORL CHU de Treichville Abidjan, Côte d'Ivoire

**Auteur correspondant** : Dr Ogondon Bernard *; e-*mail : ogondon.bernard@yahoo.fr

**Résumé**

**Introduction**

Les lésions laryngotrachéales sont rares et peuvent être suspectées devant tout traumatisme cervical avec des signes d'appels respiratoires et de la sphère ORL. Les auteurs rapportent par contre un cas de rupture trachéale sans signes cliniques évocateurs.

**Observation**

Un adolescent de 20 ans sans ATCD particulier fut adressé à l'Institut de Cardiologie d'Abidjan pour la prise en charge d'une lésion vasculaire probable à la suite d'un traumatisme cervical lors d'une agression à l'arme blanche. L'examen clinique a retrouvé à l'entrée un patient avec un état général conservé, une instabilité hémodynamique, un pansement compressif souillé de la plaie cervicale, une absence totale de signes d'appels respiratoires pouvant orienter vers une lésion laryngotrachéale. Une réanimation pré opératoire à été instituée afin de restaurer l'hémodynamique. L'exploration chirurgicale en per opératoire avait permis de mettre en évidence une large plaie trachéale avec section des 1er et 2ième anneaux trachéaux, de multiples entailles du cartilage thyroïde et une section du cartilage cricoïde. Aucune lésion vasculaire n'a été retrouvée. Les gestes ont consistés en un parage, la confection d'une trachéotomie avec mise en place d'une canule de trachéoflexe. Les suites opératoires ont été simples et le patient a été décanulé avec succès à J9 post opératoire.

**Conclusion** : les lésions du larynx et de la trachée doivent toujours être évoquer devant un traumatisme cervical même en l'absence d'une symptomatologie évocatrice.

**Mots clés :** Rupture trachéale- larynx – traumatisme cervical

## Pneumothorax iatrogènes à l'Institut de Cardiologie d'Abidjan : actes responsables, facteurs de risque et de gravité.

**Adingra S***, Ogondon B*, Kouamé KJ*, Kohou KL*, Yapo YP*, Kirioua-kamenan**, Demine B**, Ouédé R**, Kendja F**, Ehounoud H*

- *Service d'anesthésie-réanimation Institut de Cardiologie d'Abidjan
- **Service de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire Institut de Cardiologie

**Auteur correspondant** : Dr ADINGRA Stéphane *;* e-mail : charlesevrada@gmail.com

**Résumé**

Les auteurs rapportent sept cas de pneumothorax iatrogènes. Cinq actes responsables ont pu être déterminés : quatre procédures invasives et un barotraumatisme. Les procédures invasives étaient le drainage chirurgical avec biopsie péricardique (deux cas), une pose d'un cathéter veineux central, un cas de ponction pleurale. Le PI par barotraumatisme était dû à une ventilation mécanique sur poumons emphysémateux. Des actes médicaux à risque de pneumothorax (des massages cardiaques externes, une trachéotomie, la ventilation mécanique de longue durée) ne pouvaient être incriminés à cause des longs délais avant le diagnostic. Les facteurs de risque liés aux pratiques médicales étaient : l'urgence des procédures invasives, la non interruption de la ventilation mécanique lors de la pose de cathéter veineux central, les difficultés anesthésiques et chirurgicales lors du drainage péricardiques (patients en adiastolie). Des facteurs liés aux patients étaient les antécédents de tabagisme, d'asthme, d'emphysème pulmonaire, et le SIDA. Les conditions médicales favorisantes étaient des œdèmes pulmonaires, des pleuro- pneumopathies, les obstructions fréquentes des voies aériennes, la suppuration de la cicatrice sternale, la médiastinite. Les facteurs de gravité du PI étaient la ventilation mécanique sur pneumothorax inconnu (trois cas), la survenue per opératoire et la phase de réveil post anesthésique (deux cas), le pneumothorax bilatéral simultané (deux cas), le pneumothorax sur cardiomyopathie (un cas), l'association à un emphysème sous cutané cervical (deux cas), le nombre important de facteurs de comorbidité. Le PI a été responsable d'une prolongation du séjour en USI de 24 à 72 heures. Aucun décès ne pouvait être directement imputable au pneumothorax.

**Mots clés** : pneumothorax iatrogène, procédure invasive.

## Traitement chirurgical des ruptures traumatiques du diaphragme : à propos de 08 cas à l'Hôpital du Mali

**Koïta M S**, Maïga A.A, Maïga I.B, Ombotimbé A, Togo S, Ouattara M A
**Auteur** correspondant: Dr Koïta Mamadou Salo, sylvainkoita58@gmail.com

**Introduction :** la rupture traumatique du diaphragme correspond à une brèche traumatique du diaphragme pouvant se compliquer d'une hernie des viscères abdominaux en intra thoracique.
**Objectif :** décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques des ruptures diaphragmatiques.
**Patients et Méthode** : étude rétrospective et descriptive de mars 2012 à mars 2019, réalisée dans le service de chirurgie thoracique à l'Hôpital du Mali. Les patients ayant présenté une rupture traumatique du diaphragme ont été inclus. Les aspects diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs ont été analysés.
**Résultats :** nous avons colligé huit (08) cas d'un âge moyen de 33,4 ans (12 et 59 ans). Il s'agissait de 6 hommes et 2 femmes. L'étiologie était les accidents de la voie publique dans 5 cas. La TDM thoracique a permis de poser le diagnostic dans tous les cas. Une thoracotomie était réalisée chez tous les patients. Les organes herniés les plus fréquents étaient l'estomac dans 7 cas et le colon dans 3 cas. La taille moyenne de la rupture était de 6.3 cm et siégeait au niveau du centre phrénique dans 6 cas. Des lésions associées ont été retrouvées dans six cas. Le traitement a consisté à une réparation des lésions associées et une cure de la rupture diaphragmatique. L'évolution était favorable dans sept cas. Un cas de décès a été noté.
**Conclusion :** la rupture diaphragmatique est une complication grave des traumatismes. La TDM thoracique occupe une place importante dans le diagnostic lésionnel. La prise en charge est pluridisciplinaire.
**Mots clés** : traumatisme -rupture diaphragmatique- traitement.

## Sténose caustique de l'œsophage chez l'enfant à l'hôpital du Mali : aspects sociodémographiques des victimes et mortalité.

**Konaté F,**[1] Maiga IB[1,] Cissé M[1], Ombotimbe A[1], Maiga AA[1], Yue W[2].
1. Service de chirurgie thoracique, Hôpital du Mali- Bamako (Mali)
2. Coopération médicale chinoise au Mali

**Introduction** : la survenue de la sténose caustique de l'œsophage chez l'enfant (SCO) est un drame familial.
**But** : décrire les aspects sociodémographiques et évaluer la mortalité des patients de moins de 15 ans présentant une SCO.
**Matériel et méthodes** : il s'agissait d'une étude rétrospective (janvier 2012 à décembre 2017) et prospective (janvier à décembre 2018). Tous les cas de SCO chez les enfants de moins de 15 ans dans le service de chirurgie thoracique ont été inclus. La mortalité avant coloplastie a été évaluée.
**Résultats :** Nous avons récences 70 enfants. La SCO a représenté 1,52% des activités d'hospitalisation du service. L'âge moyen était de 5,8 ans (0 et 14 ans). Il y avait 48.6% de nourrisson et 42.8% de petits enfants. Le sex-ratio était de 1.41. La survenue de la brûlure était accidentelle dans 95.7%. La victime vivait avec ses parents biologiques dans 91.4% et résidait dans la ville de Bamako dans 75.4%. Les victimes proviennent d'une famille non scolarisée et de revenue faible dans respectivement 61.4% et 87.9%. Le délai moyen de prise en charge a été de 4,62 +/-2,58 mois après la survenue de l'accident. La mortalité a été de 17.1%.
**Conclusion** : les victimes d'ingestion caustique accidentelles sont des enfants de bas âge. Elles proviennent des familles non scolarisées et à revenu faible rendant difficile leur accès à des soins appropriés aggravant ainsi leur pronostic et cela malgré que la majorité viennent de la ville de Bamako.
**Mots clés :** œsophage, sténose caustique, aspects sociodémographiques.

## Péricardites de moyenne et grande abondance : diagnostiques et traitement en chirurgie thoracique a l'hôpital du Mali

**Koné. S.D** ; Togo. S ; Maiga.I ; Konaté. M ; Tembiné. K ; Maiga AA.

**Introduction :** Le drainage péricardique par la voie de Marfan est frequement realisé dans prise en charge des épanchements péricardiques
**Objectif :** Décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques des péricardites.
**Patients et méthodes :** étude rétrospective, monocentrique réalisée de Janvier 2012 à Juillet 2019 en chirurgie thoracique à l'hôpital du Mali portant sur les cas de péricardite.
**Résultats :** Trente-quatre patients ont été colligés. L'âge moyen était de 31,96 ans avec un sex ratio de 1,61.
La dyspnée était le principal motif de consultation dans 65,71% des cas L'échographie cardiaque a permis de retrouver un épanchement péricardique de grande abondance dans 55,88% des cas, un épanchement péricardique de moyenne abondance dans 38,23% des cas et un épanchement péricardique de faible abondance dans 5,89% des cas.
La péricardite était associée à la pleurésie dans 26,47%, à l'ascite dans 2,94%, et à la rétrovirose dans 2,94% des cas.
Le drainage péricardique a été réalisé chez l'ensemble de nos patients. La quantité de liquide drainé était en moyenne de 543,94 cc. Le liquide drainé était serohématique dans 35,29%, purulent 26,47%, hématique dans 20,58%, jaune citrin dans 17,64% des cas.
**Conclusion :** le drainage péricardique a permis une prise en charge optimale des péricardites de grandes et moyennes abondances dans notre service.
**Mots clés :** Péricardique ; Drainage Voie de Marfan.

## Attitudes et pratiques des médecins anesthésistes dans la prise en charge des drépanocytaires au Cameroun

Djomo Tamchom D.(1), Nga Nomo S.(2), Ndikontar R.(3), Kuitchet A.(4), Ze Minkande J.(3,5),Van Obbergh L.(6)
. (1) Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Douala - Cameroun
. (2) Centre Hospitalier d'Essos, Yaoundé - Cameroun
. (3) Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé - Cameroun
. (4) Centre des Urgences de Yaoundé - Cameroun
. (5) Département de chirurgie et spécialités – FMSB / Université de Yaoundé1- Cameroun
. (6) Département d'Anesthésie - Réanimation, Hôpital Erasme - Université Libre de Bruxelles - Belgique

**Introduction :** La drépanocytose est la pathologie génétique la plus fréquente au monde. Les drépanocytaires sont plus susceptibles de subir une intervention chirurgicale au cours de leur vie en raison de la nature des complications de cette maladie. Ils posent des défis uniques en raison de leurs vulnérabilités spécifiques aux stress physiologiques de la chirurgie et de l'anesthésie.
**Objectif** : Dresser un état des attitudes et pratiques des médecins anesthésistes dans la prise en charge des patients drépanocytaires au Cameroun.
**Méthodes** : Il s'agit d'une enquête menée auprès des médecins anesthésistes exerçant au Cameroun au 1er Avril 2019. Les données ont été collectées auprès de 35 médecins anesthésistes à l'aide d'une fiche d'enquête et analysées par des statistiques descriptives.
**Résultats :** La majorité des médecins anesthésistes (82,9 %) n'avait pris en charge des drépanocytaires que pour des chirurgies programmées et 17,1% pour des chirurgies d'urgence. Dans le bilan préopératoire, la recherche des agglutinines irrégulières n'avait pas été obtenue par 74,3 % des médecins et 48,6 % d'entre eux n'avaient jamais eu connaissance du pourcentage d'hémoglobine S. La plupart (77,1 %) n'avaient jamais sollicité l'avis d'un hématologue en préopératoire. Concernant la transfusion sanguine en préopératoire, 74,3 % affirmaient avoir eu recours à des transfusions simples et 11 % à des échanges transfusionnels. Les seuils transfusionnels variaient selon le praticien: < 6 g/dL pour 7,7 % ; < 7 g/dL pour 61,5 %; <8g/dL pour 15,4%; <9g/dLpour3,9% et11,5% n'avaient pas de seuil précis. Parmi ceux qui avaient eu recours à l'échange transfusionnel, 75 % avaient eu comme critères le pourcentage d'hémoglobine S, le taux d'hématocrite et le type de chirurgie ; tandis que 25 % s'étaient basés sur le taux hématocrite et le type de chirurgie.
**Conclusion** : Les attitudes et pratiques des médecins anesthésistes dans la prise en charge des drépanocytaires au Cameroun sont hétérogène.
**Mots** clés : Drépanocytose, Anesthésie, Chirurgie, Préopératoire.

## Résections pulmonaires pour séquelles de tuberculose à l'hôpital du Mali

**Bazongo M**, Togo S, Ouattara M.A, Maïga A.A, Maïga I.B, Ombotimbe A.
1- Service de chirurgie thoracique, hôpital du Mali
2- Service de chirurgie B, CHU Point G, Bamako, Mali
3- Service d'anesthésie réanimation hôpital du Mali
**Auteur correspondant:** Dr Bazongo Moussa**,**
Email : **baz_moussa@yahoo.fr**

**Résumé**
**Introduction** : les séquelles pulmonaires de tuberculose représentent la première indication de résections pulmonaires infectieuses en Afrique subsaharienne.
**Objectif :** évaluer les résultats des résections pulmonaires pour séquelles de tuberculose.
**Patients et méthodes :** il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive de janvier 2012 à juin 2019, réalisée dans le service de chirurgie thoracique de l'hôpital du Mali. Elle a concerné 38 patients ayant eu une résection pulmonaire pour séquelles de tuberculose. Les indications, les gestes thérapeutiques et les résultats ont été analyses.
**Résultats** : les résections pour des séquelles de tuberculose ont représenté 50 % des exérèses pulmonaires. L'âge moyen des patients était de 40,5 ans [22 et 74 ans]. Le sex- ratio était de 1,9. Le délai moyen de consultation était de 13,7 mois. La toux, la dyspnée et l'hémoptysie étaient les signes fonctionnels retrouvés respectivement dans 89,5%, 63,2% et 57,9 % des cas. Les principales indications de résection pulmonaire étaient l'hémoptysie récidivante et la suppuration pulmonaire chronique sur des parenchymes pulmonaires détruits. Les gestes réalisés ont été : une lobectomie (42,1%) ; une résection atypique (28,9%) ; une pneumonectomie (26,3%) et une culmenectomie (2,6%). La morbidité était de 26,3% marqué par l'hémorragie post opératoire (5,3%), l'empyème thoracique (15,8%) et la suppuration pariétale (15,8%) et la fistule bronchopleurale (2,6 %). La durée moyenne d'hospitalisation était de 12,8 jours [2 et 59 jours]. La mortalité a été de 15,8%.
**Conclusion** : les indications de résections pulmonaires sont dominées par les séquelles de tuberculose pulmonaire. La morbi-mortalité reste élevée.
**Mots clés** : séquelles de tuberculose – indications – résection pulmonaire.

