

Le bureau de la SARANF

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

Docteur Aladji Seydou Dembélé

Le comité scientifique du congrès

Président : Dr Papa Ngalgou GUEYE

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

Professeur Eugène ZOUMENOU

**REVUE AFRICAINE D'ANESTHESIOLOGIE
ET DE MEDECINE D'URGENCE
RAMUR**

**Publiée par la
Société d'anesthésie et de Réanimation
D'Afrique Noire Francophone**

Rédacteur en Chef
Brouh Yapo

Directeur de Publication
Romain Tchoua

Comité de rédaction
*Brouh Yapo, Elisabeth Diouf, Binlin-Dadié Renée
Kane Mbaye, Tetchi Yavo Denis*

Comité de lecture de 2011
Aguémon A (Bénin), Chobli M (Benin), Ouédraogo N (Burkina F), Sanou J (Burkina F),
Yapobi Y (Côte D'ivoire), Amonkou A (Côte D'ivoire), Zé-Mikandé (Cameroun),
Dabadie Ph (France), Tchoua R (Gabon), Diallo A (Mali), Diouf E (Sénégal), Brouh Y
(Côte D'ivoire), Coulibaly Y (Mali), Kodo M (Côte d'Ivoire), Ben Ammar M S (Tunisie),
Kouamé K E (Côte d'Ivoire), Kane O (Sénégal), Kra Ouphouet (Côte d'Ivoire)

Diffusion –Publication : RAMUR
22 BP 1771 Abidjan 22- E-mail : ramur@yahoo.fr, brouhyapo@yahoo.fr
Tel : (+225) 22 48 12 50, 22 48 12 49, 05 73 37 73

Secrétariat de la rédaction
Edith Koffi, Marie Laure Affro Tél : (+225) 22 48 12 50. E-mail : ramur@yahoo.fr

Impression
St Paul [technologie.ekrapascalmaris@hotmail.fr](mailto:ekrapascalmaris@hotmail.fr). (225) 01216740

Mot du président de la SARANF

Chers collègues, chers congressistes

C'est en tant que nouveau Président de la SARANF que je vais devoir m'exprimer à l'occasion de notre congrès annuel.

Après 2004, nous voici à nouveau réunis à Yaoundé pour partager et échanger nos expériences sur les problématiques qui nous tiennent à cœur au quotidien.

La présence de beaucoup de participants à ce congrès, bien que plusieurs personnes auraient voulu être des nôtres témoigne une fois de plus de l'importance pour nous membres de la SARANF de maintenir notre congrès et de tendre vers une organisation de qualité.

Cette année encore, nous avons la participation des sociétés savantes partenaires comme la Société Maghrébine d'Anesthésie-Réanimation, la Société Française d'Anesthésie-Réanimation, la Société de Réanimation de Langue Française, la Société Française de Médecine d'Urgence, ainsi que la WFSA et de nos amis de tous les jours.

Grâce à la nouvelle génération de médecins anesthésistes réanimateurs et des techniciens supérieurs en anesthésie-réanimation, nous allons avoir droit à une diversité de communications selon le programme que la commission scientifique de la SARANF et le comité scientifique du congrès ont bien voulu nous proposer. Le monde bouge ; le monde scientifique et médical aussi. Face à cela de nouveaux défis de santé s'imposent à nous, et nous devons nous préparer à y répondre efficacement.

Nous tenons à remercier les autorités Camerounaises, en tête desquelles le Président de la République, Chef de l'état et son Gouvernement pour avoir autorisé l'organisation de ce congrès, et pour l'appui important sans lequel ce congrès n'aurait pas pu se tenir.

Nous remercions aussi nos collègues de la Société Camerounaise d'Anesthésie Réanimation et de Médecine d'Urgence pour l'accueil et l'organisation.

Excellent congrès à tous

Vive Yaoundé 2016

Vive la SARANF.

Professeur Romain TCHOUA

Mot du président de la commission scientifique

Chers collègues, chers congressistes

Comme chaque année, depuis maintenant 32 ans, la SARANF vous accueille pour son congrès annuel à Yaoundé au Cameroun. La SARANF 2016 a encore renoué avec son esprit d'ouverture et de partage : partage des connaissances, partages des compétences, partages des expériences. Partage entre nous Africains d'Afrique noire Francophone et d'Afrique du Nord francophone, partage entre l'Afrique, l'Europe et l'Amérique, partage entre médecins et soignants. Partage équitable et solidaire dans le respect de nos différences, de nos forces et de nos faiblesses. La SARANF continuera à attirer tous les ans les meilleurs experts dans leurs domaines pour en faire profiter nos jeunes, espoirs de demain pour une médecine de qualité en Afrique. Le programme de cette année est riche et chacun de nous espérons y trouvera son bonheur. La Commission Scientifique de la SARANF vous souhaite un bon Congrès et de fructueux échanges

Dr Papa Ngalgou GUEYE

Directeur du SAMU du CHU de Fort de France Martinique

Président de la Commission Scientifique de la SARANF

papa.gueye@aphp.fr

Papa.Gueye@chu-fortdefrance.fr

Mot de la présidente du comité d'organisation

La Société Camerounaise d'Anesthésie Réanimation et de Médecine d'Urgence (SCARMU) par ma voie souhaite à tous nos frères et sœur d'afrique, d'europe et d'amérique une chaleureuse bienvenue au Cameroun, terre de paix, de fraternité et de travail. La SARANF, podium scientifique par excellence pour les disciplines d'anesthésie, de réanimation et de médecine d'urgence rassemble cette année des ressortissants de plus d'une vingtaine de pays.

Nous souhaitons que ce congrès se déroule dans la convivialité, le respect mutuel, le partage d'expérience et de compétences

A tous et à toutes nous souhaitons un bon congrès et un agréable séjour parmi nous.

Listes des résumés des communications et conférences

Numéros	Titres	1 ^{er} Auteur	Pages
Anesthésie et Réanimation Pédiatrique			
R001	Intoxications aiguës de l'enfant en réanimation au CHU de Bouaké	Kouamé KE	14
R002	Les brûlures graves de l'enfant en réanimation au CHU de Bouaké (RCT).	Irié BI GS	14
R003	Epidémiologie et traitement des intoxications aiguës d'origine chimique et médicamenteuse dans deux hôpitaux de référence de la ville de Douala	Njall Pouth Clotilde	15
R004	Complications per et post opératoires en anesthésie pédiatrique à l'hôpital Gynéco-Obstétrique et pédiatrique de Yaoundé	Amengle A. L	16
R005	Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant en réanimation cardio-pulmonaire à l'hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé	Amengle A. L	17
Anesthésie et réanimation en obstétrique			
R006	Facteurs pronostiques de l'éclampsie en réanimation polyvalente au Centre Hospitalier-Universitaire du Point-G	Traoré S	19
R007	Prise en charge de l'éclampsie en réanimation : Evaluation de l'efficacité du sulfate de magnésium en administration intraveineuse stricte	Owono Etoundi P	20
R008	Prise en charge de l'éclampsie grave en réanimation au CHU de Bouaké	Kouadio S	21
R009	Prise en charge des grossesses extra-utérines rompues : profils hémodynamiques comparés entre coelochirurgie et laparotomie	Edjo Nkilly G	22
R010	Evaluation de l'utilisation et de l'efficacité du sulfate de magnésium dans la prévention secondaire de l'éclampsie	Nze PC	22
R011.	Prise en charge anesthésique des césariennes en urgence aux Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK)	Mbombo W	23
R012	Syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible du postpartum en réanimation polyvalente au CHU du Point G	Diallo B	23
R013	Syndrome thoracique aigu et prééclampsie chez les drépanocytaires majeures	Diallo B	24
R014.	Prise en charge de l'éclampsie à l'hôpital militaire de Douala : à propos de 10 cas	Ebosse P. D	25
R015	Réhabilitation post-opératoire et ambulatoire après endoscopie digestive interventionnelle à l'Hôpital Militaire de Libreville : intérêt de l'association Propofol-Alfentanil	Edjo Nkilly G	25
R016	Issue maternelle et néonatale lors de l'utilisation de la WHO SAFE CHILDBIRTH CHECKLIST à l'Hôpital Gynéco Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé	Metogo Ntsama J. A	26
R017	Pratique de l'anesthésie locorégionale chez l'enfant à l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'Djamena.	Adjougoult Koboy D. B	27
R018.	Anesthésie-réanimation pour réimplantation bilatérale des uretères chez une ménagère de 37 ans,	Verla V S	27
R019.	Profil hémodynamique intracérébral évalué par échographie doppler transcrânien des patients admis pour Accident Vasculaire Cérébrale en réanimation à l'Hôpital Militaire de Libreville.	Edjo Nkilly G	28
R020	Incidence et déterminants transfusionnels cliniques des patients âgés opérés en orthopédie dans un hôpital universitaire en zone tropicale	Mahoungou Guimbi KC	28
Anesthésie			
R021	Profil épidémio-clinique des personnes âgées en consultation d'anesthésie dans un pays en développement	Diallo D	30
R022	Anesthésie pour craniotomie dans un centre à ressources limitées : A propos de 14 cas à l'hôpital Régional de Buea.	Vincent Siysi Verla	30
R023	Ventriculo-cysternostomie par voie endoscopique dans la prise en charge de l'hydrocéphalie au Cameroun : aspect anesthésiologique de Trois années d'activités à l'Hôpital Général de Yaoundé.	Mba S	31
Anesthésie : Scores -Evaluation-Transfusion			

R024.	Estimation du coût de l'antibioprophylaxie en chirurgie à l'hôpital général de Douala	Njall Pouth Clotilde	33
R025.	Intérêt de la Dexaméthasone dans la prévention des nausées et vomissements postopératoires à l'Hôpital Laquintinie de Douala	Njall Pouth C	33
R026.	Effet de la clonidine par voie intraveineuse sur la réponse hémodynamique au cours de la laryngoscopie, de l'intubation trachéale et de l'incision chirurgicale.	Nkoumou Samson	34
R027.	Le l'état de santé pré-opératoire selon ASA PS versus ABCK descriptive.	Bula-Bula I.M	35
R028.	Facteurs de morbidité liés à l'intubation trachéale en réanimation.	Nkoumou Samson,	36
R029.	Facteurs de risque de mortalité péri-opératoire des sujets âgés après chirurgie en urgence à Dakar	Ba EB	36
R030.	Prise en charge anesthésique pour chirurgie non cardiaque chez un patient adulte porteur d'une tétralogie de Fallot découverte à la consultation pré anesthésique	Tomta K	37
R031.	Evaluation des facteurs prédictifs de complications respiratoires après chirurgie d'exérèse pulmonaire.	Bah MD	38
R032.	Etude des facteurs de risque d'arrêt cardiaque au bloc opératoire (ACBO) au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO)	Kaboré R.A. F	38
R033.	Evaluation des techniques d'appréciation de la pression de gonflage du ballonnet de la sonde d'intubation trachéale en anesthésie chez l'adulte.	Bah MD	39
R034.	Perforation trachéale compliquant une intubation difficile non prévue.	Nkoumou Samson	40
R035.	Pratique anesthésique dans le Centre hospitalier régional de Port- gentil.	Mwambia Z	40
R036.	Epidémiologie des affections médico-chirurgicales de l'enfant en réanimation au CHU de Bouaké	Kouamé KE	41
R037.	Prescription préopératoire systématique du bilan d'hémostase : intérêt en chirurgie pédiatrique au CHU de Brazzaville	Elombila M,	41
Anesthésie : ALR-Rachis			
R038.	Le bloc axillaire échoguidé au CHU de Dakar : Série des premiers cas	Leye PA ¹	43
R039.	Bloc paraombilical échoguidé pour la cure de hernie ombilicale chez l'enfant : Résultats préliminaires de 50 cas à Dakar	Traoré MM	44
Réanimation : Neuro-Réanimation			
R040.	Aperçu des pathologies neurochirurgicales intracrâniennes suivies en réanimation des Cliniques Universitaires de Kinshasa	Ilunga JP	46
R041.	Syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible : à propos d'un cas au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville	Mpoy Emy Monkessa C.M	46
R042.	Désordres hydro-électrolytiques chez les patients cérébrolésés dans le service de réanimation du CHU Gabriel Touré	DIOP Th M	47
R043.	Relations entre neuroglobine plasmatique et accidents vasculaires cérébraux hémorragiques de l'adulte	Nnang Essone JF	49
R044.	Paludisme grave en réanimation : constats et propositions suites à la prise en charge de 31 cas à la DMMC Douala-Cameroun	Gomeh P	49
R045.	Prise en charge des envenimations graves par morsure de serpents en réanimation au CHU de Bouaké	Ogondon B	49
R046.	A propos d'un cas d'ischémie cérébrale chez un nourrisson et revue de la littérature	Ebosse P.D,	50
R047.	Activités de la salle de soins post-interventionnels (SSPI) au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville	Elombila M ¹	51
R048.	Intérêt diagnostique et pronostique du dosage de la neuroglobine dans les AVC ischémiques de l'adulte	Nnang Essone JF ¹ ,	51
R049.	Paludisme grave chez les expatriés en réanimation au Centre Hospitalier d'Essos/Yaoundé	Nkoumou S.	52
Réanimation : Choc- Insuff Card-SDRA-Scores-Mortalité			

R050	Suivi thérapeutique des patients sous tramadol en période postopératoire en réanimation à l'hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé	Metogo Mbengono JA	54
R051.	Satisfaction des patients et garde-malades dans un service de réanimation de la ville de Yaoundé	Bengono Bengono R	55
R052	Œdème aigu du poumon secondaire à une envenimation vipérine grave : A propos d'un cas	Irié bi GS,Ogondon B,	56
R053	A propos d'un cas d'œdème pulmonaire aigu lésionnel d'évolution favorable après administration de sévoflurane	Nnang Essone JF	56
R054	Lecture critique de l'ASA status score : analyse d'une enquête menée au cours d'un congrès de la SARANF.	Bula-Bula I.M	57
Réanimation : Trauma Crânien-Polytrauma			
R055	Polytraumatisme chez l'enfant au CHU Sylvanus Olympio (CHU SO) de Lomé (Togo)	Tomta K	59
R056	Syndrome des loges au décours des envenimations vipérines en réanimation CHU de Bouaké	Ogondon B.	60
R057	Profil des patients admis en réanimation polyvalente du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville	Mpoy Emy Monkessa M.C.	60
R058	Urgences chirurgicales en réanimation : évaluation de la prise en charge et facteurs pronostiques	Dicko H,	61
R059	Manifestations métaboliques observées en période post opératoire précoce de la chirurgie tumorale intra crânienne	Nnang JF	62
R060	Aspects épidémio-cliniques, thérapeutiques et évolutifs des brûlures graves de l'enfant en réanimation à Bouaké (Côte d'Ivoire).	Irié bi GS	63
R061	Facteurs pronostiques des brûlures électriques à l'Hôpital Général de Douala (HGD)	Njall Pouth Clotilde ¹	63
R062	Prise en charge des brûlures électriques au CHU de Bouaké	Kouadio S,	64
Réanimation : Neuro-Réanimation			
R063	Délais de prise en charge des traumatismes crâniens à l'Hôpital Central de Yaoundé (HCY)	Owono Etoundi P	66
R064	Survie des accidents vasculaires cérébraux en réanimation aux Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK)	Mukuna P	67
R065	Les méningo-encéphalites : données épidémiologiques et étiologiques à l'Hôpital Central de Yaoundé	Owono Etoundi P.	68
Réanimation : Infectieux-Hémato-Transfusion			
R066	Profil épidémiologique et clinique des patients séropositifs au VIH admis au service de réanimation polyvalente de l'hôpital Laquintinie de Douala-Cameroun	Njall Pouth Clotilde	70
R067	L'incidence de la fièvre sur la mortalité des malades admis en Soins aigus aux Cliniques Universitaires de Kinshasa	Amisi E ¹	71
R068	Impact de la variation de l'EtCO ₂ sur la mortalité des patients ventilés	Amisi E	72
R069	Thrombolyse : Expérience du Centre Hospitalier d'Essos à propos de 7 cas	Chewa G.B.,	73
R070	Le tétanos en réanimation à l'Hôpital Central de Yaoundé : fréquence, clinique et évolution	Owono Etoundi P	74
R071	Prise en charge du choc septique en réanimation aux Cliniques universitaires de Kinshasa	Diyoyo P	74
R072	Ecologie bactérienne et antibiothérapie en réanimation a l'hôpital général de Yaoundé-Cameroun	Mba S	75
Réanimation : Prescriptions –Iatrogénie – Divers			
R073	Evaluation de la qualité de l'antibiothérapie chez les patients hospitalisés au service de réanimation Gabriel Touré	DIOP Th. M	77
R074	Les intoxications aiguës aux organophosphorés en réanimation au CHU de Bouaké	Kouamé KE	78
R075	Les troubles de conscience en fin de grossesse : l'acidocétose diabétique, une éventualité rare	Irié bi GS	78

R076	Intoxication par ingestion de produits caustiques dans un service de réanimation à Abidjan : Facteurs de gravité et de mortalité.	Thot'o A S	79
R077	Les complications métaboliques du diabète sucré en Réanimation à l'Hôpital Central de Yaoundé (Cameroun)	Owono Etoundi P	80
R078	Motifs d'admission dans un service des urgences intégrées : cas du Centre Hospitalier Monkole	Mosolo A.	80
R079	Implantation et impact de la campagne « survivre au sepsis » : résultats d'une étude quasi-expérimentale d'une année en république démocratique du Congo.	Nsiala Makunza Joseph ¹	81
Urgences/SAMU/Formation			
R080	Les traumatismes liés aux cortèges de mariage dans le service d'accueil des urgences (sau) du chu Gabriel Touré de Bamako	Mangané MI	83
R081.	Evaluation des activités de régulation médicale et des interventions SMUR du SAMU national Sénégal sur une année. (2014).	Traoré Mm	84
R082	Evaluation de Abbreviated Burn Severity Index (ABSI) score à Dou	Verla V S	85
R083	Evaluation du Recours au service d'Accueil des Urgences de l'Hôpital Principal de Dakar	Ndong SI	86
R084	Les lésions par explosion de mines : expérience du bataillon Tchadien du nord Mali (Aguel'hoc)		87
R085	Analyse situationnelle des services d'urgences de Yaoundé	Bengono Bengono R	88
R086	Compétences des chirurgiens-dentistes de Maroua, Garoua et Ngaoundéré sur les urgences médicales au cabinet dentaire	Bengondo Messanga C	89
R087	Impact d'une Réorganisation d'un Service d'Accueil des Urgences. Exemple de l'hôpital Principal de Dakar	Wade K. A	90
Douleur			
R088	Place de l'anesthésie locorégionale dans la prise en charge de la douleur post opératoire aux Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK)	Namegabe E ¹	92
R089	Evaluation de la prise en charge de la douleur chronique en rhumatologie oncologie	Bengono Bengono R	93
R090	Céphalées de l'adulte aux urgences : épidémiologie et prise en charge	Bengono Bengono R	94
R091	Connaissances, attitudes et pratiques des médecins concernant la prise en charge de la douleur aux urgences dans les hôpitaux de 1 ^{ère} et 2 ^{ème} catégorie de la ville de Yaoundé	Ndom Ntock Ferdinand	95
R092	Intérêt de la kétamine dans la prise en charge de la douleur liée à la crise vaso-occlusive	Essola L	95
R093	Douleur post-opératoire en chirurgie pédiatrique : évaluation et prise en charge	Bengono Bengono R	96
Divers			
R094.	Syndrome coronarien aigu : à propos de 13 observations au centre hospitalier d'Essos /Yaoundé	Nkoumou S.	98
R095	Insuffisance rénale aiguë post-opératoire : A propos d'un cas	Nze PC	98
R096	Mise en place et évaluation de l'impact d'un « Ventilator-bundle » aux Cliniques Universitaires de Kinshasa : étude avant-après	Mavinga N J	99
R097	Les consultations pré-anesthésiques aux Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK) en 2014	Kabango R	100
R098	Pratique de l'anesthésie combinée aux Cliniques Universitaires de Kinshasa	Mbala R	100
R099	Réhabilitation post-opératoire et ambulatoire après endoscopie digestive interventionnelle à l'Hôpital Militaire de Libreville : intérêt de l'association Propofol-Alfentanil	Edjo Nkilly G	101
RS100	Aspects épidémiologique, clinique, paraclinique, thérapeutique et évolutif des patients polytraumatisés admis dans le Service de Réanimation Polyvalente du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, Burkina - Faso.	Bonkougou P	102