## Indications et résultats du drainage pleural à l'hôpital du Mali

**Illiassou S,** Togo S, Maiga AA, Maiga IB, Ombotimé A, Ouattara MA
Service de chirurgie thoracique-hôpital du Mali.
**Auteur-correspondant :** Dr Illiassou Sitta (illiassousitta@gmail.com)

**Introduction :** Le Drainage Pleural Percutané (DPP) est l'acte thérapeutique de base en chirurgie thoracique.
**Objectif :** décrire les indications et les résultats du DPP.
**Matériels et méthodes :**
Etude prospective et descriptive réalisée de janvier 2018 à juin 2019 à l'hôpital du Mali. Tous les patients hospitalisés pour un épanchement pleural drainé étaient inclus. Les paramètres étudiés étaient les indications et les résultats.
**Résultats :** les dossiers de trois cent quarante-six patients étaient colligés. Le sex-ratio était de 3,7. L'âge moyen était de 30,9 ans (extrêmes : 2 mois et 98 ans). Le délai moyen d'admission était de 46 jours. Les symptômes majeurs étaient la dyspnée (86%) et la douleur thoracique (60%). La Radiographie thoracique était réalisée chez 99% des patients. Les indications étaient la pleurésie (43%) et l'hémopneumothorax (24%), le PNO (21%) et le pyopneumothorax (12%). Les principales causes étaient les infections (50%) et les traumatismes (46%). Le DPP seul était réalisé chez 95% des patients. Le drain était dans 100% des cas en site axillaire, dans 57% dirigé en apical. Chez 77% des malades, le drain était aspiratif. La kinésithérapie était instaurée chez 86% des patients. Les suites étaient simples dans 82% des cas. La durée moyenne de séjour était de 7,79 jours +/- 7,13. La morbidité était de 17%. La mortalité était de 7,8%.
**Conclusion : l**e DPP demeure le geste thérapeutique le plus fréquent dans la prise en charge des épanchements pleuraux. Il est simple, efficace et les résultats dépendent de l'étiologie.
**Mots clés :** Drainage pleural percutané, indications, résultats.

## Couverture des pertes de substances de l'extrémité céphalique par des greffes de peau totale

**Traoré H**, Traoré S, Doumbia A, Diallo Mariam, Coulibaly O, Camara S, Traoré M
**Auteur correspondant** : Pr TRAORE Hamady, email : traorhamady@yahoo.fr

**Résumé**
Les pertes de substances de la face sont assez fréquentes avec une répercussion psycho-sociale en lien avec les déficits esthétique et fonctionnel. La greffe de peau totale est une alternative pour la couverture des pertes de substance de l'extrémité céphalique.
Il s'agissait d'une étude observationnelle à propos de deux patientes présentant des pertes de substances post traumatiques au niveau du cuir chevelu suite à des accidents de la circulation routière. Elles ont été admises dans le service de chirurgie maxillo-faciale du CHU-CNOS entre Février et Mars 2016 et qui ont bénéficié de greffes de peau totale. Les suites ont été simples avec un bon recouvrement cutané des pertes de substances. L'expansion cutanée qui est le gold standard du traitement des pertes de substances cutanées au niveau de l'extrémité céphalique est rarement réalisée dans les conditions de sous médicalisation. La greffe de peau totale est une alternative intéressante pour la couverture des pertes de substance céphalique.
**Mots clés** : perte de substance, extrémité céphalique, traumatisme, greffe cutanée.

## Traitement chirurgical des ruptures traumatiques du diaphragme

**Koïta M S**, Maïga A.A, Maïga I.B, Ombotimbé A, Togo Seydou, Ouattara Moussa A

**Auteur** correspondant: Dr Koïta Mamadou Salo, sylvainkoita58@gmail.com

**Introduction :** la rupture traumatique du diaphragme correspond à une brèche traumatique du diaphragme pouvant se compliquer d'une hernie des viscères abdominaux en intra thoracique.
**Objectif :** décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques des ruptures diaphragmatiques.
**Patients et Méthodes** : étude rétrospective et descriptive de mars 2012 à mars 2019, réalisée dans le service de chirurgie thoracique à l'Hôpital du Mali. Les patients ayant présenté une rupture traumatique du diaphragme ont été inclus. Les aspects diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs ont été analysés.
**Résultats :** nous avons colligé les dossiers de huit (08) cas d'un âge moyen de 33,4 ans (12 et 59 ans). Il s'agissait de 6 hommes et 2 femmes. L'étiologie était les accidents de la voie publique dans 5 cas. La TDM thoracique a permis de poser le diagnostic dans tous les cas. Une thoracotomie était réalisée chez tous les patients. Les organes herniés les plus fréquents étaient l'estomac dans 7 cas et le colon dans 3 cas. La taille moyenne de la rupture était de 6.3 cm et siégeait au niveau du centre phrénique dans 6 cas. Des lésions associées ont été retrouvées dans six cas. Le traitement a consisté à une réparation des lésions associées et une cure de la rupture diaphragmatique. L'évolution était favorable dans sept cas. Un cas de décès a été noté.
**Conclusion :** la rupture diaphragmatique est une complication grave des traumatismes. La TDM thoracique occupe une place importante dans le diagnostic lésionnel. La prise en charge est pluridisciplinaire.
**Mots clés** : traumatisme -rupture diaphragmatique-traitement.

## Etude de la prise en charge pour cholécystectomie chez l'enfant drépanocytaire au CHU de Pointe-A-Pitre/Abymes – GUADELOUPE

**Coulibaly BB,** Robin G, Dabadie Ph, Zoumenou E, Lokossou Th, Chobli M

**Introduction**:
La drépanocytose est une affection qui pose un problème de santé publique en France et particulièrement aux Antilles où 12% de la population sont porteurs de cette mutation génétique.

**Buts** :
Décrire la prise en charge périopératoire de la cholécystectomie chez l'enfant drépanocytaire et répertorier ses complications per et postopératoires.

**Méthodes** :
Etude rétrospective et descriptive sur les dossiers des enfants drépanocytaires cholécystectomisés en chirurgie pédiatrique du CHU de Pointe-A-Pitre/Abymes du 1er Janvier 2008 au 31 Décembre 2011.

**Résultats** :
Trente-neuf patients (21 filles et 18 garçons) ont été opérés électivement par deux chirurgiens. L'âge moyen était de l0 ans (extrêmes de 4 à 16 ans). Les drépanocytaires homozygotes représentaient 92,3% de notre série soit 36 enfants (17 garçons et 19 filles), alors que 7,7% étaient hétérozygotes dont 2 filles Sβ thalassémiques 1 garçon SC. Tous les enfants ont eu une préparation transfusionnelle avant l'intervention. La voie laparoscopique a dominé avec 87%(34). Aucun cas de conversion n'a été observé. Seuls deux cas de cytolyse hépatique et d'hémolyse aigüe ont constitués la morbidité postopératoire. Nous n'avons pas relevé de mortalité sur la période de l'étude.

**Conclusion** :
La cholécystectomie chez l'enfant drépanocytaire soulève des réflexions dans le but d'en améliorer la prise en charge. La voie laparoscopique est plus sûre pour réduire la morbi-mortalité périopératoire.

**Mots clés :** Drépanocytose, cholécystectomie, morbidité.

## Complications des fistules artério - veineuses pour hémodialyse chronique

**Togola B**, Bengaly B, Traoré D, Saye J, Touré CAS, , Coulibaly M, Ouattara D, Coulibaly B, Diallo S, Dicko H, Diallo B, Ongoiba N.
Auteur correspondant : **Birama Togola,** Email : togolib@yahoo.fr

**Résumé :**

**Introduction :** La fistule artérioveineuse (FAV) native est l'abord vasculaire de choix pour l'hémodialyse chronique pour sa longévité et son faible taux de complication.

**Objectif** : Le but de ce travail était de décrire les complications de FAV et d'en analyser les facteurs de risque de survenu.

**Méthodologie** : Les dossiers des patients ayant bénéficié d'une fistule artério veineuse native entre 2012 et 2014 étaient revu de façon rétrospective. Nous avons analysé les aspects épidémiologiques, les complications et les facteurs concourant à leur survenu.

**Résultats** : En 3 ans, 171 patients ont bénéficié d'une confection de FAV. L'âge moyen était de 41,3 ans ±13,4 avec un sex-ratio à 1. On notait 69% de patients en phase terminale en hémodialyse sur un cathéter veineux central. Les principaux facteurs de risque cardiovasculaire étaient l'HTA (84,6%), le diabète (9%) et le tabac (5,8%). Aucune étiologie n'était déterminée dans 52%. Les veines étaient multi ponctionnées (67,2%), de qualité moyenne (73,6%) à l'examen clinique. Les sites de prédilection étaient le poignet (66,1%), le coude (27,5%). Il s'agissait essentiellement d'une fistule radio céphalique (72,5%) ou brachio-céphalique (24,5%). Un bloc axillaire était réalisé dans 2,4%. Nous avons observé un taux de complication précoce de 14% (24 cas). Il s'agissait essentiellement d'une thrombose dans 14 (58%) dont 9 cas d'échec immédiat suivi de l'hémorragie 7 cas (29,1%). Les complications tardives étaient observées chez 24 patients soit 14 %, dominées par les thromboses 10 cas (41,6%), un anévrisme 7 cas (29,1%), une sténose anastomotique 4 cas (16,7%) et un abcès sur point de ponction 3 cas (12,6%). Une reprise chirurgicale était systématique en cas de complication soit par la confection d'une nouvelle FAV ou une réimplantation si possible. Les facteurs ayant influencés la survenu des complications étaient l'état général, la présence de cathéter central, l'aspect de la veine et de l'artère, le stade de l'insuffisance rénale et l'expérience du chirurgien.

**Conclusion** : L'amélioration de nos résultats passe par une meilleure formation et une franche collaboration entre les acteurs impliqués dans la prise en charge des insuffisants rénaux.

**Mots clés** : IRC terminale - Hémodialyse chronique - FAV - Complications

## Rupture utérine à l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou : a propos de 62 cas

Aminata Kouma [1],Tiounkani Théra[2], Brahima Donigolo[3] , Koné J [3], Z. O. Traoré[4]

**Auteur Principal :** Aminata KOUMA : CHU Kati. Bamako, Email : dockouma@gmail.com

**Résumé:**

But : Cette étude avait pour but de déterminer la fréquence, le profil socio-économique des patientes et le pronostic materno-fœtal de la rupture utérine.
Patientes et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective allant du 1er Janvier 2007 au 1er Juin 2009 réalisée dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. Ont été incluses dans notre étude toutes les patientes ayant présenté une rupture utérine diagnostiquée au cours du travail ou le post-partum immédiat et dont la prise en charge a été assurée dans le service. Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel EPI INFO 6.4 avec un seuil de significativité P = 0,05.
Résultats : Durant la période d'étude nous avons colligé 4594 accouchements dont 62 ruptures utérine soit une fréquence de 1,3 %. La rupture utérine a été considérée comme iatrogène dans 72,6% des cas. Le traitement a été conservateur dans 57,4% des cas et les suites opératoires ont été simples dans 91,8% des cas. Nous avons enregistré 5 cas de décès maternel et 87,1% de décès fœtal.
Conclusion : La rupture utérine est une des principales causes de mortalité maternelle. La prise en charge précoce et adéquate permet de réduire considérablement la mortalité maternelle et foetale
Mots clés : Rupture utérine, Mortalité maternelle, mortalité fœtale

## Etude comparative des spécificités électro et échocardiographiques chez les sportives de haut niveau et les sédentaires à Bamako.

**Sangare I**, Ba H. O, Camara Y, Menta I, Mete R, Coulibaly S, Diall I, Sangare L B S, Sidibe N
Adresses : **Dr SANGARE Ibrahima, Email : flakebus@yahoo.fr**

**Objectif**: Étudier les spécificités cardiovasculaires électrocardiographiques et écho cardiographiques chez les footballeuses de haut niveau et les femmes sédentaires à Bamako.
**Matériels et méthodes:** Il s'agissait d'une étude transversale, réalisée dans le district de Bamako, d'avril 2015 à mars 2016 chez les footballeuses de haut niveau et un groupe de femmes non entrainées. Elle a été réalisée en deux étapes chez les sportives: une phase d'interrogatoire et d'examen physique sur le lieu d'entrainement, une phase de réalisation d'examens complémentaires dans les structures médicales de Bamako.
**Résultats:** L'échantillon était composé de 43 sujets de sexe féminin dont 51% sédentaires (n= 22) et 49% footballeuses (n=21). L'âge moyen des sportives était plus élevée que celle des sédentaires avec une différence significative (P<0,0001). Le poids (P=0,003) et la taille (P=0,036) étaient significativement plus élevés chez les sportives que chez les sédentaires. La fréquence cardiaque (FC) était plus élevée chez les sédentaires que chez les sportives de façon significative avec P<0,0001. La bradycardie était retrouvée chez les sujets sportifs dans 28,6% et la tachycardie chez les sédentaires dans 18,2%. Il n'y avait pas de différence significative par rapport au PR, au QTc et à l'élévation de ST avec respectivement p = 0,522 ; p = 0,432 ; p = 0,631. La masse ventriculaire gauche était plus augmentée chez 28,6% des sportives contre 04,5% des sédentaires avec une différence statistiquement significative P= 0,033. Le ventricule gauche (VG) était plus dilaté de façon significative chez les sportives que chez les sédentaires avec P = 0,018 mais cette différence n'était pas significative quand il s'agissait du diamètre indexé (p=0,351). L'oreillette gauche (OG) était plus dilatée chez les sportives que chez les sédentaires avec une différence statistiquement significative (P=0,010).
**Conclusion:** Il existe une différence statistiquement significative entre les modifications électrocardiographiques et écho cardiographiques observées chez la footballeuse de haut niveau et la femme sédentaire. Il s'agit d'un phénomène d'adaptation cardiaque qui s'acquiert avec l'entrainement physique régulier
**Mots-Clés** : ECG- échocardiographie- sportives

## Fistule œsopleurale iatrogène sur retrovirose chez une gestante : quelle attitude thérapeutique ?

**Koïta M.S.** Ombotimbé A, Bazongo M, Maïga I.B, Tembiné K, Ouattara M.A, Togo S.
**Auteur correspondant:** Dr Koïta Mamadou Salo
sylvainkoita58@gmail.com

**Introduction** : les fistules œsopleurales (FOP) sont rares, mais restent graves, associées à une mortalité élevée.
**Objectif** : rapporter la prise en charge d'une fistule œsopleurale gauche iatrogène chez une gestante immunodéprimée au VIH à l'hôpital du Mali.
**Observation** : il s'agissait d'une patiente de 36 ans, enseignante, G6P5V5, sous antirétroviraux depuis 2002, enceinte de 28 semaines. Elle était admise pour une dyspnée associée à des douleurs thoraciques gauches suite à une tentative d'extraction endoscopique d'un corps étranger (phytobézoar) enclavé dans l'œsophage thoracique. L'examen notait un bon état général, une température à 36,9°C, une SpO2 à 89%, un syndrome d'épanchement mixte pleural gauche. La radiographie thoracique a permis d'objectiver un hydropneumothorax gauche. En urgence un drainage pleural et une antibiothérapie ont été effectués avec une alimentation parentérale. Au TOGD il y avait une fistule œsopleurale gauche. A J4, une thoracotomie postérolatérale gauche a objectivé une perforation de 1.5 cm de diamètre du 1/3 inferieur de l'œsophage thoracique. Une œsophagorraphie transversale a été réalisée avec une myoplastie de renforcement par lambeau musculaire intercostal. L'évolution a été favorable avec reprise de l'alimentation orale à J10.
**Conclusion :** La FOP iatrogène sur grossesse et VIH est une entité rare et grave. La prise en charge est pluridisciplinaire. Le pronostic dépend essentiellement de la rapidité du diagnostic et du choix thérapeutique.
**Mots clés** : fistule œsopleurale, grossesse et VIH, traitement.