RS 101	Evaluation des pertes sanguines et de leur compensation au cours des hystérectomies réglées : à propos de 51 cas colligés dans le Département de Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina-Faso).	Bonkougou P	103
RS102	Blocs des nerfs sciatique et obturateur par bolus simple associés au bloc continu par cathéter perinerveux en fémoral dans la chirurgie prothétique du genou : première expérience au CHU d'Owendo.	Obame R	104
RS103	Réhabilitation post opératoire précoce : essai d'un protocole chez la patiente Gabonaise césarisée à l'hôpital universitaire d'Angondjé (HUA).	Obame R,	105
RS104.	Prise en charge péri-opératoire des néphroblastomes à l'hôpital Aristide Ledantec-Dakar	Diaw M	105
RS105	Etude épidémiologique-clinique du tétanos en réanimation à l'hôpital régional de Thiès	Diaw M ¹	106
RS106	Pratique anesthésique pour urgences digestives pédiatriques à l'hôpital Aristide Ledantec	Diaw M	107
Conférences			
C01	Le choc hypovolémique : démarche diagnostique, thérapeutique et pronostique	Wade Khalifa A	109
C02	Problèmes posés par l'anesthésie de la personne âgée	Nkoumou S	110-112
C03	Risques et complications de la transfusion sanguine en Afrique	Tomta K	113
C04	Anesthésie chez le patient avec hypertension artérielle sévère	Kilembe A.	114-117
C05	Méningo-encéphalites tropicales	Tetchi Y. D	118
C06	Insuffisance hépatocellulaire : Diagnostic, pronostic et traitement	Lokossou Th,	119 -120
C07	Anesthésie pour chirurgie cardiaque infantile	Ehounoud Hyacinthe	121-124
C08	Anesthésie-réanimation pour atrésie de l'œsophage	Marie Diop Ndoye	125-126
C09	Prise en charge des blessés par balles : « Damage Control » des premières heures	P-Y. Gueugniaud	127
C10.	Recommandations 2015 pour la Réanimation Cardio-Pulmonaire de l'adulte. Résumé des principales évolutions	P-Y. Gueugniaud	128-131

Résumés des communications

Anesthésie et Réanimation Pédiatrique

R001. Intoxications aiguës de l'enfant en réanimation au CHU de Bouaké

Kouamé KE, Kouadio S, Irié BI GS, N'da-Koffi C, Ogondon B, Avi C, Ouattara M, Boua N, Brouh Y

Service d'anesthésie-réanimation. CHU de Bouaké (RCI)

Introduction : Les intoxications aiguës représentent un des principaux accidents domestiques de l'enfant

Objectif : Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives des enfants pris en charge pour intoxications aiguës en réanimation au CHU de Bouaké.

Patients et méthode : Etude rétrospective descriptive chez les enfants intoxiqués, admis du 1er janvier 2012 à l'au service de réanimation du CHU de Bouaké.

Résultats : Il s'agissait de 52 enfants intoxiqués sur un total de 1476 patients admis en réanimation. 77 % des enfants avaient moins de 5 ans. L'intoxication était accidentelle dans 92 % des cas et avait lieu au domicile familial. Les produits caustiques (50 %), les organophosphorés (25 %) et les médicaments (15 %) étaient les toxiques les plus incriminés. Les principaux signes cliniques observés étaient les ulcérations bucco pharyngées (17,8 %), de douleur abdominale (23,7 %) et de vomissements (33,2 %), la détresse respiratoire (50 %) et les troubles de la conscience (29 %). Le traitement administré au domicile des parents était l'huile de palme (72 %) et le lait (14 %). Le vomissement a été provoqué chez 34,6 % des enfants. Le traitement en réanimation était essentiellement symptomatique et adapté à la nature du toxique. La ventilation mécanique a été nécessaire chez 4 enfants présentant un coma profond et ou une détresse respiratoire. Quatre enfants intoxiqués aux organophosphorés et deux autres au paracétamol sont décédés.

Conclusion : L'importance des intoxications aiguës et la gravité de celles-ci imposent des mesures de prévention primaires qui passent par la sensibilisation des ménages à un rangement correct des produits toxiques.

Mots-clés : Intoxication, organophosphorés, vomissement provoqué

R002. Les brûlures graves de l'enfant en réanimation au CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire).

Irié bi GS, Ogondon B, N'da-koffi C, Kouadio K.S, Avi C, Ouattara M, Kouame KE, Boua N, Y Brouh

Service d'anesthésie- réanimation, CHU de Bouaké, BP 1174 Bouaké, Côte d'Ivoire

Introduction : Les brûlures de l'enfant sont très fréquentes en milieu africain et leur mortalité reste préoccupante.

Objectif : décrire le profil épidémiologique, clinique, et évolutif des enfants pris en charge pour brûlures graves au CHU de Bouaké

Patients et méthode : Etude rétrospective descriptive portant sur les enfants admis pour brûlures graves du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2014, au service de réanimation polyvalente du CHU de Bouaké.

Résultats : Sur un total de 1072 admissions durant la période d'étude, 95 patients ont été admis pour brûlures graves, soit une prévalence de 9%. Les enfants de 0 à 15 ans représentaient 86 % de l'ensemble des brûlures graves. Dans 63% des cas les enfants avaient un âge compris entre 0 et 4 ans et ils étaient le plus souvent issus de milieu socioéconomique modeste. On notait une prédominance masculine (61%) avec une sex-ratio de 1,56. Toutes les brûlures avaient lieu au domicile familial et étaient d'origine accidentelle. Les liquides chauds étaient responsables de 78% des brûlures. Le délai moyen d'admission était de 3 jours avec des extrêmes de 15 minutes à 1 mois. Les brûlures étaient étendues et la surface corporelle brûlée était supérieur à 20% chez 45% des brûlés. Il s'agissait essentiellement de brûlure du 2^e degré superficielle (54%) et de 2^e degré profond (39%). Les brûlures siégeaient le plus souvent au tronc (77%) et aux membres supérieurs (68%). La prise en charge hospitalière a consisté à une mise en condition initiale, un remplissage vasculaire selon la règle de Carjaval associé à une analgésie, un pansement occlusif et une alimentation entérale hyperprotidique. Les deux principales complications étaient l'anémie (71%) et l'infection (18%). La létalité était de 18 % et les facteurs de risques associés au décès étaient l'étendue de la surface corporelle brûlée (p=0,003) et la profondeur de la brûlure (p=0,04)

Conclusion : La brûlure grave de l'enfant est accidentelle et fréquente en milieu africain. La prévention de cet accident redoutable grevé d'une mortalité élevée repose sur la sensibilisation des parents pour une meilleure surveillance de l'enfant.

Mots Clés : Enfant - Brûlures graves – épidémiologie – pronostic - Côte d'Ivoire

R003. Epidémiologie et traitement des intoxications aiguës d'origine chimique et médicamenteuse dans deux hôpitaux de référence de la ville de Douala

Njall Pouth Clotilde¹⁻², Dissongo Jean II¹⁻², Kana Florita¹, Beyiha Gérard¹, Binam F³

1. *Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala, Cameroun*
2. *Hôpital Laquintinie de Douala, Cameroun*
3. *Faculté des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé1, Cameroun*

Résumé

Introduction. Les intoxications aiguës représentent un véritable problème de santé publique du fait de leur fréquence élevée chez le sujet jeune et des difficultés de prise en charge dans les pays en voie de développement.

Objectif : Etudier le profil épidémiologique et le traitement des intoxications aiguës d'origine chimique et médicamenteuse à l'hôpital général (HLD) et à l'hôpital Laquintinie de Douala (HGD).

Méthodologie : Nous avons mené une étude descriptive rétrospective de Janvier 2009 en Décembre 2013 dans les services des urgences, de réanimation médicale, de pédiatrie, de médecine et de pharmacie de l'HGD et de l'HLD. Ont été inclus les dossiers complets des patients de tout âge admis pour intoxication aiguë d'origine chimique et médicamenteuse. Les données à collecter étaient relatives : aux caractéristiques sociodémographiques et cliniques à la nature des produits en cause, au traitement et à la disponibilité des antidotes. Le logiciel SPSS 2.0 a été utilisé pour l'analyse statistique. L'existence des liens entre certaines variables a été confirmée par le test de khi 2.

Résultats : 451 cas d'intoxication aiguë ont été recensés durant cette période ; 123 dossiers étaient

exploitables (44 à l'HGD et 79 à l'HLD). Les hommes prédominaient avec un sexe ratio H/F de 1.12; l'âge moyen était de 15 ans avec les extrêmes de 02 mois à 82 ans. L'intoxication était accidentelle dans 82,9% des cas et dans un but suicidaire dans 14,63% des cas. Les médicaments sont les types de toxique fréquemment retrouvés, suivis des produits caustiques et des pesticides ; les insecticides étaient incriminés dans 20,3% des cas, l'eau de javel dans 14,6%, les médicaments du système nerveux 11,2%, le pétrole 8,1%. L'intoxication était asymptomatique à 13,8% ; les manifestations cliniques étaient dominées par les troubles respiratoires, digestives et neurologiques. Le traitement symptomatique était systématique, le traitement évacuateur a consisté en un lavage gastrique (26,2%), la diurèse a été faite dans 45,9% des cas. Le traitement antidotique était réalisé dans 15,4% des cas. La mortalité globale était de 9%. Les antidotes étaient disponibles à 64,3% à l'HLD et 57,1% à l'HGD.

Conclusion : Cette étude nous a permis d'estimer la fréquence et la gravité des intoxications aiguës, de maîtriser les toxiques incriminés et d'évaluer leur prise en charge.

Mots clés : intoxication aiguë, chimique, médicaments, produits caustiques, antidote

R004. Complications per et post opératoires en anesthésie pédiatrique à l'hôpital Gynéco-Obstétrique et pédiatrique de Yaoundé

Amengle A.L., Metogo Mbengono J.A., Bengono Bengono R., Zambo G. A. Esiene A., Owono Etoundi P., Afane Ela A Zé Minkandé J.

Auteur correspondant : Amengle A.L. Département de chirurgie et spécialités, FMSB/UIYI. Email : ludovicamengle@yahoo.com.

Introduction : L'anesthésie pédiatrique a pour caractéristique première, de prendre en charge un malade dont les particularités anatomiques, physiologiques et psychologiques en font un individu spécifique. Les enfants sont ainsi exposés à de nombreuses complications péri-opératoires. La morbidité per et post-opératoire reste élevée chez l'enfant et plus particulièrement chez les moins d'un an dans notre milieu. Notre étude avait pour but de déterminer l'incidence des complications per et postopératoires chez les enfants ayant eu une anesthésie dans notre contexte.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude descriptive prospective et analytique faite pendant une période de six mois, chez des patients âgés de zéro à quinze ans, ayant eu une anesthésie en chirurgie, programmée ou d'urgence. Les patients étaient recrutés, lors de la consultation d'anesthésie, et nous les suivions tout au long des périodes per et post opératoire immédiate. Les variables étudiées étaient : L'âge et le sexe, l'indication opératoire, les comorbidités, la classe ASA, le caractère urgent ou programmé, la durée de la chirurgie et de l'anesthésie, les médicaments utilisés, le grade du personnel ayant réalisé l'anesthésie, les complications per et post-opératoires.