## Infection nosocomiale au CHU du Point G : Profil bactériologique des germes retrouvés

Beye SA, Maiga A, Fofana DB, Abéghé Angoué Thais A , Dicko H, Diallo B, Guindo I, Maiga A, Maiga I, Keita M, Coulibaly Y.
**Auteur Correspondant :** Seydina Alioune Beye.

**Introduction :** Une infection nosocomiale est définie comme une infection acquise à l'hôpital par un patient admis pour une raison autre que cette infection. Elles font partie des infections associées aux soins. Le but de ce travail est de déterminer le profil de sensibilité des germes isolés au cours d'une infection nosocomiale au CHU du Point G.
**Malades et méthodes :**
Il s'agissait d'une étude transversale descriptive s'étalant sur une période de 6 semaines dans 10 services du CHU Point G à savoir : Anesthésie-réanimation ; chirurgie générale A et B ; gynécologie-obstétrique ; neurologie ; maladies infectieuses ; néphrologie ; rhumatologie ; médecine interne ; urologie. La population d'étude concernait les patients hospitalisés au moins 48 heures dans les services concernés pendant la période d'étude. Les données étaient recueillies sur une fiche d'enquête et l'analyse faite avec le logiciel SPSS.
**Résultats :** Durant la période d'étude ; 57 patients étaient colligés sur un total d'admission de 463 patients hospitalisés soit une prévalence d'infection nosocomiale de 11,01%. Au total 73 prélèvements étaient effectués dont 51 positifs soit 69,8%. Les prélèvements étaient une hémoculture (15), un examen cytobactériologiques des urines (24), un lavement broncho alvéolaire (1) et un écouvillonnage dans 17 cas. Le sexe masculin était plus représenté avec 50,9% des cas soit 29 patients, avec un sexe ratio H/F de 1.03. La moyenne d'âge était de 45,4±20,7 ans . Les facteurs de risque d'infections nosocomiales étaient le cathétérisme veineux périphérique, le sondage urinaire prolongé, le déséquilibre nutritionnel, la chirurgie, la transfusion, la sonde naso-gastrique et le cathétérisme veineux central avec respectivement 80.7%, 66.7%, 36.8%, 33.3%, 28,1%, 26,3% et 21,1% des cas. Les IU étaient le type d'IN le plus représenté à (5,4%) suivi des ISO (3,02%), les bactériémies (1,3%), les infections cutanées sur escarres (0.86%) et les PAVM (0,43%). Les bactéries retrouvées étaient respectivement Acinetobacter baumannii (5), Citrobacter freundii (1), Enterobacter cloacae (2), Enterococcus faecalis (1), Escherichia coli (12), Klebsiella oxytoca (1), Klebsiella pneumoniae (11), Pseudomonas aeruginosa (3), Pseudomonas putida (1), Staphylococcus aureus (2). Les levures était uniquement candida albicans (3). L'antibiothérapie était adaptée secondairement après l'antibiogramme et la monothérapie était la modalité thérapeutique la plus utilisée (68,6%). L'évolution était favorable dans 71,9% des cas.
**Conclusion :** Les infections nosocomiales restent fréquentes dans notre établissement avec un profil bactériologique dominé par les bacilles gram négatifs.
**Mots clés :** Infections nosocomiales ; profil de sensibilité ; bactéries, CHU Point G

## Traumatismes pelvi-périnéaux : aspects diagnostics et thérapeutiques au CHU GABRIEL TOURE

Traore L ;Toure MH ; Sidibe By ; Togo A ; Coulibaly T
**Auteur Correspondant :** Dr Louis Traoré- email : trlouis01@yahoo.fr

**I.INTRODUCTION**

Les traumatismes pelvipérinéaux (TPP) sont rares et peu rapportés dans la littérature en dehors du contexte particulier des traumatismes obstétricaux pour lesquels les conséquences fonctionnelles sont largement évaluées [1]. Leur fréquence ne cesse d'augmenter du fait de l'accroissement des accidents de la voie publique et des agressions [3]. La prise en charge est complexe, multidisciplinaire et nécessite souvent de nombreuses ré interventions.

**II. MATERIEL ET METHODE :**

Il s'agit d'une étude qui s'est déroulée en deux phases dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel TOURE. Une phase rétrospective allant de janvier 2008 à décembre 2017 ;Une phase prospective allant de décembre 2017 à décembre 2018, soit sur une période de onze (11) ans. - Critère d'inclusion : ont été inclus dans cette étude, tous les malades admis et opérés dans le service pour traumatisme pelvipérinéal.

**III. RESULTAT :**

En 11 ans Nous avons colligé 42 cas de traumatismes pelvi périnéaux ; ce qui a représenté :0,06% (42/66156) des consultations,0,19% (42/23574) des hospitalisations,0,03% (42/112310) des traumatismes au SAU (service d'accueil des urgences), 3,25% (42/1291) des traumatismes dans le service de chirurgie générale. L'âge moyen a été de 29,30 ans avec des extrêmes de 15 et 91 ans et un Écart-type de 14,3Le sexe ratio a été de 7,4 en faveur du sexe masculinFracture du coccyx 9,50%Fracture de l'aile iliaque droite 11,9% ; Luxation sacro-iliaque droite 4,8%

**CONCLUSION** :

La fréquence des traumatismes pelvipérinéaux est en augmentation dans notre pratique quotidienne. Les étiologies les plus fréquentes sont les accidents de la voie publique et les agressions physiques. Le pronostic immédiat des traumatismes pelvipérinéaux est d'abord marqué par le risque hémorragique. La prise en charge doit donc être pluridisciplinaire et associe le réanimateur, le chirurgien digestif, l'urologue et le traumatologue

**Mots clés :** traumatisme pelvi périnéaux, diagnostic, traitement

## Etude épidémio-clinique et thérapeutique des fractures du fémur chez l'enfant en chirurgie pédiatrique du CHU GABRIEL TOURE

Traore L ; Konta G ; Amadou I ; Coulibaly T
**Auteur Correspondant :** Dr Louis Traoré- email : trlouis01@yahoo.fr

**I.INTRODUCTION :**

La fracture du fémur chez l'enfant est une solution de continuité du fémur en croissance (1) elles viennent en troisième rang des lésions squelettiques avec prédominance masculine (1) les accidents de la voie publique sont généralement à l'origine des fractures traumatiques .la souplesse de cet os l'importance et la fragilité des structures cartilagineuses ; l'évolution morphologique donnent un aspect particulier à la plupart des fractures du fémur chez l'enfant. Le développement d'enclouage médullaire élastique stable a permis de combler un vide entre les indications au traitement orthopédique et les fixations conventionnelle (9)

**II. MATERIEL ET METHODE :**

Il s'agissait d'une étude prospective qui s'est déroulée de novembre 2014 à octobre 2016 soit une période de 2 ans dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré

critères d'inclusion : ont été inclus les enfants qui présentaient une fracture du fémur d'origine traumatique reçu au service d'accueil des urgences, en néonatologie et suivis dans le service. Les enfants dont le délai lésionnel n'excède pas 21 jours. les malades des deux sexes dont l'âge varie entre 0-15 ans. Critères d'exclusion : les patients ayant refusé d'être traités dans le service ; ceux dont le suivi n'a pas été effectué. Les fractures pathologiques.

**III.RESULTATS** :

la tranche d'âge la plus touchée a été de 0-5 ans avec 42 cas soit 59,2% le sexe masculin était le plus atteint soit un sexe ratio de 1,6. La majorité de nos patients a été reçu en urgence dans 64,8% des cas. Les AVP ont été la principale étiologie de fracture du fémur dans 38% des cas. La majorité de nos patients ont été admis après la 24ème heure soit 35,2% ; le côté gauche a été le plus touché avec 47% des cas. Les fractures simples ont été les plus représentés avec 95,8% des cas. Les fractures à trait transverse étaient les plus fréquentes avec 30 cas soit 42,2%. La majorité des fractures de la diaphyse fémorale était des enfants de moins de 7 ans avec 87,7% des cas. La méthode la plus utilisée a été le traitement orthopédique avec 57 cas soit 80,3% des cas ; le pelvi pédieux d'emblée dans 33 cas soit 58% L'ECMES a été la plus

utilisée dans 57,2% des cas. Le déplacement secondaire et le retard de consolidation ont été les complications avec 28,5% dans chaque cas. Les suites ont été satisfaisantes dans 84,5%.
CONCLUSION : les fractures du fémur sont rencontrées aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. L'étiologie la plus fréquente a été l'accident de la voie publique le diagnostic positif était généralement basé sur la radiographie standard face et profil le traitement des fractures nécessite une surveillance régulière radio-clinique afin d'éviter des complications et des séquelles (troubles de la croissance).
Mot clé : fracture fémorale, traitement, enfant

## Simulation en santé : Impact dans la formation et acquisition des compétences des personnels sanitaires

Diallo B[1], Traoré S[1], Beye SA[1], Koné J[2], Dicko H[1], Touré MK[3], Coulibaly M[3], Mangané M I[4], Almeimoune A H[4], Doumbia D[1], Diango D M[4], Coulibaly Y[1].
[1]Service d'Anesthésie-Réanimation, CHU du Point G ; Bamako /Mali
[2]Service d'Anesthésie-Réanimation, Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou ; Ségou / Mali
[3]Service d'Anesthésie-Réanimation, CHU Mère-Enfant le « Luxembourg » ; Bamako /Mali
[4]Departement d'Anesthésie-Réanimation et Urgences, CHU Gabriel Touré ; Bamalo /Mali
**Auteur Correspondant :** Dr Diallo Boubacar, aboudiallo@gmail.com, CHU du Point G

**Résumé**
**Introduction** : l'apprentissage par la simulation est depuis longtemps pratiqué. Devenue incontournable dans certains domaines, elle tend à s'imposer dans le domaine de la santé [1].
**But** : Evaluer l'impact de la simulation en santé dans la formation initiale et continue des personnels sanitaires.
**Matériels et Méthode** : Nous avons réalisé une étude observationnelle, descriptive de 3 mois à la Plateforme Hospitalo-Universitaire de simulation en Santé (APLHUSS), du CHU d'Angers. APLHUSS reçoit au moins 550 apprenants par an, constitués : d'élèves sages-femmes, d'infirmiers (ères) diplômé d'Etat (IDE), d'infirmiers anesthésiste (IADE), des internes et médecins seniors, dans le cadre de la formation initiale ou continue (DPC). Ont été inclus tous les apprenants passés au centre pendant la période d'étude sur les scénarii suivants : Gestes techniques; Gestion d'un ACR en SSPI après une ALR ; PEC d'un traumatisé crânien grave ; PEC d'un nouveau-né en salle de naissance ; Gestion de l'hémorragie de la délivrance ; Annonce de mauvaises nouvelles en oncologie.
**Résultats** : 97 apprenants sont passés au centre durant la période d'étude. La discipline anesthésie-réanimation a été la plus représentée avec 48,45% et la qualification prédominante était les internes 39,16%. Le scénario (gestes techniques) a été le plus pratiqué avec 48,45% par les internes majoritairement. Les apprenants sans expérience (1ère fois) étaient plus stressés 91,23%. Après le débriefing 96,91% des apprenants ont très bien aimé la simulation; et 97,94% dont l'ensemble de ceux qui étaient à leur première fois, ont voulu revenir pour d'autres séances. La simulation était jugée efficace pour corriger ses erreurs, pour connaitre ses limites et lacunes.
**Conclusion** : dispositif pédagogique largement apprécie par les apprenants, la simulation devrait occupée une place de plus en plus importante dans la formation des professionnels notamment dans les disciplines techniques.
**Mots clés** : Simulation ; santé ; anesthésie-réanimation

# Nouvelles Technologies et Pédagogie Médicale : Utilisation des smartphones comme supports didactiques par les étudiants de la FMOS- Bamako.

Koné J[1], Doumbia S[2], Touré MK[2], Théra AT[2], Sangaré M[2], Doumbia D[2], Diango DM[2], Coulibaly Y[2], Diallo A[2].

[1]Service d'Anesthésie-Réanimation, CSREF Commune V ; Bamako /Mali

[2] Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) ; Bamalo /Mali

**Auteur Correspondant :** Joseph Koné, Email : drjosephkone@yahoo.fr

**Résumé**

**Introduction :** Avec le développement des NTIC, le téléphone cellulaire est devenu un outil indispensable dans tous les domaines socioprofessionnels, avec des capacités d'exploitation des données, lui donnant l'appellation de smartphone « téléphone intelligent». Il est adopté comme outils didactiques dans plusieurs pays développés. L'objectif de notre travail était d'étudier l'utilisation des smartphones à des fins d'apprentissage par les étudiants de la FMOS.

**Méthodologie :** Cette étude prospective a été réalisée sur une période de 18 mois allant de Janvier 2018 à Juin 2019, à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de Bamako. Etudiants en médecine, ayant donnée son consentement. Réalisé avec accord Doyen de la FMOS. Les données ont été recueillies par interview via une application Open Data Kit Collect Version 1.20.0. sur smartphone puis analysées avec SPSS 21.0

**Résultats :** Nous avons colligés 872 étudiants à la FMOS âgés de 20 à 30 ans dans 71,4% des cas. Parmi ces étudiants, 39% étaient de sexe féminin. Les interviewés étaient en filière de médecine générale (76,8%), en odontostomatologie (11,1%) et 12 % en spécialisation (D.E.S). Nous avons trouvé que 98,2% possédaient un smartphone dont 96,7% l'utilisaient à des fins d'apprentissage avec des applications spécifiques à la médecine retrouvées chez 61,6% des étudiants. Il s'agissait principalement des dictionnaires (80,73%), de modules d'anatomie (58,60%), diagnostique (43,35%), calculateurs médicaux (39,11%), de simulation médicale interactive (28,8%). Les motifs d'utilisation était pour aide mémoire, copie de cours, stockage de livres, le téléchargement, l'enregistrement de données iconographiques, et la participation aux réseaux sociaux. Les étudiants trouvaient (92,2%) que le smartphone est indispensable comme outils de soutien, ainsi 99% souhaitent un soutien institutionnel dans l'acquisition des appareils.