Résultats : Nous avons inclus 151 patients durant notre période d'étude. Le sexe ratio était de 2,4 en faveur du sexe masculin. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 1 à 5 ans (39,7%) pour un âge moyen de 4,4 ans \pm 4,5ans. L'indication chirurgicale la plus fréquente était la hernie

inguinale non étranglée (26,3%). La chirurgie était programmée dans 75,5% des cas et la classe ASA 1 était la plus représentée (61%). Nous avons eu 33,1% de patients ayant développé au moins une complication en périodes per et post-opératoire. L'étape la plus pourvoyeuse de complications a été le réveil (46,1%) contre 9,9% à l'induction et 20,8% à l'entretien. Les complications respiratoires étaient les plus nombreuses (32,9%). Les prises en charge ont été adéquates dans 97,8% des cas. Nous avons eu 2 cas d'ACR en période per-opératoire dont un décès sur table malgré les manœuvres de réanimation cardio-pulmonaire. Nous avons enregistré 12 décès soit un taux de mortalité à 7,9%. Les facteurs associés à la survenue de complications étaient l'âge de moins de 1 an et le caractère urgent de la chirurgie.

Conclusion : L'incidence des complications per et post-opératoires en anesthésie pédiatrique était de 33,1%. Les principales complications étaient respiratoires (32,9%). Les principaux facteurs associés à la survenue de complications étaient l'âge de moins d'un an et le caractère urgent de la chirurgie. Le taux de mortalité en anesthésie pédiatrique dans notre contexte était de 7,9%.

Mots-clés : Anesthésie pédiatrique, incidence, Complications des périodes per et post-opératoires.

Références

1. Paterson N, Waterhouse P. Risk in pediatric anesthesia. *Pediatric Anesthesia*. 2010 ;21(2011) :848-57.

R005. Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant en réanimation cardio-pulmonaire à l'hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé

Amengle A.L., Metogo Mbengono J.A., Bengono Bengono R., Abah Eyenga N. G., Owono Etoundi P., Afane Ela A, Ze Minkande J.

Département de chirurgie et spécialités, FMSB/UII

Auteur correspondant : Amengle A.L. Email : ludovicamengle@yahoo.com.

Introduction : L'arrêt cardio-respiratoire (ACR) est un problème majeur de santé publique, de par sa morbi-mortalité. Il s'agit d'une extrême urgence, nécessitant des gestes de réanimation, prompts et efficaces. Il est pourvoyeur de séquelles lourdes, notamment cérébrales les états végétatifs chroniques. L'objectif de notre étude était d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant vis-à-vis de la réanimation cardiopulmonaire (RCP).

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude CAP réalisée sur une période de 6 mois. Notre étude a inclus de façon consécutive les personnels de santé des services d'anesthésie-réanimation et des urgences de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé. Les variables étudiées étaient le profil socio-professionnel, les connaissances sur l'ACR et la RCP (définition, causes et séquelles de l'ACR, délais de prise en charge, nombre de compressions thoraciques et d'insufflations recommandées, définition du défibrillateur et indication d'utilisation), les attitudes vis-à-vis d'une victime en ACR (expérience d'ACR, ressenti devant une victime en ACR, niveau de confort en cas de RCP, facteurs de confusion), et les pratiques de RCP. Les paramètres statistiques étaient descriptifs.

Résultats : Nous avons approché 40 personnels de santé sur 74 exerçant dans ces services soit un taux de réponse de 54% (40/74). La population d'étude était constituée de 35% d'infirmiers, 20% d'étudiants en médecine et stagiaires

infirmiers, 15% de résidents en anesthésie, 7,5% de médecins anesthésistes-réanimateurs, 2,5% de médecins généralistes. Parmi les enquêtés, 77,5% avaient déjà reçu une formation aux premiers secours, 52,5% ne suivaient pas de formation continue. Le niveau global de connaissance du personnel soignant sur l'arrêt cardiaque et sa prise en charge était moyen (60%). Les taux de très bonnes connaissances et de bonnes connaissances étaient de 35%, le taux de connaissances moyennes était de 22,5%, et le taux de connaissances insuffisantes était de 7,5%. Les attitudes étaient globalement appropriées (82,5%). Mais les taux de pratiques appropriées, inappropriées et néfastes étaient respectivement de 7,5%, 25% et 67,5%.

Conclusion : Plus de la moitié du personnel soignant a des connaissances adéquates et des attitudes appropriées vis-à-vis de la RCP. Cependant, les pratiques se révèlent être globalement inadéquates. Des exercices pratiques réguliers de réanimation cardio-pulmonaire permettraient d'améliorer les performances.

Mots-clés : Personnel soignant, réanimation cardio-pulmonaire, connaissances, attitudes

Références:

1. Resolution WHA61.14. WHO 2008–2013 Action plan for the global strategy for prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva, World Health Organization, 2008.
2. Chin A. Sudden cardiac death in Africa. Cardiovascular Journal of Africa. 2014 ; 25 (4) :151-52.

3.

Anesthésie et réanimation en obstétrique

R006. Facteurs pronostiques de l'éclampsie en réanimation polyvalente au Centre Hospitalier-Universitaire du Point-G

Traoré S, Dicko H, Diallo B, Keita M, Beye SA, Diallo D, Touré MK, Doumbia D¹, Coulibaly Y¹

Service d'Anesthésie-Réanimation et des Urgences, CHU du Point G.

Auteur correspondant : Traoré Sory ; Email : traore.s1978@yahoo.fr

Introduction : L'éclampsie, complication redoutable de la prééclampsie, constitue l'une des urgences obstétricales les plus difficiles à prendre en charge. Dans les pays en développement son incidence est d'environ 10,75 pour 1000 accouchements avec une mortalité de 10 à 25%. Au CHU du Point G, elle représentait 10% des admissions en réanimation avec une mortalité de 10% en 2010. L'objectif de cette étude était de déterminer les facteurs pronostiques de l'éclampsie en milieu de réanimation polyvalente.

Matériels et Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et analytique sur 5 ans (2011 – 2015), portant sur l'ensemble des dossiers des patientes admises en réanimation pour éclampsie. Les paramètres étudiés étaient : sociodémographique, cliniques, biologiques, thérapeutiques, et pronostic. Les facteurs prédictifs de décès étaient recherchés. Le test du Chi 2 de Pearson a été utilisé avec une erreur $\alpha = 0,05$ considérée comme seuil de signification. La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel SPSS 22.0.

Résultats : Sur 497 dossiers d'éclampsie (20,63% des admissions), 409 répondants à nos critères d'inclusion ont été analysés. L'âge moyen était de 21 ± 5 ans. Il s'agissait de femme au foyer dans 63%, et 56% d'entre elles étaient non instruites ; avec une grossesse non suivie dans 36% des cas. La plupart des patientes (98,3%) avaient accouché avant leur admission dans le service dont 52,9% par césarienne. Dans 12,9 % des cas, le score de Glasgow était

inférieur à 9, et 13,3% des patientes étaient conscientes à l'admission. Le sulfate de magnésium utilisé pour la prévention des récurrences de crises convulsives chez 87,5%. L'antihypertenseur de choix était la Nicardipine (74,8%). L'assistance ventilatoire était réalisée chez 16%, la transfusion chez 16%, et la dialyse chez 5% des patientes. Les autres complications de la prééclampsie les plus fréquemment associées étaient : le Hellp Syndrome (14%), l'insuffisance rénale (8%), l'AVC (4%), et l'OAP (3%). Nous avons enregistré 40 décès maternels (9,8%). Après analyse statistique, les facteurs de risque de mortalité retrouvés étaient l'âge maternel, les antécédents d'HTA, la primigestité, la primiparité, l'absence de suivi des grossesses, le score de Glasgow, la pression artérielle, l'association à d'autres complications de la prééclampsie, à d'autres pathologies, l'assistance respiratoire, et la durée d'hospitalisation.

Conclusion : L'éclampsie demeure une pathologie fréquente (20,63%) et très mortelle (9,8%) dans notre contexte. Ce travail nous a permis d'identifier de nombreux facteurs pouvant influencer son pronostic. Le suivi de la grossesse, un diagnostic et une prise en charge précoce de patientes présentant ces facteurs devrait contribuer à améliorer le pronostic de cette pathologie.

Mots clés : Prééclampsie, éclampsie, réanimation, facteurs pronostics, mortalité.

R007. Prise en charge de l'éclampsie en réanimation : Evaluation de l'efficacité du sulfate de magnésium en administration intraveineuse strite

Owono Etoundi P., Amengle A.L., Ntsa Nkoula C., Alogo N.M., Ze Minkandé J.

Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales. Université de Yaoundé 1

Auteur correspondant : Dr Owono Etoundi Paul, E-mai : owonop@gmail.com

Introduction : La pré-éclampsie et l'éclampsie sont des troubles hypertensifs gravidiques responsable d'une morbi-mortalité materno-fœtale considérable. Longtemps pris en charge dans les maternités, ces pathologies sont de plus en plus admises en réanimation. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité et la tolérance obtenues après administration par voie intraveineuse strite du sulfate de magnésium dans la prise en charge de cette pathologie en réanimation.

Patients et méthodes : Il s'agissait d'une étude cohorte descriptive, menée dans le service de réanimation de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, du 1^{er} février au 31 juillet 2016. Elle concernait les femmes enceintes, consentantes, présentant une pré-éclampsie sévère ou une éclampsie. Celles ci recevaient à l'admission une dose de charge de 4 g de sulfate de magnésium en IVDL pendant 20 minutes, suivie d'une perfusion continue au pousse seringue électrique à un débit de 1 g/heure pendant 48 heures. L'évolution materno-fœtale et la tolérance sous ce traitement étaient appréciées.

Résultats : 25 cas de pré-éclampsie sévère et 22 cas d'éclampsie ont été pris en charge. L'âge moyen des

patientes était de $27,8 \pm 6,4$ ans. 38 patientes étaient admises au 3^e trimestre d'aménorrhée (37 – 40 semaines) et 9 patientes en post-partum. On a noté une prévention totale de la survenue des crises convulsives chez les patientes pré-éclamptiques et un amendement des crises convulsives après la première heure d'administration de sulfate de magnésium chez les patientes éclamptiques (91,66 %). Dans les deux cas, on a noté une stabilité hémodynamique. Les seuls effets secondaires retrouvés étaient les bouffées de chaleur (63%). L'évolution a été marquée par 10 accouchements par voie basse d'enfants vivants, 28 césariennes avec extraction de 7 fœtus mort in utéro. La durée moyenne d'hospitalisation en réanimation était de 4 ± 2 jours.