Des difficultés et contraintes ont été décrites telles que le risque de distraction, les frais à l'achat, la disponibilité de l'internet et les coûts liés à certaines applications et revues scientifiques.

**Conclusion :** Notre étude a retrouvé une forte utilisation pédagogique du smartphone par les étudiants en médecine et que l'intégration technologique contribue à créer des environnements d'apprentissage. L'adaptation de cette opportunité technologique au niveau institutionnel s'avère nécessaire.

## Rachianesthésie pour césarienne d'urgence au centre de santé de référence de la commune vi du district de Bamako

**Diallo M**, Kone A, Coulibaly O, Toure M Z, Keita M, M L Diakite
Auteur correspondant : **Mikailou Diallo** CSREF CVI , E-mail : minkaeldiallo@gmail.com

**INTRODUCTION**

La technique d'anesthésie adoptée pour assurer la gratuité de la césarienne sur le plan national a été l'anesthésie générale (AG). La raison du choix de l'AG était l'insuffisance de personnel qualifié pour d'autres techniques. Le taux de réalisation de la rachianesthésie est très faible dans nos structures sanitaires. C'est dans ce contexte que nous avons entrepris cette étude dans le but d'étudier la rachianesthésie au cours de la césarienne d'urgence.

**Matériel et Méthodes :**

Nous avons réalisé une étude descriptive transversale au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako. Cette étude prospective a porté sur les cas de rachianesthésie au cours de la césarienne d'urgence.

**Résultats :**

Cette étude s'est déroulée du 1er Novembre au 31 Décembre 2015, elle a permis enregistré 406 cas de césariennes dont 87 cas de rachianesthésie soit une fréquence de la rachianesthésie au cours des césariennes d'urgence de 21,4%. Les trois principaux motifs de césarienne ont été respectivement la disproportion foeto-pelvienne (DFP), souffrance fœtale aigue (SFA) et l'hypertension artérielle sur grossesse. La méthode de Co remplissage a été utilisée chez 98,9% des parturientes. La dose de bipuvacaine la plus utilisée a été 10mg dans 86%. A la 5ème mn 22 parturientes avaient fait une chute de la pression artérielle Nous constatons que seulement 27,6% des parturientes n'ont pas fait de complication immédiate. La seule complication tardive observé a été les céphalées post opératoire dans 9,2% des cas.

**Conclusion :**

La rachianesthésie est pratiquée au cours des césariennes d'urgence avec un taux de 21,4%. Elle est fiable et applicable à l'urgence obstétricale et contribue à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

**Mots clés** : Rachianesthésie, Césarienne, Urgence, CSREF CVI du district de Bamako

## Thrombophlébite ischémique dans le service de chirurgie « B » du CHU du Point « G » à Bamako

**Togola B,** Bengaly B, Traoré D, Saye J, Touré CAS, Coulibaly M, Ouattara D, Coulibaly B, Diallo S, Dicko H, Diallo B, Ongoiba N.

**Auteur correspondant : Birama Togola. Email :** togolib@yahoo.fr

**Résumé :**

La **phlébite bleue** ou **ischémique** aussi appelée **Phlegmasia Cerulea** dolens est une complication rare (2-10%) et sévère d'une thrombose veineuse profonde. Elle est le plus souvent localisée aux membres inférieurs. Il s'agit d'une thrombose veineuse étendue et massive responsable de signes d'ischémie sans atteinte artérielle. Une étiologie néoplasique serait en cause dans 15,4 à 40%. Il n'y a pas de consensus sur la prise en charge thérapeutique.

Madame AD âgée de 41 ans, multipare, veuve, était référée dans notre service pour une tuméfaction douloureuse du membre inférieur gauche. La symptomatologie associait une douleur d'apparition brutale avec un œdème important du membre inferieur et une cyanose des orteils. Une échographie réalisée avait conclu à une thrombophlébite totalement obstructive et étendue du réseau veineux du membre inférieur avec une perméabilité du réseau artériel. Un angioscanner effectué avait confirmé les constatations échographiques et la présence d'un thrombus dans la veine iliaque. Le diagnostic d'une phlébite ischémique était retenu. L'évolution s'est fait vers la constitution d'une gangrène veineuse et une amputation en cuisse. Nous rapportons ce cas clinique exceptionnel afin d'évoquer les difficultés liées à sa prise en charge.

**Mots clés** : Thrombophlébite - ischémie - Membres - prise en charge

## Thrombose veineuse profonde des membres inférieurs : aspects clinique et thérapeutique

**Togola B,** Bengaly B, Traore D, Toure C A S, Saye J, Ouattara D, Couibaly M, Coulibaly B, Sanogo S, Diallo S, Dicko H, Ongoiba N.
**Auteur correspondant :** Birama Togola, Email : togolib@yahoo.fr

**Résumé :**
**Objectif :** analyser les résultats de la prise en charge thérapeutique des thromboses veineuses profondes des membres inférieurs dans le service de chirurgie B du CHU du Point G.
**Méthodes :** De 2012 à 2017, tous les malades hospitalisés ou non et pris en charge pour thrombose veineuse profonde des membres inférieurs confirmée par l'écho doppler ont été inclus. Nous avons analysé les données sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques de façon rétrospective.
**Résultats :** pendant cinq ans 40 malades ont été traités pour thrombose veineuse profonde des membres inférieurs. Il s'agissait de 21 hommes et 19 femmes d'âge moyen 47,8 ans ±16,2 ans. Les malades étaient référés par un médecin dans 93% cas. Le délai moyen à la consultation dans le service était de 11,9 jours ± 8,3. Les signes cliniques observés étaient la douleur associée à l'œdème chez 100% des malades, un signe de Homans positif chez 60%, une diminution du ballotement du mollet chez 85% et une augmentation de la chaleur locale chez 85% des malades. Il s'agissait d'une thrombose veineuse proximale dans 57,5% des cas et extensive dans 30%. La tête du thrombus siégeait dans la veine fémorale 27,5%, iliaque17, 5%, poplitée et surale 12,5% des cas. La thrombose veineuse profonde était secondaire à un traumatisme orthopédique ou chirurgical dans 32,5%, idiopathique dans 45%. L'obésité et la sédentarité étaient les principaux facteurs favorisant observés 52,5% dans la thrombose idiopathique. Seulement 17,5% des malades ont bénéficié d'un traitement anticoagulant à dose insuffisante avant la consultation dans le service. La durée moyenne d'hospitalisation était de 10,2 jours ± 9. Nous avons opté pour un traitement en ambulatoire chez 33,3% des malades. Quatre malades ont eu une complication (2 saignements mineurs sur AVK, une embolie pulmonaire périphérique et une gangrène veineuse). La durée moyenne de l'observance du traitement anticoagulant était de 3 mois ± 1,9.
**Conclusion :** La thrombose veineuse profonde est une pathologie fréquente en milieu chirurgical. Les causes idiopathiques sont en augmentation.
**Mots clés** : Thrombose veineuse Profonde - membres inférieurs – Traitement - Chirurgie

## Impératifs pour une consultation pré anesthésique (CPA)

Ahossi R Y[1], Alao D[1], Ahounou[1], Zoumenou E[2]

1. CHU Départemental de l'Ouémé-Plateau, Porto-Novo, Bénin
2. CHU de la Mère et de l'Enfant Lagune, Cotonou, Bénin

**Auteur Correspondant :** AHOSSI René *; e*-mail : ahossireney@gmail.com,

**Généralités :**
La consultation pré anesthésique est l'ensemble des mesures préventives visant à préparer un patient à une intervention chirurgicale ou diagnostique. Elle est un acte médico-légal qui intervient dans un délai de quarante huit heures au moins avant l'intervention.
**L'interrogatoire** permet de faire : la connaissance de la pathologie, l'évaluation du risque allergique et du risque cardiovasculaire , l'analyse des examens , le choix des antibiotiques, des antalgiques et la prévention des NVPO
**L'examen clinique** renseigne sur son état général et l'évaluation de la fonctionnalité des différents appareils et des critères d'intubation (Mallampati) en prévention d'une éventuelle intubation difficile.
**L'expression du risque anesthésique** repose essentiellement sur la classification ASA selon MAPAR 2013 : Classification ASA de I à VI.
**Exploration para clinique :** elle regroupe

- L'analyse des examens pré opératoires comprenant les bilans sanguins,
- l'orientation vers l'indication d'autres examens spéciaux
- et l'avis motivé de certains spécialistes

**Choix des drogues.** Il se fait en fonction de: diagnostic opératoire, technique d'anesthésie, durée de l'intervention, disponibilité des produits et Matériel d'anesthésie
**Conclusion** :
Les résultats de cette consultation sont présentés sur une fiche pré établie permettant ainsi d'éviter des erreurs ou oublis aux conséquences parfois graves et irréversibles.
**Mots clés :** Interrogatoire *;* classification ASA *;* Score de Mallampati.

# E-POSTERS : COMMUNICATIONS AFFICHEES

# Anesthésie

## La qualité de la prise en charge anesthésiologique des urgences obstétricales à l'hôpital de Sikasso

**Kanté M.,** Dembélé M., Traore S., Toure M.K., Coulibaly B., Keita M.
**Hôpital de Sikasso région de Sikasso. Rép du Mali :**
**Auteur correspondant** : Dr Moussa Kanté.
mmkante73@yahoo.fr

**Introduction :** L'anesthésie est la suppression pharmacologique de la sensibilité consciente, (la douleur, la motricité, le tact et le thermique: chaud ou froid). C'est un ensemble de techniques qui permettent la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical ou médical (endoscopique ou radiologique) en supprimant ou en atténuant la douleur. Elle peut être générale, locorégionale ou locale. Dans la césarienne elle est générale ou locorégionale. L'urgence, notion imprécise, serait cet état ultime d'une patiente dont on ne saurait différer le traitement sans mettre en danger sa vie.
**Objectif général :** Evaluer la qualité de la prise en charge anesthésiologique des urgences obstétricales à l'Hôpital de SIKASSO.
**Méthode d'étude**: Il s'agit d'une étude prospective descriptive transversale. Notre étude s'étend sur 02 mois, du 1er Octobre au 30 Novembre 2016. il s'agit d'une étude réalisée au bloc opératoire du service de gynéco obstétrique, et au service d'anesthésie réanimation et des urgences de l'Hôpital de SIKASSO.
**Résultats :** Notre travail évaluant la prise en charge anesthésiologie des urgences obstétricales a été réalisé dans le service d'anesthésie-réanimation de l'hôpital de SIKASSO. Il ressort que la fréquence est de **11.85%** des activités obstétricales pendant la période d'étude**,** la majorité des parturientes dont l'indication de césarienne pour Souffrance fœtale 23,08% et HRP(hématome retro placentaire)19,66% , la classe **ASA I+U** représente 91.45**%** des patientes**.** En per opératoire l'événement indésirable majeur fut représenté par la tachycardie chez 47.01**%** des parturientes, suivies de l'hypotension artérielle avec 35,91 **%** de cas.
**CONCLUSION :** L'anesthésie locorégionale procure une plus grande sécurité anesthésique, si le respect des contre-indications et des contraintes techniques ne sont pas négligées, aussi la prise en charge adéquate des d'urgences obstétricales passe par la mise en place d'un bon plateau technique anesthésique afin de minimiser les complications péri opératoires.
**Mots clés :** Anesthésie, urgences obstétricales, chirurgies.

## La prise en charge anesthésique des urgences obstétricales au centre de référence de Koutiala d'Aout 2017 à janvier 2019

Kamissoko M.S[1], Sylla C[2], Magassa N[2], M.Dicko[3], Dembe A[1], Djiguande N[2], Coulibaly A[2], Goita M[2], Togo M[1].
1- Bloc opératoire du centre de santé de référence de Koutiala.
2- Service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de Koutiala
3-Service d'anesthésie réanimation du point G.

**Résumé :**

**Objectif :** Evaluer la prise en anesthésique des urgences obstétricales.

**Patientes et Méthodes :** Il s'agissait d'une étude transversale descriptive avec collecte rétrospective des données du 01er Aout 2017 au 01er janvier 2019 soit une période de 17 mois. Elle a concerné toutes patientes opérées pour urgences obstétricales durant la période d'étude.

**Résultats :** Durant notre période d'étude nous avons noté 734 césariennes sur 918 opérées soit une fréquence de 82%. Les principales indications de césariennes ont été les présentations vicieuses avec 13,37% suivie de l'hématome rétro placentaire et de la pré-rupture utérine avec successivement 11,62% et 11,48%. La technique d'anesthésie pratiquée a été l'anesthésie générale dans 98,09 % et l'anesthésie loco régionale (Rachianesthésie) dans 1,91 %. Des événements indésirables ont été observés chez 65% des patientes sous anesthésie générale et 30% sous rachianesthésie. L'hypotension artérielle a été l'incident per opératoire le plus fréquent avec 65%. Un cas d'arrêt cardiaque per opératoire réversible a été enregistré. Aucun décès peropératoire n'a été signalé en peropératoire.

**Conclusion :**

les urgences obstétricales occupent la première place des urgences anesthésiques. La disponibilité des KIT de l'anesthésie loco régionale est une nécessité.