Conclusion : Le sulfate de magnésium administré par voie intraveineuse strite permet une prise en charge optimale de la pré-éclampsie sévère et de l'éclampsie. Une collaboration étroite entre gynécologue obstétricien et anesthésiste réanimateur serait un atout important dans cette prise en charge.

Mots clés : sulfate de magnésium, voie intraveineuse, pré-éclampsie sévère, éclampsie, réanimation

R008. Prise en charge de l'éclampsie grave en réanimation au CHU de Bouaké

Kouadio S, Irié Bi Gohi S, Nda Koffi C, Ogondon B, Ouattara M, Avi C, Kouamé KE, Boua N, Brouh Y.

Introduction : L'éclampsie est une complication neurologique grave de la pré-éclampsie.

Objectif : Décrire les caractères épidémio-cliniques et évolutifs des patientes admises en réanimation pour éclampsie.

Matériels et méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive, sur une période de 3 ans allant de janvier 2013 à janvier 2016 des patientes traitées pour éclampsie dans le service de réanimation du CHU de Bouaké ; république de Côte d'Ivoire.

Résultats : Nous avons enregistré 75 cas d'éclampsie, soit une prévalence de 6,94%. L'âge moyen de nos patientes était de 22,69 ans (extrêmes : 13 et 39 ans). Il s'agissait dans 60% des cas de primipare. Les crises convulsives ont débuté chez 51,28% des patientes en ante partum, chez 5,13% en per partum et dans 43,59% des cas en post partum. La césarienne a été pratiquée en urgence pour sauvetage fœtal chez 47,37% des patientes. La mortalité fœtale était de 35% chez les patientes césarisées. Le délai moyen de transfert en réanimation était de 24h (extrêmes de 6h et 48h). Toutes les patientes présentaient un coma profond à leur admission avec un score de Glasgow moyen à 8 (extrêmes 5 et 11). D'autres complications de la pré-éclampsie étaient diversement associées aux troubles neurologiques. Il s'agissait de l'insuffisance rénale oligo-anurique (2,56%), l'œdème aigu du poumon (5,13%), l'accident vasculaire

cérébral (5,12%) et l'HELLP syndrome (15,38%). La prise en charge a consisté à : l'administration de diazépam à la dose moyenne de 20mg pour traiter les crises convulsives. Le sulfate de magnésie a été exclusivement utilisé en prévention des crises convulsives à la posologie de 1g/h à la seringue électrique. Le thiopental a été utilisé contre l'état de mal convulsif. Les patientes présentant un coma profond ont bénéficié d'une ventilation mécanique en mode contrôlé et d'une sédation par (hypnovel + fentanyl) ou par l'association (thiopental + fentanyl). Les durées moyennes de ventilation et sédation étaient respectivement de 2,7 jours (extrêmes 2 et 3 jours) et de 2 jours (extrêmes 1 et 2,5 jours). La nicardipine a été l'antihypertenseur le plus utilisé. Le furosémide et la dopamine à dose dopaminergique ont permis de relancer la diurèse. Aucun patient n'a été dialysé. L'expansion volémique a été systématique. Un seul patient a bénéficié d'une transfusion de 4 poches de plasma frais congelé sur 2 jours pour un œdème généralisé à prédominance cervico faciale. La durée moyenne d'hospitalisation était de 4,57+/-1 jours. La mortalité était de 41,03% de décès.

Conclusion : La mortalité liée à l'éclampsie reste élevée et l'accent doit être mis sur la prévention.

Mots clés : éclampsie, pré-éclampsie, gestose, HELLP syndrome

R009. Prise en charge des grossesses extra-utérines rompues : profils hémodynamiques comparés entre coeliochirurgie et laparotomie

Edjo Nkilly G¹., A. Matsanga E¹. Sougou d¹. Manli, TDD.Tchanchou², J. Minto'o², E. M'piga², H. Malonga¹, M. Zue-Mba¹, H. Ndaky¹, S. Mati-Tsonga², JM. Mandji-Lawson¹, R. Tchoua¹

1. Département d'Anesthésie Réanimation Urgences : Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba, Libreville, Gabon
2. Service de gynécologie obstétrique : Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba, Libreville, Gabon

Auteur correspondant : G. Edjo Nkilly, edjo_ghislain@yahoo.co

Introduction : Le pneumopéritoine est un facteur surajouté d'instabilité hémodynamique en coeliochirurgie pour chirurgie de la GEUR.

Objectifs: comparer le statut hémodynamique des grossesses extra-utérines rompues traitées par laparotomie et celles traitées par coeliochirurgie à l'HIAOBO.

Matériel et méthode : De janvier 2015 à février 2016. Ont été analysés les constantes hémodynamiques à l'admission aux urgences, en pré et per opératoire. Le statut hémodynamique est apprécié par la différence entre les valeurs pré- opératoires et les valeurs minimales per opératoires définissant un delta pression artérielle systolique (delta PAS), delta pression artérielle diastolique (delta PAD), delta fréquence cardiaque (delta FC) et la valeur de l'index de choc (FC/PAS) à l'admission et en per opératoire.

Résultats : sur 54 GEU rompues inclus, 35 (61.43%) traitées par coeliochirurgie et 19 (33.33%) par laparotomie. L'Index de choc à l'admission était de 0,75 (groupe coeliochirurgie) et 0,81 (groupe laparotomie). En peropératoire, l'Index de choc était de 0,89 (groupe coeliochirurgie) contre 0,87(groupe laparotomie), le Delta PAS était de 30,14mmHg (groupe coeliochirurgie) et 34,21mmHg (groupe laparotomie), p=0,26

L'analyse des 2 groupes n'a pas retrouvé de différence significative sur la mortalité, le statut hémodynamique et la transfusion.

Conclusion : la prise en charge anesthésique est centrée sur une bonne réanimation pré opératoire avec une stratégie transfusionnelle agressive pour lutter contre le choc hémorragique et prévenir le retentissement hémodynamique du pneumopéritoine en chirurgie coelioscopique. L'autotransfusion y trouve une excellente indication.

Mots-clés : GEU-hémopéritoine -coeliochirurgie-laparotomie

R010. Evaluation de l'utilisation et de l'efficacité du sulfate de magnésium dans la prévention secondaire de l'éclampsie

Nze PC^{1,2}, Nnang JF¹, Vemba A¹, Essola L², Assoume D⁴, Minkobame U³, Bekale J¹

1. Département d'anesthésie-réanimation-urgences, CHU d'Angondje (CHUA), Libreville
2. Service d'anesthésie-réanimation, CHR de l'Estuaire-Mélen (CHREM), Libreville
3. Département de gynécologie-obstétrique, CHUA, Libreville.
4. Service de gynécologie-obstétrique, CHREM, Libreville.

Introduction : Selon les recommandations formalisées d'expert 2009, le sulfate de magnésium est le traitement de référence de la crise d'éclampsie et de sa récurrence.

Objectif : déterminer la fréquence et l'efficacité de l'utilisation du sulfate de magnésium dans la prévention secondaire de la crise d'éclampsie à l'échelle de deux structures sanitaires publiques de Libreville.

Patientes et méthodes : Etude rétrospective portant sur toutes les patientes hospitalisées en unité de soins intensifs pour la prise en charge d'une éclampsie au CHUA et au CHREM. La période d'inclusion était d'environ deux ans jusqu'en juin 2016. Les données démographiques, obstétricales, les modalités de prise en charge et les complications maternofoetales ont été recueillies à partir des dossiers. Les principaux paramètres de jugement étant la fréquence d'utilisation et l'efficacité du sulfate de magnésium dans la prévention secondaire de l'éclampsie.

Résultats : Trente-trois patientes ont été incluses. Vingt-quatre (73%) ont présenté une crise convulsive en prépartum, aucune en perpartum et 9 (27%) en postpartum. Le recours au sulfate de magnésium a été observé chez toutes les patientes (100%), la durée d'administration a été principalement de vingt-quatre heures (32/33 soit 97%). Deux cas (6%) de récurrences ont été observés. Aucun décès maternel n'a été noté, tandis que la mortalité périnatale était de 18% (6/33).

Conclusion : Notre étude démontre l'importance de l'intégration des recommandations d'expert dans la prise en charge des pathologies graves comme l'éclampsie. La morbidité maternelle a été nettement améliorée et des efforts restent à fournir pour le pronostic périnatal.

Mots-clés : Eclampsie – Sulfate de magnésium – Morbidité maternelle et périnatale.

R011. Prise en charge anesthésique des césariennes en urgence aux Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK).

Mbombo W.^{1,2}, Manzombi J.¹, Anigele K.³, Kilembe A.¹

¹ Cliniques Universitaires de Kinshasa ² Centre Hospitalier Monkole ³ Indépendant

Introduction : La césarienne réalisée en urgence s'accompagne d'un risque materno-fœtal très élevé, du fait du stress et de la désorganisation, des erreurs anesthésiques et/ou chirurgicales (1, 2).

Objectif : décrire la prise en charge anesthésique des césariennes en urgence aux CUK.

Matériel et Méthodes : Une étude descriptive, portant sur 157 dossiers des césariennes sur une période d'une année (1^{er} janvier-31 décembre 2014). Les paramètres étudiés étaient : l'âge, l'indication de la césarienne en urgence, la classe ASA, la technique d'anesthésie, les produits anesthésiques utilisés, le score d'APGAR à la 1^{ère} minute, l'incident peranesthésique, la mortalité néonatale et maternelle.

Résultats : En 2014, sur 355 césariennes pratiquées 157 (soit 47%) ont été réalisées en urgence. L'âge moyen était de 30,3 ans. La souffrance fœtale aiguë (23 ;6%), la disproportion foeto-pelvienne (11,4%), la pré-éclampsie sévère (15,3%) constituaient les premières causes de césarienne. La majorité des gestantes (57,3%) ont été classé ASA I. La rachianesthésie était la technique la plus utilisée avec une fréquence de 78,4%. L'association propofol-thiopental était la plus utilisée pour l'anesthésie générale (38,1%). Utilisé seul, le narcotique le plus utilisé était la Kétamine (33,3%). La bupivacaine a été le seul anesthésique local utilisé pour la rachianesthésie, La majorité des césariennes se sont déroulées sans complications, l'hypotension artérielle était l'incident peropératoire le plus fréquent. 64,8% de nouveaux nés ont eu un APGAR > 7 à la première minute. Nous avons enregistré 16,7% de décès fœtal et /ou néonatal péri-opératoire et aucun décès maternel.

Conclusion : Excepté l'utilisation de la kétamine seule comme hypnotique, la pratique anesthésique pour la césarienne en urgence est conforme aux données de la littérature.