**Mots-clés :** Urgences obstétricales, **A**nesthésie, CSREF Koutiala.

## La rachianesthésie au cours de la césarienne d'urgence à l'hôpital de Sikasso

**Kanté M.,** Dembélé M., Traore S., Toure M.K., Coulibaly B., Keita M.
Hôpital de Sikasso région de Sikasso. Rép du Mali :
mmkante73@yahoo.fr

**Introduction :** La rachianesthésie est une ponction lombaire avec administration d'un anesthésique local dans le liquide céphalorachidien (LCR). C'est une technique d'anesthésie simple et fiable particulièrement indiquée dans des conditions précaires, situation fréquente dans les centres de santé périphériques en Afrique.
**Objectif général :** Evaluer la pratique de la rachianesthésie pour césarienne d'urgence à l'hôpital de Sikasso.
**Méthode d'étude :** Il s'agissait d'une étude prospective descriptive portant sur pratique de la rachianesthésie au cours des césariennes en urgence à l'hôpital régional de Sikasso. Notre étude s'est étalée sur trois (3) mois du 01Janvier 2018 au 30 Mars 2018, s'est déroulée dans le service gyneco-obstetrique de l'Hôpital de Sikasso. Notre étude a porté sur l'ensemble des patientes ayant subi une anesthésie en urgence pour une césarienne durant notre période d'étude.
**Résultats :** IL s'agissait d'une étude descriptive prospective allant du 01 Janvier au 30 Mars 2018 sur une durée de trois mois. Nous avons enregistrée 283 cas de césariennes dont 212 cas effectuées sous rachianesthésie avec un taux de 75%. La tranche d'âge comprise entre [31-35] ans était majoritaire avec un taux de 33 %des cas. La majorité de nos patientes étaient des ménagères. Le BGR était le motif de césarienne le plus représenté avec un taux de 13.7% des cas suivi de l'utérus cicatriciel dans 12.7% des cas. La majorité de nos patientes n'avaient pas d'antécédents médicaux. La ponction a été faite respectivement entre L3-L4 et L4-L5 avec 26.9% et 73% des cas. Le délai de ponction en 1mn était de 53.3% des cas, et 33.5% entre 30-40 secondes .L'installation du bloc était constatée dans 91% des cas, l'intervention s'est déroulée en moins de 60mn avec un taux de 68.4%.La bupivacaine 0.5% hyperbare a été utilisé respectivement à la dose de 7.5mg soit 33% des cas et 10mg soit 67% des cas. Les effets indésirables peropératoire étaient dominés par les vomissements dans 6.1% des cas suivis de la somnolence dans 2.4% et la bradycardie dans 1.4%, 90.1% des patientes n'ont présenté aucune complication. Le pré-remplissage était effectué par les cristalloïdes dans 100% des cas. L'hypotension été corrigée par le remplissage avec les cristalloïdes et nous avons eu recourt à l'éphédrine que chez 32.5% des patientes. Pendant notre étude nous n'avons pas enregistré de décès maternel ni de décès fœtal lié à la technique d'anesthésie.
**CONCLUSION :** L'influence de l'hypotension sur le score d'APGAR du nouveau-né n'a pas été observée et aucun décès maternel n'a été observé au cours de notre étude. L'hypotension doit être prévenue ou traitée précocement par la diminution de dose de bupivacaine à la dose de 7.5mg, le pré-remplissage avec les cristalloïdes et l'administration intraveineuse de vasopresseur (éphédrine) ou faire le Co-remplissage. La rachianesthésie en obstétrique est une technique d'anesthésie facile, simple et fiable à pratiquer au cours des césariennes d'urgence.
**Mots clés :** rachianesthésie, césarienne, urgence, bupivacaine, pré-remplissage, cristalloïdes, éphédrine, incidents et accidents.

## Anesthésie générale sans injection de morphiniques : expérience à Abidjan

**N'Guessan Y.F,** Gore Y L, Aye Y D, Abhé CM, Ouattara A, Coulibaly KT, Mobio MP, Nétro D, Tetchi Y.

**Objectif** : Contribuer à la promotion de l'anesthésie générale sans injection de morphiniques
**Matériels et Méthodes :** Etude multicentrique prospective randomisée en simple aveugle, déroulée sur une période huit (08) mois dans trois CHU d'Abidjan.
**Résultats** : La population de cette étude était à prédominance jeune 96%, féminine 62%, non obèse 88%, classée ASA1 et 2 96%, scolarisée 82%. Elle a été divisée en deux groupes statistiquement superposables : le groupe Anesthésie sans morphine (GASM) et le groupe témoin (GT). Les anesthésies ont été réalisées en chirurgie pédiatrique 22%, en gynéco-obstétrique 20%, en chirurgie digestive 14% et en chirurgie esthétique 14%.
En per opératoire, nous n'avons pas trouvé de différence significative au niveau de la survenue d'incidents à l'intubation et du confort des chirurgiens. Mais dans le GASM la pression artérielle et le pouls étaient significativement plus élevés que le GT mais était contrôlable et il y avait une consommation plus élevée des volatils pendant l'entretien.
En post opératoire, dans le GASM nous avons observé une régression significative des effets secondaires des morphiniques. Malgré que nous n'ayons pas trouvé de différences significatives, les effets anti hyper algésique ont été observés chez 72% des patients 72 du GASM.
**Conclusion :** L'anesthésie sans injection de morphiniques peut se pratiquer chez tous les patients dans plusieurs chirurgies avec de nombreux avantages post opératoires.
**Mots Clés** : anesthésie sans morphine - complication post opératoire – anti-hyperalgésie – confort chirurgical.

## Evolution en anesthésie des patients opérés pour ventriculocisternostomie à l'Hôpital du Mali : une série de 31 cas

Sidibe A[1], Beye S.A[2], Diani N[1], Tall F. K[3], Cisse M.A.C[1], Doumbia D.[2] , Diallo O[4], Dembele A. S[5], Samake B[6], Diango D. M[6] , Coulibaly Y[2].
[1] Service d'Anesthésie de Réanimation et de la Médecine d'Urgence CHU « Hôpital du Mali »
[2]Département Anesth- RéaUrg CHU du Point G
[3]S-Anesth Réa-Urgence CHU Kati (Kati - Mali).
[4]Neurochirurgie CHU « Hôpital du Mali ».
[5]Service Anesthésie CHU IOTA (Bamako).
[6]Département d'Anesthésie de Réanimation et de la Médecine d'Urgence CHU Gabriel Touré

**Auteur correspondant :** Amadou SIDIBE, : beidysi7@ yahoo.fr DARMU H MALI

**Résumé** :
**Introduction :** La ventriculocisternostomie est une technique moderne de traitement de l'hydrocéphalie. Elle est peu fréquente en Afrique.
**Objectif :** Décrire l'évolution des patients opérés en anesthésie pour ventriculo-cisternostomie.
**Patients et Méthode** :
Il s'agissait d'une étude prospective sur une période de 15 mois La saisie et l'analyse des données étaient effectué avec les logiciels Windows 8, Epi info 3.5.3.fr.
**Résultats :**
Durant la période d'étude, 31 patients ont été opérés sur un total de 294 patients opérés en neurochirurgie soit 10,5%. Les nourrissons de sexe masculin prédominaient avec une moyenne d'âge de 41,4 mois avec des extrêmes allant de 2 mois à 300 mois. Un antécédent de méningite ou d'infection respiratoire à répétition était retrouvé dans 32,2%. L'indication de la ventriculocisternostomie était une hydrocéphalie dans 96,8%. La classe ASA II représentait 61,3%. L'intubation était prévue difficile dans 90,3%.L'intubation a été faite sous vidéo laryngoscope par un médecin sénior dans tous les cas prévus difficile. Tous les patients ont été opérés sous anesthésie générale. Une antibioprophylaxie à base de β lactamines 5 a été faite chez tous les patients. L'administration était faite environ trente (30) minutes avant le début de l'acte. La tachycardie isolée a été l'évènement indésirable per opératoire observé dans 41,9%.La durée de la chirurgie était de 62, 3 ± 20,9 minutes celle de l'anesthésie était de 93,5 ± 25,4 minutes. En postopératoire, une complication a été observée dans 22,58%. Il s'agissait d'une méningite dans 42,9%, d'une souffrance cérébrale, d'une obstruction de la stomie, d'un abcès cérébral et une paralysie du nerf III dans 14,3% chacune. L'évolution était favorable dans 93,5%. La durée médiane d'hospitalisation était de 3 jours.
**Conclusion :** Au Mali, la ventriculocisternostomie s'adresse à une population précaire et pédiatrique.

**Mots clés :** Evolution-Ventriculocisternostomie

# Réanimation

## Le paludisme grave en milieu de réanimation à l'hôpital du Mali

Sidibe A[1], Beye S.A[2], Cisse M.A.C[1], Drame B.S[3], Toure O[4], Tall F. K[5], Drame A.I[6], Tembine K[1], Diani N[1].

[1] Service d'Anesthésie de Réanimation et de la Médecine d'Urgence CHU « Hôpital du Mali »

[2]Département d'Anesthésie de Réanimation et de la Médecine d'Urgence CHU du Point G

[3]Service d'analyses biomédicales CHU « Hôpital du Mali »/ [4] Service de Santé publique CHU « Hôpital du Mali » (Bamako- Mali).

[5] Service d'Anesthésie de Réanimation et de la Médecine d'Urgence CHU Kati (Kati - Mali).

[6]Service d'Anesthésie et de Réanimation Hôpital de Gao (Gao- Mali).

**Auteur correspondant :** Amadou SIDIBE, Email : beidysi7@ yahoo.fr

**Résumé** :

**Introduction :**

Le paludisme grave de réanimation est la présence d'une ou plusieurs dysfonctions d'organe et/ou d'une ou plusieurs dysfonctions métaboliques, secondaires à la présence de *Plasmodium falciparum* dans le sang.

**Objectif :** Décrire la prise en charge du paludisme grave en milieu de réanimation dans un hôpital de troisième référence au Mali.

**Patients et méthode** : Il s'agissait d'une étude descriptive à collecte rétrospective sur une période de 6 ans du 1er Janvier 2012 au 31 Décembre 2017. La saisie et l'analyse des données étaient effectuées avec les logiciels Windows 8, Epi info 7.fr.

**Résultats** : Durant la période d'étude, 30 cas de paludisme grave étaient colligés sur un total d'admission de 769 patients soit 3,9%. L'âge moyen était de : 36,1 ± 19,2. Le sex-ratio était de 4 hommes pour une femme. Les patients résidaient dans le district de Bamako dans 60% des cas. Le délai moyen d'apparition des premiers syndromes était de : 3,5 ± 2,2 jours. Le motif d'admission aux urgences était une altération de la conscience dans 76,7%. En réanimation, une altération de la conscience était retrouvée dans 93,3% avec un score de Glasgow moyen : 10,4 ± 2,8 suivie d'une hyperthermie à 40°C dans 60% versus une hypothermie dans 6,9%. La densité parasitaire moyenne était de : 2191,7. Le traitement antipaludéen était la quinine (23,3%), l'artésunate (30%) et l'association artésunate-quinine dans 46,7%. Les autres actes thérapeutiques étaient une antibiothérapie (83,3%), une intubation avec assistance ventilatoire (43,3%), une transfusion sanguine (6%), un support hémodynamique avec amine vasopressive et une dialyse dans 3% chacune. Une complication a été observée dans 80 %. Il s'agissait d'une complication métabolique (56%), une complication infectieuse (32%), neurologique (8%) et respiratoire (4%). L'évolution était favorable dans 70%. La durée moyenne de séjour en réanimation était de : 6,8 ± 5,9 jours.

**Conclusion:** Le paludisme grave est une cause majeure de morbidité-mortalité au Mali. L'amélioration du pronostic, repose sur la rapidité de la prise en charge et l'équipement des salles de réanimation.

**Mots clés :** Paludisme grave-Réanimation

## Place de la CRP au cours des pancréatites aigües graves

Traoré AO[1] Bouidir Y[1] Amarir H Elhamzaoui H Aboulhassan T

1. Service des urgences vitales hopital arrazi CHU Mohammed VI Marrakech

**Introduction** : La C-Reactive Protein (CRP) est l'un des marqueurs les plus étudiés pour l'évaluation de la sévérité de la PA. Facile à obtenir aujourd'hui en routine, il n'a pas de valeur diagnostique, mais un taux supérieur à 150 mg/L à la 48èmeheure semble être un bon facteur pronostique de la survenue d'une nécrose pancréatique.

**Objectif :** Le but de notre travail est d'évaluer la prédiction de la mortalité des pancréatites aigues graves en fonction de la valeur de la CRP

**Patients et Méthodes :** Il s'agissait d'une étude prospective, sur une période de 06 mois cette étude qui a inclu tous les patients admis pour pancréatites aigues grave au SAUV avec un score de Ranson>5 Imrie>3 et Balthazar D ou E. Le dosage de la CRP été de J0 à J7. La valeur de référence était de 6 mg/l. L'étude statistique consistait en une analyse univariée puis multivariée.

**Résultats** : 20 patients ont été colligés. L'âge moyen était de 55+/- 4 ans ; 15 hommes et 5 femmes. En analyse univariée ; La CRP était retenue comme facteur de pronostique majoritaire. Une valeur de 100mg/l de la CRP multipliait le risque de mortalité par 5 et 14 quand la valeur dépasse 150mg/l.

**Conclusion :** Le dosage de la CRP est le test biologique le plus utilisé en routine pour évaluer le pronostic des pancréatites aigues graves. Notre étude a retrouvé qu'une valeur de CRP à100mg/l est corrélée à une lourde mortalité.

## Décès des nourrissons nés des mères séropositives admis aux soins intensifs du Centre Hospitalier Universitaire de Zone d'Abomey – Calavi (CHUZ –AC)

**Akodjènou J**[1], Ahounou E[1], Fandohan J[1], Biaou COA[2], Chabi Akoha E[3], Zoumenou E[1].

1- Faculté des Sciences de la Santé, Cotonou
2- Institut Régional de Santé Publique, Ouidah,
3- Centre Hospitalier Universitaire de Zone d'Abomey – Calavi, Cotonou, Bénin

Auteur correspondant : Dr Akodjenou Joseph.
Mail : josephakodjenou@yahoo.fr

**Résumé**

**But:** Le but de notre étude était de décrire les décès des nourrissons nés des mères séropositives admis aux soins intensifs du CHUZ – AC au Bénin.

**Patients et Méthode :** Il s'agissait d'une étude rétrospective réalisée en 2019 et qui a concerné les nouveau– nés des mères séropositives, accouchées dans le service de gynécologie-obstétrique du CHUZ-AC du 1er janvier 2014 au 31 janvier 2018. Le diagnostic d'infection de l'enfant a été réalisé par la méthode de la réaction en chaîne par polymérase de l´ADN (PCR-ADN). Il est séropositif si deux tests PCR sont positifs avant 18 mois et la sérologie VIH positive à 18 mois. Les paramètres étudiés étaient : l'âge, le sexe, la PCR-ADN, la sérologie et le motif de décès.

**Résultats :** Au total, 10.990 grossesses ont été suivies sur la période d'étude dont 396 (3,60%) concernaient les mères séropositives au VIH. Ces dernières ont accouché 398 nouveau – nés parmi lesquels 275 ont pu être dépistés. Le taux de Transmission Mère Enfant du VIH était de 10,54% (n=29). Nous avons enregistré 31 décès dont 22 (70,96%) parmi les nourrissons séropositifs et 9 (29,04%) décès parmi les nourrissons séronégatifs. Le principal motif de décès était les affections diarrhéiques (11/22) chez les nourrissons séropositifs et le paludisme grave (5/9) chez les nourrissons séronégatifs.

**Conclusion :** la mortalité des enfants liée au VIH demeure un problème préoccupant de santé publique dans les pays du sud à la veille de l'échéance de l'objectif mondial 90 – 90 – 90 fixé par l'ONU/SIDA pour la riposte face au SIDA.

**Mots clés :** Transmission mère-enfant VIH, Décès du nourrisson, Bénin

## Paludisme grave chez les migrants en réanimation : à propos de deux cas cliniques au CHU de Cocody (Abidjan-Côte d'Ivoire)

Békoin-Abhé CM, Mobio MP, Coulibaly KT, Ouattara A, Tetchi YD

Service de réanimation – CHU de Cocody

**Auteur correspondant** : maria.bekoin@yahoo.fr

**Introduction** :

En Afrique, le paludisme est le premier ennui de santé du voyageur venant d'Europe et d'Asie.

**Méthode** :

Nous rapportons les cas de deux patients sans chimioprophylaxie anti-palustre, admis en réanimation, pour paludisme grave à plasmodium falciparum au CHU de Cocody

**Observations** :

**Cas 1:** patient de 40 ans jordanien, traité pour accès palustre simple avec l'association orale arthéméter/luméfantrine pendant 3 jours avec une bonne observance. Mais les signes s'aggravant, il est admis pour un coma stade 2, une anémie sévère avec une thrombopénie, une insuffisance rénale fonctionnelle dans un contexte de déshydratation globale. La goutte épaisse retrouvait 25000 trophozoites/mm$^3$. Un traitement à base d'artésunate IV a été institué, en plus du traitement symptomatique. L'évolution était favorable au bout de 72 heures et l'amélioration clinique a permis le transfert du patient au service de maladies infectieuses.

**Cas 2:** patient de 50 ans, français, traité sans succès pour paludisme dans un hôpital de niveau 2 pendant 3 semaines, est admis pour coma stade 2, anémie décompensée et syndrome hémorragique. La goutte épaisse retrouvait 18600 trophozoites/mm$^3$. Un traitement à base de quinimax IV a été institué avec une réanimation cardio-pulmonaire et un traitement symptomatique. Il décéda dans un tableau de défaillance multiviscérale au bout de 48 heures.

**Conclusion** :

L'obligation de la chimioprophylaxie antipalustre à l'entrée d'un pays africain pour tout sujet neuf doit être revue par les systèmes de santé publique.

**Mots clés** : émigration -paludisme grave – réanimation

## Myélinolyse centro-pontine compliquant la correction rapide d'une hyponatrémie

Bouidir Y[1] Traoré AO[1], Hadrami R, Elhamzaoui H, Aboulhassan T
Service des urgences vitales Hôpital Arrazi, CHU Mohammed VI ; Marrakech - Maroc

**INTRODUCTION** : La myélinolyse centro-pontine (MCP) est une affection rare grevée d'une lourde mortalité, se caractérisant par la survenue d'une démyélinisation au niveau de la partie centrale de la protubérance. Récemment le rôle favorisant d'une correction rapide de l'hyponatrémie dans sa genèse, a été démontré. Nous rapportons un cas de MCP observé après correction rapide d'une hyponatrémie sévère.
**OBSERVATION** : Madame S.F âgée de 60 ans, hypertendue depuis cinq ans traités par inhibiteurs calciques, suivie pour rhinite allergique traitée par corticothérapie et antihistaminiques, a été admise aux soins intensifs pour troubles de conscience et tétraparésie. Huit jours auparavant, la patiente était hospitalisée en service de médecine dans un tableau de gastro-entérite compliquée de déshydratation et troubles ioniques à type d'hyponatrémie à 120 meq/l, hypokaliémie à 2,9meq/l et hypo- chlorémie à 90meq/l ainsi qu'une insuffisance rénale fonctionnelle modérée. Elle était mise sous réhydratation et apport de sodique à raison de 1g par heure en IV continue durant 48h puis 1g toutes les deux heures pendant le troisième jour. La natrémie à J2 était à 134meq/l puis 140meq/l à J3. La kaliémie et la chlorémie se sont corrigées à J4. A J6 la patiente a présenté une lourdeur des quatre membres avec somnolence suivis de crises convulsives motivant son admission en réaniamtion. L'examen du liquide céphalorachidien. L'IRM encéphalique objective en séquence pondérée T2, un hyper signal protubérantiel touchant la portion médiale du lémnisque médial. La TDM, l'examen du LCR, L'EEG, l'échographie cardiaque et le doppler des vaisseaux du cou étaient normaux. Le traitement était basé sur la corticothérapie à base de Dexamethasone pendant cinq jours associés aux mesures de réanimation. L'évolution à deux mois est marquée par une amélioration neurologique notable avec reprise de la conscience et du réflexe de déglutition et récupération sensitivomotrice prédominante aux membres supérieurs.
**CONCLUSION** :
La MCP est une affection neurologique grave et souvent mortelle. Aucun traitement curatif n'a été validé à ce jour. Le traitement prudent de toute hyponatrémie est le seul garant de sa prévention.

**Mots clés** : Myélinolyse ; centropontine ; réanimation, hyponatrémie.

## Evaluation de la mortalité infantile au service de réanimation polyvalente du CHU de Cocody (Abidjan-RCI)

**Sy K. S[1],** Coulibaly KT[1], Ouattara A[1], Abhé CM[1], N'guessan Y. F[3], Mobio MP[1], Tétchi YD[1], Brouh Y[2].
[1] Service d'anesthésie-réanimation CHU Cocody (Abidjan-RCI)
[2] Service d'anesthésie-réanimation hôpital mère et enfant de Bingerville (RCI)
> Service d'anesthésie-réanimation CHU d'Angré (Abidjan-RCI)

**Auteur correspondant** : Sy Kadidia Savané, sy.kady@hotmail.fr

**Objectif :** Evaluer la mortalité des enfants dans le service de réanimation polyvalente du CHU de Cocody.
**Matériels et méthodes** : Etude rétrospective et descriptive réalisée sur 4 ans et demi (janvier 2015- juin 2019) au service de réanimation polyvalente du chu de Cocody, portant sur tous les enfants décédés dans ledit service. Les paramètres étudiés étaient épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs.
**Résultats** : Nous avons colligé 81 cas de décès sur 90 enfants admis, soit un taux de mortalité infantile de 90%. L'âge moyen était de 3,8 ans ± 4,07 (extrêmes: 15 jours et 15ans) avec une prédominance des enfants âgés d'au moins 12 ans. Le sex-ratio était de 1,18. La durée moyenne d'hospitalisation était de 3,77 jours. Les principaux motifs d'admission étaient les intoxications (16,7%), les troubles de la conscience (23,5%) et les détresses respiratoires (13,5%). Le diagnostic a été mené à terme dans 70% des cas. Le traitement a été fait à temps dans 92,6% mais était cependant symptomatique dans 65,4% des cas. Les enfants intubés et ventilés représentaient 67,8% des cas. La trachéotomie était nécessaire dans 3,3% des cas. Le décès était lié à la gravité de la maladie dans 90% des cas. Le taux de décès était croissant au fil des années avec en 2015 (4,94%), 2016 (19,75%), 2017 (23,5%), et 2018 (44,5%).
**Conclusion:** La mortalité pédiatrique au service de réanimation polyvalente reste encore élevée, suggérant un déficit de prise en charge de l'enfant dans une unité non spécialisée.
**Mots clés** : Enfants, mortalité, réanimation polyvalente.

# Urgences - Catastrophes Attentats

## La place de la crise vaso-occlusive dans les complications aiguës chez les drépanocytaires SC de plus de 40ans suivis au Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose (C.R.L.D).

**Moussa Dembélé[1],** Diakalia Berthé[1], Moussa Diallo[1],Youssouf Traoré[1], Sékou Kéné[1], Yacouba Fofana[1], Ibrahima keïta[1], Alassane Dembélé[1], Mody Coulibaly[1],Drissa Diabaté[1], Mariam Kanta[1], Aïssata Traoré[1] ,Boubacari Ali Touré[1] , Aldiouma Guindo[1] , Dapa Aly Diallo[1]

**[1]-Centre de Recherche et de Lutte Contre la Drépanocytose (C.R.L.D) de Bamako, Mali**

**Auteur Correspondant :** Moussa Dembélé[1], E-mail :dembelemoussa86@yahoo.fr

**Résumé :**

**Introduction :** Le double hétérozygote SC est l'une des formes majeures la plus fréquente après la forme homozygote SS qui présente des complications aiguës douloureuses parmi lesquelles la crise vaso-occlusive. L'objectif de ce travail était de déterminer la place de la crise vaso-occlusive dans les complications aiguës chez les drépanocytaires SC de plus de 40 ans suivis au Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose de Bamako.

**Méthodologie** : Nous avons mené une étude rétrospective descriptive sur 6ans entre le 1er Janvier 2011 et le 31 Décembre 2016 sur 33 drépanocytaires double hétérozygotes SC. Notre étude a concerné tous les patients âgés de plus de 40 ans ayant effectué au moins deux consultations de suivis par an. Nos données ont été collectées à partir des dossiers des patients drépanocytaires et saisies sur la Recherche électronique des données. L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel R.

**Résultats :** Trente-trois drépanocytaires SC répondaient aux critères d'inclusion, avec un sex-ratio (H/F) de 0,65 en faveur du sexe féminin, âge moyen de 48 ± 06,89 ans. Parmi les sujets ayant fait des complications aiguës, on notait 31 cas de crise vaso-occlusives, un cas de syndrome thoracique aigu, un cas d'infection.

**Conclusion :** La crise vaso-occlusive est la principale complication aiguë chez les sujets SC d'où l'utilité d'une attention particulière dans leur suivi régulier.

**Mots clés :** Crise vaso-occlusive**,** Drépanocytose SC, CRLD.

## Mise en place d'un plan d'afflux massifs de blesses: retour d'expérience de l'Hôpital National de Niamey (NIGER)

**Chaibou MS***, Gagara M, Daddy H.

*Département d'Anesthésie-Réanimation-Urgences HNN Niamey-Niger

**RESUME**

Le Niger vaste pays a connu ses dernières années un développement du transport interurbain afin d'assurer le désenclavement des régions. A cela s'ajoute les problèmes d'insécurité liés à des menaces terroristes. Tous ces facteurs drainent de façon régulière des blessés dépassant parfois les capacités d'accueil de nos hôpitaux.

Afin d'assurer la gestion en cas d'afflux de nombreuses victimes, l'Hôpital National de Niamey s'est doté d'un plan, dont le but est la mise en place d'un canevas de prise en charge de nombreux blessés.

Ce plan a été réalisé en trois étapes dont la première consistait à la mise en place d'un comité restreint afin d'élaborer les bases, suivi d'un atelier d'amendement des textes et d'une journée de simulation (exercices grandeur nature). Ces exercices ont permis de mettre en exergue les difficultés liées à l'exécution de ce plan, auxquelles des solutions doivent être apportées en vue de sa pérennisation afin d'éviter l'improvisation dans la gestion des crises.

**Mots-clés :** Afflux massif, Niger

# Acidocétose diabétique aux urgences médicales CHU de Cocody (Abidjan-RCI).

**Bedié Y.V[1]**, Coulibaly KT[1], Goulai B[1], Ouattara A[1], Abhé CM[1], Mobio MP[1], Enyegue OMC[1], Tétchi YD[1], Brouh Y[2].

[1] Service d'anesthésie-réanimation CHU Cocody (Abidjan-RCI)

[2] Service d'anesthésie-réanimation hôpital mère et enfant de Bingerville (RCI)

**Auteur correspondant** : Yao Vianney Bedié, bedieviata@yahoo.fr

**Introduction :** L'acidocétose est définie comme une décompensation métabolique aigue sévère du diabète sucré. Elle est caractérisée par une hyperglycémie supérieure ou égale à 11 mmol/l, un pH artériel inférieur à 7.3, un taux de bicarbonates plasmatiques inférieur à 15 mmol/l et une cétonurie **[1].** En côte d'ivoire, la prévalence de l'acidocétose diabétique était de 30,7% en 2014

**Objectif :** Etablir un profil épidémiologique, paraclinique, thérapeutique et évolutif des acidocétoses diabétiques aux urgences.

**Patients et méthode :** Il s'agissait d'étude prospective et descriptive qui s'est déroulée sur sept mois (1er janvier 2019 - 31 juillet 2019) aux urgences médicales du CHU de Cocody. Tous les patients admis pour acidocétose diabétique étaient inclus. Les variables étudiées étaient sociodémographiques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives. Les résultats étaient exprimés en pourcentage et en moyenne assorti de leurs indices de dispersion.

**Résultats** : La prévalence était de 28%. L'âge moyen était de 52,97 ± 12,32 ans (extrêmes : 28 ans et 81 ans). Les patients de plus de 48 ans étaient les plus nombreux avec 64,50%. Le sex-ratio était de 0,72. Les patients non lettrés et ceux ayant un niveau d'étude secondaire prédominaient avec 64,52%. L'HTA et la sédentarité étaient les antécédents les plus retrouvés respectivement 41,94% et 61,29%. L'acidocétose était inaugurale dans 34,48%. Le diabète de type 2 était le plus représenté avec 74,19%. La moitié des patients connus diabétique était sous insuline. Le facteur de décompensation le plus fréquent était l'infection à 51,61%. La glycémie moyenne à l'admission était de 4,78g/l ± 1,31g/l (extrêmes : 2,5g/l et 9,45g/l). Le taux moyen d'hémoglobine glyquée était de 11,31% ± 2,31% (extrêmes : 4% et 13,35%). Une dyslipidémie était retrouvée chez 72% des patients. Une altération de la fonction rénale était retrouvée chez 54,83% des patients. La réhydratation et l'insulinothérapie étaient instituées chez tous les patients. Le traitement du facteur de décompensation était réalisé dans 90,32%. Le taux mortalité était à 6,45%.

**Conclusion :** L'acidocétose diabétique est un motif fréquent d'admission aux urgences médicales. Les femmes et les patients non suffisamment lettrés sont les plus exposés à cette complication. Le traitement de base en urgence comporte la réhydratation, l'insulinothérapie et le traitement du facteur déclenchant.

**Mots clés** : diabète, acidocétose, urgences.

# Syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST révélé par une épigastralgie

**Konate M.**[1], Sidibe S.[2], Sow D. S.[1], Cisse M.A.[1], Ouologuem N.[1], Tembine K.[1], Doumbia N.[1], Traore Z.[1], Amin E.[4], Menta I.[3], Diallo B.[2]
[1] Service de médecine, endocrinologie et urgences Hôpital du Mali [2] Service de cardiologie CHU du Point G [3] Service de cardiologie CHU Gabriel TOURE, [4] Hôpital Goldenlife Bamako
Email :massamakonate@gmail.com.

**Résumé:**

**Introduction**

La cardiopathie ischémique est en augmentation dans les pays en voie de développement. Elle peut se manifester par un syndrome coronarien aigu qui est une urgence. La présentation clinique classique est la douleur thoracique mais elle peut être atypique sous la forme d'une épigastralgie.