Mots clés : Anesthésie, césarienne en urgence,

Références :

1. **D.Chassard, L. Bouvet,** Anesthésie pour césarienne, congrès SFAR 2014, France, 20p
2. **W. Mbombo, F. Mbuyi, A. Mosolo, L. Tshilolo,** Anesthésie pour césarienne programmée dans un hôpital de niveau secondaire : cas du centre hospitalier Monkole, Ramur, Tome 18, n° 4, 2013, 11-145

R012. Syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible du postpartum en réanimation polyvalente au CHU du Point G

Diallo B, Dicko H, Traoré S, Beye SA, Diallo D, Sissoko AS, Touré MK, Keita M, Doumbia D, Coulibaly Y.

Auteur correspondant : DIALLO Boubacar ;
aboudiallo@gmail.com

Service d'Anesthésie-Réanimation et des Urgences, CHU du Point G

Introduction : le syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible (SEPR), est un syndrome rare, de diagnostic clinico-radiologique associant des manifestations neurologiques et des lésions typiquement bilatérales et symétriques des lobes pariéto-occipitaux.

Patientes et Méthode : cette étude a été réalisée sur une cohorte de patientes en péripartum sur une période de 3 ans (2012 – 2015). Nous avons identifié de façon rétrospective 4 cas de SEPR. Pour chaque patiente, nous avons recueilli les antécédents (médicaux chirurgicaux, obstétricaux), le déroulement de la grossesse, les modalités d'accouchement, le profil clinique et tomodensitométrique, le traitement et l'évolution.

Dans un premier temps, nous faisons la description des caractéristiques cliniques des 4 cas de PRES, et présentons les modalités de prise en charge et le pronostic ; puis une discussion est organisée sur la base des résultats obtenus, et une revue de la littérature sur les différents aspects de la prise en charge des femmes présentant un SEPR en péripartum.

Résultats : nous avons enregistré 4 cas de SEPR du postpartum, survenus dans un contexte d'éclampsie (HTA, protéinurie, crise convulsive ou coma). Il s'agissait de primigestes entre 16 et 18 ans. Des manifestations cliniques à type de : céphalée, hypertension artérielle, trouble visuel, crise convulsive tonico-clonique ont été rapportés chez toutes les parturientes. Le diagnostic a été confirmé par la TDM cérébrale dans 3 cas objectivant une hypodensité occipitale bilatérale et à l'IRM dans un cas montrant des lésions hétérogènes en polaire frontale, pariétal droit et occipital bilatéral en hyper-signal. L'évolution a été favorable dans tous les cas en moins de 6 jours sous traitement antihypertenseur et anticonvulsivant.

Conclusion : Le SEPR et l'éclampsie partagerait probablement les mêmes mécanismes physiopathologiques. Leur prise en charge et leur pronostic semblent similaires.

Mots clés : Syndrome d'Encéphalopathie Postérieure Réversible ; HTA ; péripartum ; Point G

R013. Syndrome thoracique aigu et prééclampsie chez les drépanocytaires majeures

Diallo B¹, Traoré S¹, Dicko H, Touré BA², Sima M³, Keita M¹, Doumbia D¹, Coulibaly Y¹

1. *Service d'Anesthésie-Réanimation et des Urgences, CHU du Point G ; Bamako/Mali*
2. *Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose, Point G ; Bamako/Mali*
3. *Service de Gynéco-Obstétrique, CHU du Point G ; Bamako/Mali*

Auteur correspondant : Diallo Boubacar ; Email : aboudiallo@gmail.com

Introduction :

La grossesse représente une source de décompensations aiguës de la pathologie drépanocytaire et, à l'inverse, la drépanocytose influe sur le cours de la grossesse avec un retentissement fœtal et maternel.

Nous rapportons deux cas de syndrome thoracique aigu (STA) associé à une prééclampsie sévère chez deux parturientes drépanocytaires.

Observations :

Mesdames, NM 26ans, primigeste, nullipare, et KD 24ans deuxième geste primipare avec un enfant vivant, sont drépanocytaires majeures S/C, suivies régulièrement au Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose. Elles ont été admises consécutivement en réanimation, pour syndrome thoracique aigu sur des grossesses évolutives de 26 et 38 semaines d'aménorrhée.

Leur symptomatologie respiratoire était faite de toux, de douleur thoracique, et de dyspnée, sur fond de crise vaso-occlusive. Un accès palustre (GE+ à 300 trophozoïtes/mm³) était associé chez madame NM.

Les tableaux cliniques étaient similaires à l'évaluation, avec des patientes conscientes se plaignant de douleur ostéo-articulaire et thoracique fortes, dyspnéiques à type de tachypnée à 28, 30 cycles par minutes, des signes de lutte respiratoire, des difficultés à parler et à tousser ; une désaturation à 81% et 86%.

L'auscultation pulmonaire retrouvait des râles crépitants dans les deux champs, et la radiographie du thorax objectivait des infiltrats parenchymateux de novo.

Par ailleurs on notait un tableau de prééclampsie sévère dans les deux cas avec des poussées hypertensives, des œdèmes diffus, et des protéinuries à 2 et 3 croix à la bandelette urinaire.

Sur le plan biologique, on notait une anémie à 7 et 8 g/dl, et une hyperleucocytose à 21000 et 22000 / mm³ ; l'hémoglobine S était à 46%, l'Hb C 43% chez KD ; les gaz du sang n'ont pas pu être réalisés.

La prise en charge thérapeutique a consisté en une oxygénation par masque à haute concentration associée à des séances de CPAP par BOUSSIGNAC ; une analgésie associant Morphine, Néfopam et Paracétamol ; des séances d'échange transfusionnelle ; une bi-antibiothérapie par Céfotaxime et Gentamicine ; le sulfate de magnésium et la nicardipine ; la prévention de la maladie thromboembolique, une réhydratation, et l'alcalinisation par bicarbonate de sodium. L'évolution était favorable dans les deux cas avec un accouchement par voie basse chez l'une et par césarienne chez l'autre. Dans les deux cas, nous avons notés un retard de croissance intra-utérine.

Conclusion : la survenue d'un STA chez la femme enceinte drépanocytaire pose d'énormes problèmes. La prise en charge thérapeutique nécessite obligatoirement une assistance respiratoire et des échanges transfusionnels. Ce n'est qu'à ce prix qu'on peut espérer une évolution favorable, tant maternelle que fœtale.

Mots clés : syndrome thoracique aigu, drépanocytose, prééclampsie

R014. Prise en charge de l'éclampsie à l'hôpital militaire de Douala : à propos de 10 cas

Ebosse P.D, Nkomom G.

Objectifs : étudier les facteurs de risques, le pronostic et l'efficacité du protocole thérapeutique.

Type d'étude : étude descriptive et rétrospective

Méthode et critères d'inclusion : toutes les femmes ayant présenté un épisode convulsions généralisées au cours du 3^{ème} trimestre de la grossesse ou dans les suites de couches ont été incluses dans l'étude.

Résultats : Nous avons recruté 10 patientes sur une période de 6 mois. L'âge moyen était de 29.2 ans avec des extrêmes de 16 et 35 ans. 80% avaient un bas niveau socio-économique. 80% étaient suivies par une sage-femme, une par un gynécologue et un autre n'avait pas eu de suivi. La moitié des patientes étaient primipares. 60% ont été incluses dans l'étude après 32 semaines d'aménorrhée (SA) et donc opérées, tandis que 30% ont été admises au cours du post-partum. Une des patientes a été admise à 30 SA. Aucune patiente n'avait d'antécédent d'HTA. 30% ont présenté des complications infectieuses à type de pneumonies nosocomiales et un cas d'infection urinaire. Deux cas de cécités transitoires ont été enregistrés ainsi que deux cas d'insuffisance rénale aiguë transitoire. Un décès a été enregistré. La durée moyenne de séjour en réanimation était de 5.2 jours avec des extrêmes de 2 à 10 jours. Le protocole de thérapeutique associant le Propofol à 1.5-2 mg/kg/H et la Nicardipine à la seringue électrique s'est révélé efficace dans 80% des cas au bout de 48H pour arrêter les convulsions et normaliser les chiffres tensionnels.

Conclusion : L'éclampsie qui survient dans le post-partum est de meilleur pronostic que celle qui survient avant l'accouchement. Le bas niveau-socio-économique est un facteur de risque. Le protocole associant le Propofol et la Nicardipine est très efficace dans la prise en charge des convulsions et l'HTA liées à l'éclampsie. Les complications infectieuses sont liées à l'inhalation qui survient au cours des convulsions.

Mots clés : éclampsie-facteur de risque-convulsions-Propofol-Nicardipine

R015. Réhabilitation post-opératoire et ambulatoire après endoscopie digestive interventionnelle à l'Hôpital Militaire de Libreville : intérêt de l'association Propofol-Alfentanil

Edjo Nkilly G¹., Matsanga A¹., Sougou E¹., Manli D¹., Gombako A¹., Malonga H¹., Mihindou U¹., Manfoumbi Jc¹., Kogou C¹., Ndaky H¹., Zué-Mba M¹., Touloubet F¹., Kersanty³, Eyaf²., Mandji-Lawsonj M1, Tchoua R¹

1. Service d'anesthésie-réanimation, HIAOBO
2. Service de médecine, unité d'endoscopie digestive, HIAOBO
3. Service gastroentérologie, Hôpital Américain, Paris

Auteur correspondant : G. Edjo Nkilly, edjo_ghislain@yahoo.com

Objectif : Démontrer la faisabilité d'une prise en charge ambulatoire au pris d'une organisation pluridisciplinaire rigoureuse.

Patients et méthode : Tous les patients ont bénéficié d'une consultation préanesthésique avant la chirurgie, en fonction du terrain et de l'examen clinique, un bilan complémentaire était demandé par l'anesthésiste, une attention particulière était portée sur la tolérance à l'effort évaluée par l'équivalent métabolique (MET). La veille, les patients étaient contactés par téléphone pour confirmation de l'heure de convocation (7h30) avec rappel des mesures de jeun et de la préparation colique. Le protocole anesthésique était une anesthésie générale avec ou sans intubation, passage systématique en service de surveillance post-interventionnelle (SSPI). Retour à domicile évalué selon le score de CHUNG, les patients reprenaient l'alimentation dès retour à domicile.

Résultats : 65 patients étaient éligibles à l'ambulatoire. Les patients ASA1 étaient majoritaire (56,92%), 64,61% des patients avaient un équivalent métabolique entre 4 et 6. La marche était l'activité physique prédominante (52,30%), la coloscopie était le geste prédominant (29,23%), la sédation était réalisée dans 87,69% des cas, le propofol était l'hypnotique le plus utilisé (90,77%) et l'alfentanil (89,23%) le morphinique le plus utilisé. Aucune complication n'a été noté.