**Cas clinique**

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 65 ans ayant comme facteur de risque cardiovasculaire une hypertension artérielle mal suivie et comme antécédent une gastrite sous inhibiteur de la pompe à proton.

Le début de la symptomatologie remonte à 1 an par la survenue d'épigastralgies paroxystiques tantôt à l'effort au repos sans vomissement ni nausée. Les électrocardiogrammes (ECG) en dehors de l'épigastralgie ont montré des ondes T négatives de 1mm en antéro-septal (V1 V2 V3).

L'évolution a été marquée par une exacerbation de l'épigastralgie 2 mois avant la dernière consultation. Un ECG réalisé après un effort de marche entre l'entrée de l'hôpital et la salle de consultation en per-douleur a montré un sous décalage du segment ST en antérieur étendu (V1 à V6 et en DI, AVL) avec un sus-décalage du segment ST en AVR.

Elle fut immédiatement hospitalisée en unité de surveillance continue avec administration de bisoprolol, clopidogrel, aspirine, enoxaparine, perindopril, pantoprazole. Ce traitement a permis une amélioration clinique avec normalisation du segment ST mais persistance d'ondes T négatives en antérieur étendu. L'échographie cardiaque trans-thoracique était normale. La troponine était élevée.

La coronarographie a objectivé une sténose sub-occlusive de l'ostium de l'artère inter-ventriculaire antérieure. Une angioplastie avec pose de stent actif a été faite avec un résultat immédiat satisfaisant. L'évolution était favorable 8 mois après la procédure.

**Conclusion:**

Le syndrome coronarien aigu est une urgence et peut se manifester de façon atypique chez les diabétiques, les femmes et les personnes âgées.

**Mots clés:** Epigastralgie, Syndrome coronarien aigu.

# Régression du sus décalage du segment ST d'un syndrome coronarien aigu après administration précoce des anti thrombotiques

**Konate M.**[1], Sidibe S.[2], Sow D. S.[1], Cisse M.A.[1], Ouologuem N.[1], Tembine K.[1], Doumbia N.[1], Traore Z.[1], Amin E.[4], Menta I.[3], Diallo B.[2]

[1] Service de médecine, endocrinologie et urgences Hôpital du Mali [2] Service de cardiologie CHU du Point G [3] Service de cardiologie CHU Gabriel TOURE, [4] Hôpital Goldenlife Bamako

Email :massamakonate@gmail.com,

**Résumé :**

**Introduction**

La reperfusion coronaire par thrombolyse ou par angioplastie primaire associée aux antithrombotiques (double antiagrégation plaquettaire et anticoagulant) constitue le traitement de référence du syndrome coronarien aigu avec sus-décalage du segment ST.

**Cas clinique**

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 63 ans ayant comme facteur de risque cardiovasculaire une hypertension artérielle sous verapamil qui s'est présenté dans le service d'accueil des urgences à 45 minutes du début présumé d'une douleur thoracique angineuse intense. La tension artérielle était de 140/90 mm Hg, la fréquence cardiaque à 70 battements par minute, la température à 37,6 °C et la saturation en oxygène à 97% en air ambiant. L'examen cardiovasculaire clinique était normal. L'électrocardiogramme initial aux urgences a objectivé un sus-décalage du segment ST de plus de 2 mm en inféro-latéral.

Il a immédiatement reçu de l'aspirine, la dose de charge du clopidogrel 600 mg, l'enoxaparine et l'atorvastatine. En attendant l'arrivée de la streptokinase pour la thrombolyse, une heure après l'administration des premiers médicaments, la douleur thoracique s'est amendée avec régression puis normalisation du sus-décalage du segment ST. La thrombolyse a été alors mise en attente. La troponine et les CK-MB étaient élevées. L'échographie cardiaque transthoracique était normale avec une fraction d'éjection systolique de 65%.

La coronarographie a objectivé une lésion sub-occlusive du segment proximal de l'artère circonflexe et une lésion sub-occlusive du segment proximal de la bissectrice. Ces lésions ont été dilatées avec mise en place de deux stents actifs avec une évolution est favorable.

**Conclusion**

Les anti thrombotiques occupent une place importante dans la prise en charge du syndrome coronarien aigu et leur administration précoce des anti thrombotiques permettrait d'obtenir une amélioration clinique.

**Mots clés**

Antiagrégant plaquettaire, anticoagulant, Syndrome coronarien aigu.

# Communications Libres

## Traitement traditionnel des infections sexuellement transmissibles au Mali : Etudes de l'activité biologique de Annona senegalensis et Stachytarpheta angustifolia

Makan Soumare

INTRODUCTION

Les infections sexuellement transmissibles (IST) restent une réalité en pleine évolution. Les tests pharmacologiques et toxicologiques aboutissent à des résultats scientifiquement valable et socialement profitable. L'Objectif général était d'étudier l'activité antibactérienne d'*Annona senegalensis* et *Stachytarpheta angustifolia*,

**METHODOLOGIE**

C'est une étude expérimentale. Le matériel végétal était constitué par les feuilles et l'écorce de tronc de *Annona senegalensis* et les inflorescences de *Stachytarpheta angustifolia.*

Détermination de l'activité antibacterienne par utilisation de:

Solution à tester**:** les extraits de *Annona senegalensis* et *Stachytarpheta angustifolia*, utilisés à des concentrations progressives. Les extraits aqueux ont été dissous dans de l'eau distillée,

et de témoin pour le test **:** Différentes familles d'antibiotiques ont été utilisées comme témoin..

**COMMENTAIRES**

Pour l'activité antibactérienne, des extraits des deux plantes à des doses de 1 à 150 µg ont inhibé la croissance de souches cliniques de *Proteus mirabilis* et *Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae* et faiblement les souches cliniques de *Escherichia coli, de Pseudomonas aeroginosa* et la souche standard de *Escherichia coli* ATCC 922. Ces plantes seraient intéressantes dans certains cas d'urétrites à germes pyogènes (*Staphylococcus aureus*) responsables de 6 à 25% des urétrites masculines (APPIT, 2000).

Par ailleurs nos extraits n'ont pas d'activité sur *Enterobacter agglomerens*.

Dans nos conditions expérimentales, l'activité antibactérienne n'est pas dose dépendante.

**CONCLUSION**

La médecine traditionnelle reste encore le premier recours pour plus de 80% de la population africaine à cause de l'inaccessibilité des médicaments conventionnels.

## Evaluation de l'activité antiasthmatique et antitussive de Combretum molle

Makan Soumaré

**Introduction:**

L'asthme est caractérisé par des difficultés respiratoires, associées à des sifflements et à une toux.

**Objectif:**

Etudier l'activité antitussive et antiacthmatique de *Combretum molle*

**Méthodologie:**

C'est une étude expérimentale. Le matériel végétal est les feuilles de *Combretum molle*. Le matériel pour l'étude de la respiration est un physiographe. Le matériel d'étude de la toux est un pléthysmographe. Matériel animal d'expérimentation est le lapin et le cobaye

**Résultat :**

Evolution du pourcentage de variation des amplitudes respiratoires en fonction des doses d'acetylcholine.

Effet inhibiteur de *Combretum molle* sur la variation des amplitudes respiratoires induites par l'acetylcholine.

Effet inhibiteur de *Combretum molle* sur la toux induite par la fumée de cigarette chez le cobaye.

**Commentaire :**

L'injection de doses croissantes d'acetylcholine fait augmenter le pourcentage de variation des amplitudes respiratoires.

L'injection de doses croissantes d'extrait aqueux de *Combretum molle* n'induit pas de changement au niveau des amplitudes respiratoires. On constate que des doses croissantes d'extrait aqueux diminuent de façon significative le nombre de toux.

**Conclusion :**

L'extrait aqueux de *Combretum molle* n'a présenté aucun effet sur les amplitudes respiratoires et contribue à diminuer le nombre de toux.

## Prévention de la maladie thromboembolique en chirurgie

Dembélé BT, Traoré AA, Sidibé B Y, Traoré A, Konaté M, Maïga A, Bah A, Kelly B, Diakité I, Saye Z, Konaté S, Koné Y, Koné T, Kanté L, Karembé B, Traoré D, Magané MI, Togo A.

**Introduction** :

Le risque thromboembolique global est la résultante du risque du patient et du risque propre de l'intervention. **Nos objectifs** étaient de déterminer le risque thrombo-embolique veineux, ainsi que sa prise en charge prophylactique en chirurgie générale.

Malades et méthodes :

Il s'agissait d'une étude prospective de 8 mois allant du 1er Avril au 30 Novembre 2018 ; incluant tous les patients de plus de 18ans, programmés et opérés dans le service sous anesthésie générale selon le score de CAPRINI.

**Résultats** :
Nous avons évalué le score de Caprini chez 80 patients pendant 8 mois soit 32% du bloc opératoire et 15,3% d'hospitalisation. L'âge moyen était de 50,1±14,2 ans. Le sex-ratio était de 2,05. Les principales interventions ont été la gastrectomie (9 cas), la thyroïdectomie (10 cas), la cholécystectomie (7 cas), le rétablissement de continuité (8 cas), la colectomie (6 cas). Le niveau de risque thromboembolique était faible dans 20%, modéré dans 46,3%, élevé dans 33,7%. Les facteurs de risques retrouvés étaient la chirurgie majeure avec 70 cas (87,5%), alitement (68,8%), le cancer 27 cas (33,8%), l'obésité 22 cas (27,5%). La prophylaxie pharmacologique était nécessaire chez 80% de nos patients, 61,3% en avaient bénéficié. La prophylaxie mécanique, était réalisée chez 74 patients (92, 5%). La prophylaxie pharmacologique n'était pas réalisée chez 19,7% des patients. L'évolution a été marquée par 3 cas de thrombophlébite (3,8%) (Localisation de la phlébite,).

**Conclusion :**

La prévention de la maladie thromboembolique reste une nécessité absolue en chirurgie. Elle doit tenir compte des facteurs de risque.

**Mots Clés :** Chirurgie, METV, Prévention.

## Comparaison du temps d'induction et du taux d'échec en rachianesthésie entre infirmiers anesthésiste expérimenté et stagiaire

**N'Guessan Y.F**, Gore Y L, Aye Y D, Abhé CM, Ouattara A, Coulibaly KT, Mobio MP, Nétro D, Tetchi Y.

**Objectif** :
Evaluer les effets de l'expérience en rachianesthésie

**Matériels et méthode** :
Etude prospective d'une durée d'un mois (17 Mai au 16 Juin 2019) réalisée au bloc opératoire des urgences rénovées au CHU de Cocody. Ont été inclues les parturientes à césariser vues toutes en consultation préanesthésique (CPA) et classées ASA 1 ou 2. Le Matériels et produits utilisés étaient des aiguille (G25-G26-G27), de la bupivacaïne à 0,5% avec morphine à 0,100 mg/ cc et de l'éphédrine à 3 mg/cc. 110 femmes ont été sélectionnées pour l'étude randomisée en deux groupes de 55 patientes. La ponction a été réalisée par des anesthésistes de plus de 5 ans d'expérience (groupe expérimenté) ou des anesthésistes de moins d'un an et stagiaires (groupe stagiaire).

**Résultats :**

| **Actes** | **Groupe stagiaire** | Groupe expérimenté |
|---|---|---|
| **Lavage du dos** | 2mns 36 seconde | 2mns |
| **Ponction** | 2mns à 6mns | 30 secondes à 1 mn |
| **Induction** | 48 secondes | 48 secondes |
| **Temps mis pour inciser après induction** | 6mns | 6mns |
| **Taux d'échec** | | 0% |
| **Total** | 15mns 16 seconde | 11mns |

**Conclusion :**
La rachianesthésie est une technique facile d'apprentissage. La durée moyenne de la ponction dépend de l'expérience des praticiens**.** Elle peut se pratiquer en urgence lorsque le délai d'extraction dépasse 10 minutes.

**Mots clés** : rachianesthésie- expérience- temps d'induction- échec

## Cas clinique: Séparation de jumeaux conjoints symétriques au Bénin, au Burkina Faso, en Guinée et au Niger

Kélan Bertille KI, Mahamadou NIANDOU DAMBARO, Ramatou K SABO, Murtala M ALI BANDIARE, Joseph DONAMOU, Eugène ZOUMENOU, Philippe L BAELE

**Introduction:** En Afrique sub-saharienne (ASS), la séparation de jumeaux conjoints (JC) n'est pas une pratique courante, la tendance étant d'évacuer les patients sur l'Europe.
**Cas rapportés:** 4 anesthésies pour la séparation de JC symétriques en 2017 et 2018 dans 4 pays d'ASS ("4P": Bénin, Burkina Faso, Guinée et Niger): 1 paire pyopage et 3 paires xipho-omphalopages. Deux paires de jumeaux étaient nées par voie basse et 2 par césarienne dans des hôpitaux périphériques. Dans deux cas, la séparation a été faite en urgence: une à cause du décès d'un jumeau et l'autre pour omphalocèle rompue.
Anesthésie: halothane et fentanyl (tous les cas) + propofol (3 cas); surveillance par stéthoscopes précordiaux et oxymétrie de pouls; ventilation manuelle pendant la chirurgie avec les circuits de Jackson-Rees. Toutes les équipes d'anesthésie ont été dirigées par des médecins.
**Résultats:** Les séparations ont duré 2 à 4 heures; 5 enfants ont récupéré sans incident et se développent bien. La sœur du jumeau décédé en préopératoire est aussi décédée le quatrième jour post-opératoire d'une infection respiratoire. Un bébé qui présentait une hydrocéphalie et un spina bifida de même que 2 jumeaux de faible poids de naissance (3 kg ensemble) et nés à domicile sont également décédés. L'infection était la cause de tous ces décès.
**Conclusion:** les évacuations pour la séparation de JC pourraient être remises en question pour certains cas tout au moins.
Mots clés: **Séparation - jumeaux conjoints - symétriques**

## WASA (Women Anesthesiology Specialists in Africa) : le recrutement des futurs anesthésiologistes en Afrique Sub-Saharienne (ASS) se féminise-t-il ? Conséquences.

**Kélan Bertille Ki** , OO Adekola, PL Baele, F Binam, H Daddy, E Diouf, L Fanou, ZN Gathuya, EN Igaga, E Jeque, PDG Mawandza, MT Nabukenya, SM Nabulindo, BO Onajin-Obembe, RCN Rakotoarison, AR Robert, MT Schwalbach, JA Uwambazimana, B Vilasco, L Zomahoun.