Conclusion : cette étude démontre la faisabilité d'une prise en charge ambulatoire dans notre contexte. Elle nécessite une maîtrise du circuit du patient. Un choix de produits anesthésiques à demi-vie courte permet un réveil et une réhabilitation précoce, l'association propofol-alfentanil possède le meilleur profil pharmacocinétique pour atteindre de tels objectifs.

R016. Issue maternelle et néonatale lors de l'utilisation de la WHO SAFE CHILDBIRTH CHECKLIST à l'Hôpital Gynéco Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé

Metogo Ntsama J.A., Metogo Mbengono J.A, Belinga E., Dohbit Sama, Amengle A.L., Foumane P., Ze Minkande J.

Département de Gynécologie-Obstétrique, FMSB/UII

Introduction : L'accouchement est l'aboutissement d'un long processus d'attente pour la famille et de joie extrême pour la mère. Pourtant, elle est grevée de complications maternelles et fœtales. Dans l'objectif d'améliorer les conditions d'accueil et de prise en charge en maternité l'OMS a développé un instrument de rappel des bonnes attitudes : la « WHO safechildbirthchecklist ». Dans un environnement tel que le nôtre, la mortalité maternelle et néonatale reste encore élevée. Nous nous sommes proposés d'évaluer l'issue maternelle et néonatale en utilisant cet instrument

Matériel et méthode : Nous avons réalisé un essai clinique randomisé sur une période de six semaines à la maternité de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé. Nous avons inclus toutes les parturientes en travail, ayant donné leur consentement. Deux groupes de parturientes étaient formés en fonction de l'utilisation ou non de la « WHO safechildbirthchecklist » : Un numéro a été attribué à chaque parturiente. Chez les parturientes du groupe A avec chiffre impair, la checklist n'a pas été utilisée et chez celles du groupe B la checklist était utilisée. Ces parturientes ont été appariées en fonction de l'âge, de leur parité et de leurs antécédents. Les variables étudiées étaient la qualité des soins, les complications pendant et après l'accouchement et l'avis des utilisateurs sur la check-list. Les données étaient analysées grâce aux logiciels Excel et Epi info version 3.5.4 pour étudier les moyennes et fréquences. Le test

de Student était utilisé pour comparer les variables quantitatives et le test de Chi carré pour les variables qualitatives. ($P \leq 0,05$).

Résultats : Nous avons colligé 145 patientes donc 66 avec checklist et 79 sans checklist. Les patientes étaient appariées selon leur âge, leur parité, et leurs antécédents. La qualité des soins était meilleure dans le groupe des parturientes avec checklist en termes de délai d'administration des soins et de préparation de la GATPA. Les complications obstétricales pendant l'accouchement étaient plus fréquentes chez les parturientes sans checklist (31,64% contre 13,63% avec $p=0,00018$). Les complications néonatales survenaient indifféremment dans les deux groupes de parturientes (30,37% sans checklist contre 19,69% avec checklist avec $p=0,10$). Chez les parturientes, les complications retrouvées pendant le travail étaient la fièvre, la pré-éclampsie, et l'hémorragie du postpartum ; et le sepsis puerpéral en période postpartale. Par ailleurs, les principaux utilisateurs de la checklist pensaient que le temps mis pour le remplissage de cet instrument empiétait sur leur temps de repos.

Conclusion : La WHO safechildbirthchecklist a permis de diminuer les complications maternelles.

Mots-clés : WHO safechildbirthchecklist-Complication maternelle- Complication néonatale- Salle d'accouchement

R017. Pratique de l'anesthésie locorégionale chez l'enfant à l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'Djamena.

Adjougoulta Koboy D. B¹, Gang-Ny B. A², Doumbia M.A. B², Dogue T¹, Kaboro M¹.

1. Hôpital général de référence nationale
2. Hôpital de la mère et de l'enfant
- 3.

Introduction : La chirurgie pédiatrique représenté 21,92% (568/2591) de nos activités opératoires annuelles. Les contraintes liées à la pratique de l'anesthésie générale et la problématique de la douleur post-opératoire pédiatriques nous ont motivé à vulgariser la pratique de l'anesthésie locorégionale en fonction des indications.

Objectif : Décrire notre pratique de l'anesthésie locorégionale

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive qui s'est déroulée sur douze mois (juillet 2015-juin 2016). Etaient inclus 126 patients de 15 jours de vie à 15 ans ayant bénéficié d'une anesthésie locorégionale à l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'Djamena. Une sédation à base de kétamine (0,5mg/Kg) et diazépam (0,05 mg/kg) en IVL a été associée à presque toutes ces anesthésies.

Résultats : Notre étude a colligé 126 patients. L'ALR était réalisé chez 22,18% des patients (126/568) avec un sex ratio de 2.23. Une sédation a été associée à 89,68% (113/126) des anesthésies locorégionales et 38,88% (49/126) d'entre elles ont été réalisées en urgence... 81, 74% de rachi-anesthésie, 6,34% d'anesthésie caudale, 5,55% de bloc para-ombilical ont été réalisés pour des cures de hernie (26,98%), de lithiase vésicale (23,8%), de chirurgie du membre inférieur (26,98%). 5 anciens prématurés ; 2 drépanocytaires (S/S) ainsi que 11 tableaux cliniques de rhinobronchite ont bénéficié d'une anesthésie locorégionale. Nous avons noté 2 cas de rachi-anesthésies totales et 5 cas d'échec de l'anesthésie locorégionale.

Conclusion : L'anesthésie locorégionale a des avantages certains tant en termes d'épargne morphinique per-opératoire, d'analgésie post-opératoire que de gestion de terrains particuliers. Notre série descriptive s'est voulue être la première d'études plus importantes dans ce domaine.

Mots clés : Anesthésie locorégionale ; chirurgie pédiatrique.

R018. Anesthésie-réanimation pour réimplantation bilatérale des uretères chez une ménagère de 37 ans,

Verla V S¹, Eyong Eta D E², Kalamback P H³

1. Médecin anesthésiste-Réanimation, Hôpital Régional De Buea
2. Urologue, Hôpital Régional de Limbe
3. Néphrologue, Centre d'hémodialyse de Buea

Introduction : La ligature des uretères est une complication chirurgicale de l'hystérectomie surtout par les chirurgiens inexpérimentés ou par les médecins généralistes. L'anurie est le premier signe et ne doit pas être pris pour l'insuffisance rénale aigue due à un choc hémorragique ou hypovolémique. La réimplantation urétérale est une chirurgie hémorragique, traumatique et longue.

Observation : Une ménagère de 37 ans était transférée au troisième jour post-opératoire au Centre d'Hémodialyse de Buea pour une meilleure prise en charge de l'anurie avec les taux de créatinine et d'urée sanguine très élevés. Le diagnostic provisoire de l'insuffisance rénale (insuffisance rénale post rénale) due probablement à la ligature des uretères était posé et confirmé par l'échographie abdominale. Elle a été soumise aux séances d'hémodialyses. Elle a été opérée pour réimplantation des uretères au douzième jour post-hystérectomie.

La chirurgie était faite sous anesthésie générale classique pendant 8 heures sans complications majeures. L'administration des liquides (salé 0,9%) en quantité réduite associée à la transfusion pendant la période peropératoire ont stabilisé la patiente. Elle a eu une diurèse normale et une séance d'hémodialyse après la chirurgie de réparation et elle n'a pas présenté de complications.

Conclusion : Ceci montre qu'il y a peut-être des cas de ligature urétérale par les médecins inexpérimentés et que l'anurie doit être la clé au diagnostic (hypothèse) de cet accident et la patiente doit être référée immédiatement pour la prise en charge par les spécialistes.

Mots clés : anesthésie, réimplantation, Hystérectomie, ligature urétérale.

R019. Profil hémodynamique intracérébral évalué par échographie doppler transcrânien des patients admis pour Accident Vasculaire Cérébral en réanimation à l'Hôpital Militaire de Libreville.

Edjo Nkilly G., Okoue Ondo R, Dimessa Mbadanga L., Matsanga A., Ondo Mba L., Gombako A., Sougou E., Manli D., Mandji-Lawson Jm., Tchoua R.

Hôpital Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba (HIAOBO), Département d'anesthésie-réanimation. BP 20404, Libreville. Gabon

Auteur correspondant : G. Edjo Nkilly, edjo_ghislain@yahoo.com

Introduction : L'échodoppler transcranien(EDTC) est devenu un moyen non invasif du monitoring cérébral chez le traumatisé crânien et dans l'hémorragie méningée. Sa place dans la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral(AVC) reste à définir.

Objectif de l'étude : Etablir le profil hémodynamique intracérébral évalué par EDTC des AVC admis en réanimation à l'HIAOBO.

Matériel et méthode : étude observationnelle initiée en mars 2015. Ont été inclus les sujets adultes atteints d'AVC ayant bénéficiés d'une EDTC à l'admission.

Résultats : 14 patients inclus, anisocorie chez 44.86% des patients, 50% de mortalité à J7 d'hospitalisation, 71.43% des patients avaient une hypertension intracrânienne(HTIC), 21.43% avaient un doppler transcrânien normal, 7.43% étaient en mort encéphalique. Les patients décédés à J7 avaient une HTIC majeure (Index de Pulsatilité ou IP à 2.50), des vitesses diastoliques basses (16.68cm/s) à l'admission. Les survivants avaient à l'admission un IP à 1.15, des vitesses diastoliques à 22.55cm/s et moyennes à 39.60cm/sec. Il a été retrouvé une corrélation entre le score de Glasgow et l'IP, et entre l'IP et les vitesses diastoliques à l'admission.

Conclusion : Très utilisé en traumatologie intracrânienne et dans l'hémorragie méningée, le doppler transcranien pourrait être utile pour le monitoring de la pression intracrânienne et de la pression de perfusion cérébrale chez les patients atteints d'AVC

R020. Incidence et déterminants transfusionnels cliniques des patients âgés opérés en orthopédie dans un hôpital universitaire en zone tropicale

Mahoungou Guimbi KC^{1,2}, Mawandza PDG^{1,2}, Biez U², Monka M¹, Ngatsé-Oko A¹, Moyikoua A¹

- Département de chirurgie et maternité, Université Marien Ngouabi, Congo
- Service d'anesthésie-réanimation, CHU de Brazzaville, Congo

Objectif : Identifier les facteurs cliniques associés à la transfusion sanguine auprès des patients âgés opérés en orthopédie.

Patients et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective menée auprès de patients âgés opérés en orthopédie sur une période de 24 mois.