**Introduction :** L'objectif 2030 de Global Surgery exige de décupler rapidement le nombre d'anesthésistes en formation. Les facultés n'augmenteront pas dans la même mesure le nombre de futurs médecins.
WASA a montré qu'en ASS, depuis 1997, la médecine se féminise (0,55%/an) tandis que l'anesthésie se «déféminise» (-0,24/an) et enrôle environ 75 % d'hommes ; et que les femmes sont mieux classées que les hommes en fin de médecine.
Si l'anesthésie veut éviter de puiser dans le bas du classement de fin de médecine, elle doit augmenter rapidement son recrutement féminin.
**Questions :** Les programmes de formation d'anesthésie s'adaptent-ils aux exigences de Global Surgery en augmentant le nombre de candidats et en féminisant leur recrutement ?
**Méthode :** Etude multinationale conduite dans 13 pays d'ASS qui a étudié le % de femmes terminant la médecine et l'anesthésiologie. Elle a aussi recensé les candidats en anesthésiologie devant finir d'ici 2021.
**Résultats :** Fin 2017, 674 candidats spécialistes (2,5 fois l'enrôlement de 2013-17) dont seulement 175 femmes (25,2%).
**Tableau I :** Diplômés d'anesthésie dans 13 pays d'ASS depuis 1998 et candidats en formation devant finir entre 2018 et 2021.

| | Total | Nombre de femmes | Proportion de femmes (%) |
|---|---|---|---|
| 1998-2002 | 95 | 24 | 25,26 |
| 2003-2007 | 161 | 34 | 21,12 |
| 2008-2012 | 284 | 72 | 25,35 |
| 2013-2017 | 335 | 88 | 26,27 |
| Promotion | | | |
| 2018 | 81 | 17 | 20,99 |
| 2019 | 209 | 50 | 23,92 |
| 2020 | 191 | 55 | 28,80 |
| 2021 | 193 | 48 | 24,87 |

**Conclusions :** il n'existe encore aucune augmentation de féminisation de l'enrôlement pour l'anesthésiologie. Arithmétiquement, la croissance numérique constatée ne peut donc se faire qu'au prix d'une baisse de qualité des candidats.

## Lymphangiome kystique cervical congenital

**Traoré H** , Traoré S, Camara S, Doumbia A, Diallo Mariam, Coulibaly O , Traore M

**Auteur correspondant :** Prof TRAORE Hamady, Email : traorhamady@yahoo.fr

**Résumé**

Le lymphangiome kystique (LK) est une dysembryoplasie bénigne habituellement de l'enfant. Son traitement est essentiellement chirurgical.

Dans ce travail nous rapportons 01 cas de lymphangiome kystique latéro-cervical droit congénital traité par la chirurgie et de rappeler, à partir des données de la littérature, les aspects étiopathogéniques, diagnostiques et la place de la chirurgie dans notre pays. Il s'agissait d'un nourrisson, âgé de 7mois, de sexe masculin, qui consulte pour une tuméfaction latéro-cervicale droite, apparue depuis la naissance. Le diagnostic a été évoqué sur la clinique et l'imagerie, et confirmé par l'examen histologique de la pièce opératoire. L'évolution a été favorable.

Les LK sont des malformations congénitales peu fréquentes chez l'enfant et rares chez l'adulte. Leur diagnostic repose sur la clinique et l'imagerie et confirmé par l'histologie.

Malgré l'apparition de nouvelles techniques prometteuses d'un bon résultat, la chirurgie garde une place capitale dans le traitement des LK.

**Mots clés** : lymphangiome kystique, malformation congénitale

## Anesthésie pour séparation de bébés siamois à Dakar

Ndoye M.D (1), **Traore MM (1)**, , Ba A (1), Diop F.N.M (1), Gueye D (1), Ndoye A(1), Bah M.D(2), Ba E.B(2), Gaye I(3), Diouf E (3).

1- Hopital d'Enfants Albert Royer, Dakar Sénégal
2- Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, Dakar Sénégal
3- Hopital Aristide Le Dantec, Dakar Sénégal

**ABSTRACT**

Conduire l'anesthésie pour séparation de jumeaux conjoints présente un challenge unique aux anesthésistes. L'incidence très faible de ce type de chirurgie ainsi que les variations anatomiques pour chaque type de jumeaux fait de la séparation une expérience unique. Ce rapport de cas décrit la gestion anesthésique comportant de nombreux défis dans un pays a ressources limitées.

**Mots clefs:** Anesthésie, siamoises, séparation chirurgicale

## Acinetobacter baumannii : Épidémiologie et résistance aux antibiotiques

Bouidir Y[1] Traoré AO[1] makoudi M elouardi Y elkhalouki M

1. Service d'anesthésie réanimation de l'hopital Ibn Tofail

Acinetobacter baumannii (A. baumannii) est une bactérie opportuniste qui émerge ces dernières décennies comme agent responsable d'infections nosocomiales potentiellement épidémiques. Cette bactérie a su développer de façon impressionnante des résistances vis-à-vis de la majorité des antibiotiques, ce qui explique les difficultés thérapeutiques rencontrées. L'objectif de ce travail était de déterminer à travers une étude rétrospective le profil épidémiologique, et la résistance aux antibiotiques des souches d'A.baumannii isolées à partir des prélèvements à visée diagnostique réalisés à l'hôpital Ibn Tofail de Marrakech et suivre leur évolution sur les 5 dernières années (2012-2017). L'Acinetobacter baumannii a représenté 3,75% de l'ensemble des germes isolés durant cette période (n=183). Tous les services hospitaliers étaient concernés, avec une prédominance au niveau des services de réanimation (66% des isolats). Les résultats obtenus ont montré que ces pathogènes proviennent dans 53% des cas des prélèvements distaux protégés et les principaux sites infectieux étaient l'appareil respiratoire et l'appareil urinaire. Une augmentation de la résistance des isolats d'A.baumannii pour tous les antibiotiques testés a été constatée en réanimation (Ceftazidime 96%, Imipénème 85%, Ciprofloxacine 98% et la Gentamicine 65%). Cependant toutes les souches ont gardé une sensibilité à la colistine. Ces résultats confirment la nature multirésistante de l'A.baumannii et son caractère nosocomial. Cette résistance représente un sérieux problème thérapeutique et épidémiologique, d'où la nécessité de la mise en place d'un système de surveillance de l'environnement microbien de l'hôpital et l'application stricte des mesures préventives.

## Encephalopathy of Gayet Wernicke, a complication of pregnancy vomiting: about a case.

Bouidir Y[1] Traoré AO[1] el kadadra M ribahi H eladib AG

1. Le service d'anesthésie réanimation de la maternité du CHU Mohammed VI de Marrakech (Maroc)

**INTRODUCTION:**

The aim of this report is/was to discuss uncontrollable gravidarium vomiting "hyperemesis gravidarum". They represent the leading cause of hospitalization in the first trimester of pregnancy.

The critical encephalopathy of Gayet Wernicke is essentially due to a low nutritional intake in vitamins. It is precisely linked to a prolonged vitamin B1 deficiency (thiamine). The clinical expression of these encephalopathies reflects the diffuse nature of cerebral pain and its rapidly progressive development.

**CLINICAL CASE:**

We report the case of a young primiparous parturient, aged 24 years old without significant pathological story, admitted in the obtetric resuscitation unit. She has been admitted for pregnancy vomiting. The clinical examination finds the classical triad (mental confusion, oculomotor disorders and ataxia). Gayet Wernicke's encephalitis diagnosis was retained based on this clinical triad, a normal brain MRI and a low blood Vit B1. The evolution was favorable after Vitamin B 1 supplementation. The patient completed her pregnancy giving vaginally birth to a healthy male child.

**CONCLUSION:**

On the occasion of this observation and a review of the literature we would like to remember the clinical expression of Gayet Wernicke 's encephalitis, the diagnostic procedure as well as the therapeutic options and the evolution of the disease.

## Intubation sous-mentonnière en anesthésie-réanimation dans la chirurgie maxillo-faciale

Bouidir Y[1], Traoré AO[1], Ait Bahssain H, Elouardi Y, Elkhalouki M

Service d'anesthésie réanimation Hopital Ibn Tofail de Marrakech ( Maroc)

**RESUME**

**Introduction** : La gestion des voies aériennes supérieures (VAS) en chirurgie maxillo-faciale lors de la prise en charge des traumatismes faciaux graves ou des tumeurs géantes de la sphère oro-maxillo-faciale constituent un challenge quotidien pour le médecin anesthésiste. Il n'existe pas de consensus sur la technique de contrôle des VAS quand l'intubation orotrachéale ou nasotrachéale sont contre-indiquées.

**Objectif** : évaluer l'intérêt de l'intubation sous-mentonnière (ISM) en chirurgie maxillo-faciale.

**Matériels et méthodes** : Nous avons réalisé une étude prospective colligeant tous les cas d'ISM réalisées au service d'anesthésié-Réanimation de l'Hôpital Ibn Tofail de Marrakech, sur 1 an. Les cas de trachéotomie primaire ou d'intubation prolongée ont été exclus. Apres une intubation orotrachéale standard sur sonde armée l'embout doit être préalablement détaché afin d'éviter tout risque d'extubation accidentelle par manipulation.

**Résultats** : Douze patients ont été retenus un cas de tumeur géante du maxillaire et un cas de chirurgie orthognatique associé à une rhinoplastie. L'âge moyen était de 27 ans (16 à 45 ans), le temps moyen de la réalisation de l'ISM est de 7 min, avec une durée moyenne de débranchement du respirateur d'une minute (extrêmes : 40 secondes–2 minutes), aucun cas de désaturation significative durant la procédure ou d'extubation accidentelle n'a été noté. La durée moyenne de l'intubation était de 4,5 heures (extrêmes : 2–7 heures) et celle du séjour était de cinq jours (extrêmes : 2–9 jours)

Le recul moyen était de 4 mois (extrêmes : 6–24 mois). L'intubation sous-mentonnière a permis simultanément la réduction et la fixation de toutes les fractures et un contrôle en peropératoire de l'occlusion dentaire sans aucune interférence avec le tube d'intubation, aucun déficit moteur ou sensitif n'a été observé, 2 cas de surinfection étaient observés. La rançon cicatricielle était qualifiée de très satisfaisante (7), satisfaisante (3) et peu satisfaisante (2).

**Conclusion** : ISM est une alternative à la trachéotomie en cas des tumeurs géantes de la sphère oro-maxillo-faciale et plus couramment dans le cadre des fracas maxillo-faciaux nécessitant à la fois le contrôle des VAS et celui de l'articulé dentaire.

**Mots clés** : intubation ; sous-mentonnière ; chirurgie ; maxillo-faciale.

## Evolution fatale d'une Fistule aorto-oesophagienne après ingestion d'un corps étranger

**Traoré AO**, Bouirdir Y, Elkaouri M, Elhamzaoui H, Aboulhassan T
Service des urgences vitales hopital arrazi CHU Mohammed VI Marrakech

**Résumé**

L'ingestion de corps étranger (CE) est la deuxième cause de fistule aorto-oesophagienne (FAO) après les anévrysmes de l'aorte thoracique. Elles sont très rares et surviennent en l'absence d'antécédent chirurgical œsophagien ou de l'aorte thoracique. Le diagnostic ainsi que la prise en charge sont difficiles.

Nous rapportons le cas d'un patient de 25 ans, sans antécédents pathologiques, hospitalisé en service de réanimation pour hématémèses foudroyantes avec état de choc hémorragique suite à une ingestion d'un os de poulet survenu six jours avant son admission.

L'examen endoscopique était non concluant, montrant un saignement gastrique actif au niveau fundique empêchant la visualisation de son origine. Par ailleurs, la muqueuse œsophagienne, antrale et bulbaire était normale.

Une laparotomie exploratrice a montré la présence d'un caillot sanguin en intra gastrique sans saignement actif. Un lavage gastrique a été réalisé avec mise en place d'un drain de Redon.

L'évolution a été marquée par la reprise d'une hématémèse de grande abondance avec état de choc hémorragique nécessitant la reprise de la gastrostomie initiale qui a retrouvé du sang rouge vif en provenance du cardia. Le diagnostic d'une FOA sur ingestion d'un CE a été soulevé et l'indication d'un angioscanner thoracique posée. Une sonde de Blackmoore a été mise en place avec gonflement des deux ballonnets gastrique et œsophagien permettant le tamponnement incomplet du saignement. La persistance d'un état hémodynamique instable nous a empêché de transporter le patient en salle de scanner.

L'évolution a été marquée par un saignement cataclysmique causant le décès du patient.

## Evaluation du risque cardiovasculaire en utilisant le score de risque de Framingham (RSF) basé sur l'IMC

Bâ HO, Sangaré I, Camara Y, Coulibaly S, Sidibé N, Cissoko Y, Sidibé S, Konaté M, Maiga AK, Doumbia CT, Touré M, Menta I.

**Résumé**

**Objectif** :

Fournir des données sur le RSF appliqué aux patients ambulatoires pour des études ultérieures et pour les comparer au risque évalué selon l'OMS/SIH.

**Méthodologie** : Dans cette étude intersectorielle réalisée de mai à septembre 2016 au département de cardiologie de l'hôpital universitaire Gabriel Touré (UH GT) à Bamako, les patients âgés de 40 ans et plus pour lesquels les données disponibles permettaient une estimation du risque par RSF.1Les données ont été analysées à l'aide de IBM SPSS Statistics 20. P < 0,05 était considéré comme statistiquement significatif.

**Résultats:** Les scores de risque étaient respectivement de 37,7, 20,8, 13,7, 10,7 et 17,5% pour <10, 10- <20, 20- <30, 30- <40 et> = 40%. L'utilisation du tableau de prédiction OMS / ISH sans cholestérol donne une proportion beaucoup plus élevée de patients à faible risque (83,6 contre 37,7). Il y avait 86,0% de patients à faible risque <10 et 0,0% à très haut risque (> = 40) dans la tranche d'âge 40-49 ans et un comportement opposé pour les patients > = 70 avec 1,4% (<10) et 17,5% (> = 40) (p <0,001). La pression artérielle systolique était de 123,85 [121,63-126,07] pour le groupe de risque <10 et 164,28 [159,77-168,79] pour le très haut risque et la pression artérielle diastolique de 82,22 pour le faible risque <10 et de 94,13 pour le très haut risque (> = 40%) (p <0,001).

**Conclusion:** L'utilisation de RSF permet de détecter plus de patients à haut risque que l'outil de prédiction OMS / SIH. Cela pourrait entraîner une augmentation des coûts de santé et des problèmes de gestion potentiels pour les patients, d'autant plus que la plupart des patients ne sont pas couverts par une assurance maladie.

**Mots-clés :** score de risque de Framingham, cardiologie, patients ambulatoires, Mali

## Nos Partenaires Sponsors

**SPONSOR**

**TROIKA**

**UEMOA**

**OOAS**

**EMAK**

**EDIMAMEL/Mindray**

**CANAM**

**PPM**

**TETAPHARM**

**HUMANWELL PHARMA**

**CLINIQUE ALMED**

**CLINIQUE PASTEUR**

**ECOLE BOUCTOU**

**SANOFI**

**OMS**

**ONUSIDA**

**IMPRIM SERVICES**