Résultats : Au total, 64 (20%) patients âgés de 60 ans et plus ont été inclus dans l'étude. Le sexe masculin (42,2%) était minoritaire. L'hypertension artérielle (39,1%) était la principale comorbidité. L'anesthésie loco-régionale (75%) était la technique anesthésique la plus utilisée. L'hypotension artérielle (29,7%) et l'hémorragie peropératoire (4,7%) constituaient les principaux incidents peropératoires. L'incidence de la transfusion sanguine était de 37,5%. La régression logistique multiple a permis d'identifier l'âge ≥ 60 ans (OR = 5,33 ; IC à 95% : 2,11-13,42 ; p = 0,0004), la durée de la chirurgie (OR = 1,02 ; IC à 95% : 1,01-1,03 ; p < 0,0001) et la présence des incidents peropératoires (OR = 5,07 ; IC à 95% : 2,34-11,00) comme des facteurs de risque associés à la transfusion sanguine.

Conclusion : Les déterminants transfusionnels cliniques identifiés ne sont guère spécifiques de la pratique anesthésique et chirurgicale en milieu tropical, en dépit du taux de transfusion élevé.

Mots clés : anesthésie ; chirurgie orthopédique ; sujet âgé ; transfusion sanguine

Tableau : Facteurs cliniques indépendants de la transfusion sanguine peropératoire

	Coefficients β	OR ajustés	IC95%	p
Age ≥ 60 ans	1,67	5,33	2,11-13,42	0,0004
Anesthésie générale	-0,46	0,63	0,10-3,94	0,62
ALR	0,72	2,07	0,28-14,95	0,46
Classe ASA I	0,52	1,69	0,40-6,99	0,46
Comorbidités	0,71	2,04	0,50-8,33	0,31
Durée chirurgie	0,02	1,02	1,01-1,03	< 0,0001
Incidents peropératoires	1,62	5,07	2,34-11,00	< 0,0001
Sexe	0,33	1,39	0,62-3,13	0,42
Traitements chroniques	-0,25	0,77	0,20-2,93	0,71

Anesthésie

R021. Profil épidémio-clinique des personnes âgées en consultation d'anesthésie dans un pays en développement

Diallo D, Diallo B, Keita M, Dicko H, Traore S, Bengaly M, Tall F K, Coulibaly Y

Introduction

Les personnes âgées représentent des patients à haut risque opératoire à cause de leur différence physiologique d'une part et d'autre part du fait qu'elles soient très souvent porteuses de tares multiples. Ces patients sont de plus en plus présents dans le milieu anesthésique.

Objectif : évaluer les facteurs de risque opératoire des sujets âgés en consultation d'anesthésie.

Patients et Méthode : Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive réalisée sur une période de 4 mois.

Nous avons inclus toutes les personnes âgées de soixante-cinq ans (65 ans) et plus quel que soit le sexe et la pathologie chirurgicale, adressées en consultation d'anesthésie pour une chirurgie programmée.

Résultats : Les personnes âgées présentaient 20,7% des patients reçus en consultation d'anesthésie durant la période d'étude.

La tranche d'âge de 65 à 74 ans prédominait (55,6%). La moyenne d'âge était de 73,7 ans \pm 6 (extrêmes 65 et 94 ans). Une prédominance masculine était notée dans toutes les tranches d'âge. La chirurgie urologique était l'indication opératoire la plus fréquente soit 72,2%.

Une comorbidité était retrouvée chez 34% des patients avec une prédominance l'hypertension artérielle (81%), l'hypertension artérielle était associée au diabète chez 18,9%. Soixante pour cent (60%) des patients avaient un traitement à visée cardiologique. La classe ASA II était prédominante soit 69,4%. A l'issue de la consultation d'anesthésie une préparation était proposée à 24% des patients avec 20 consultations spécialisées demandées dont 65% consultations de cardiologie.

Des examens paracliniques ont été demandés, ainsi sur les 9 radiographies du thorax demandées 3 révélaient des anomalies à type d'opacités et des images en faveur d'une localisation secondaire d'une tumeur. Les dix ECG demandés avaient tous relevés des anomalies électriques à type d'arythmie complète par fibrillation auriculaire dans 3 cas et sur les autres on notait une hypertrophie ventriculaire gauche et des troubles de la repolarisation.

Une intubation prévue difficile était retrouvée chez 4 patients avec des classes de Mallampati III et IV respectivement à 2,8% et 0,9%.

Conclusion : La consultation d'anesthésie permet d'identifier les facteurs de risque préopératoire afin de minimiser les complications per et post opératoire.

Mots clés : Personnes âgées, consultation d'anesthésie, comorbidité

R022. Anesthésie pour craniotomie dans un centre à ressources limitées : A propos de 14 cas à l'hôpital Régional de Buea.

Vincent Siysi Verla¹, Paul Etoundi Owono², Kingsley Enoh³

1. Médecin Anesthésiste-Réanimateur, Hôpital Régional de Buea
2. Médecin Anesthésiste-Réanimateur, Hôpital Central de Yaoundé
3. Neurochirurgien, Hôpital Régional de Buea

Introduction : En Afrique (Afrique Centrale) la tendance générale est de référer les malades pour neurochirurgie dans les grands centres (Yaoundé et Douala pour le Cameroun). Cette pratique a un coût exorbitant pour les malades. Il a été possible de mener les opérations neurochirurgicales à Buea (hôpital de 3^{ème} catégorie) avec les ressources limitées, rendant le coût abordable pour les malades.

Méthodes : Nous avons opéré 14 patients entre Juillet 2012 et Novembre 2013. L'âge, le sexe, l'ASA, la durée de l'opération, la quantité de propofol utilisé et halothane ainsi que l'oxygénothérapie post opératoire ont enregistré. La plupart de ces interventions étaient les méningiomes, les abcès ou kystes cérébrales et les hématomes sous-duraux.

Résultats : Chaque craniotomie était conduite sous anesthésie générale en utilisant le vecuronium, thiopental et fentanyl à l'induction suivi de l'administration de propofol par perfusion manuelle avec réinjection de fentanyl, jusqu'à l'ouverture du crâne avant de passer à l'inhalation de l'halothane. La ventilation était manuelle. Aucun malade n'a nécessité la ventilation mécanique en post-op. Mais 57% (8/14) ont reçu l'oxygène en post-op. 6 patients ont utilisé l'oxygène pour une durée <24 heures alors que 2 patients sont allés au-delà de 24 heures. La quantité moyenne de propofol perfusé était de 600 mg. Les opérations ont duré entre 3 à 6 heures. 50% de ces malades sont sans emplois et 50% touche moins de 100,000 Frs/mois.

Conclusion : La perfusion manuelle de propofol et l'administration d'halothane ainsi que la ventilation même manuelle avec injection intermittente de fentanyl sont les clés pour la craniotomie dans les postes défavorables.

Mots clés : Ressources limitées, Craniotomie, perfusion manuelle de propofol.

R023. Ventriculo-cysternostomie par voie endoscopique dans la prise en charge de l'hydrocéphalie au Cameroun : aspect anesthésiologique de Trois années d'activités à l'Hôpital Général de Yaoundé.

Mba S¹, Eyenga V C², Chehab A³, Vignes J R³, Villega F³, Esiene A⁴, Magagdi.J P⁵, Eloundou J⁶, Ze Minkande J⁷

Auteur correspondant : Mba S. EMail : s_mba@yahoo.com

Introduction : L'hydrocéphalie est une accumulation pathologique du liquide céphalo rachidien dans les systèmes ventriculaires du système nerveux. Si la présentation clinique, l'évolution et les conséquences sont les mêmes, la physiopathologie quant-à elle est multiple. Elle peut être bi ventriculaire, tri ventriculaire ou tétra ventriculaire. Pour les trois premiers cas, il s'agit d'un obstacle à l'écoulement du LCR. Pour le 4ème cas, c'est un trouble de la résorption du LCR. D'un cas à l'autre, la technique de prise en charge varie. La chirurgie occupe une place de choix. Il peut s'agir d'une dérivation ventriculo-péritonéale, d'une dérivation ventriculo-externe et plus récemment l'introduction de la chirurgie endoscopique, notamment la ventriculo-cysternostomie, qui est la technique de choix pour l'hydrocéphalie tri ventriculaire. Elle consiste en la création d'un néo orifice entre le planché du 3^{ème} ventricule et le 4ème ventricule.

Méthode : dans le cadre de la mission de coopération Hôpital Général de Yaoundé-CHU de Bordeaux France, une équipe venue de Bordeaux et comprenant Un neurochirurgien, un anesthésiste, un neuropédiatre et deux infirmières a travaillé de manière conjointe avec un équipe locale sur un période de trois années sous la forme d'une mission de 10 jours chacune. Au total trois missions ont été effectuées et les patients venant de tous les coins du pays se recrutaient au fur et à mesure de leur arrivée.

Résultats

Au total 225 enfants ont été reçus en consultation de neuropédiatrie pour le compte des trois missions. 21 ont présentés une hydrocéphalie. L'âge variait entre 10 jours de vie et 11 ans avec une moyenne de 8 mois de vie. Hydrocéphalie représente donc 9,3% des motifs de consultation en neuropédiatrie.

Des 21 cas, 12 ont eu une indication claire de la ventriculo-cysternostomie endoscopique et ont bénéficié de cette technique. L'âge variait entre 10 jours et 8 mois, avec une moyenne de 6 mois.

Le poids variait entre 2770g et 9 kg avec une moyenne de 6 kg. Tous étaient classés ASA I et programmée pour une anesthésie générale avec intubation endo trachéale.

L'induction s'est faite au propofol 1% à la dose de 3mg/kg, associé au fentanyl dans la moitié des cas et au sufentanyl pour le restant des cas. Aucun patient n'a reçu de curare. L'entretien a été assuré par le propofol en continu et les doses requises variaient de 30mg à 120mg.

La durée de l'anesthésie variait de 1H à 1H30min.

Aucun incident et accident post opératoire n'a été observé.

Conclusion : l'anesthésie au cours de la VCE a été très bien tolérée. La VCE est une technique nouvelle peu invasive qui réduit de beaucoup les contraintes techniques de la DVP classique. Pour un hôpital disposant déjà du matériel d'endoscopie, cette technique présente un meilleur rapport bénéfice /risque et bénéfice/coût.

Mots clés : hydrocéphalie, ventriculocysternostomie, anesthésie générale

Anesthésie : Scores -Evaluation-Transfusion

R024. Estimation du coût de l'antibioprophylaxie en chirurgie à l'hôpital général de Douala

Njall Pouth Clotilde¹, Bita Fouda André¹, Ateba Ohana Joseph¹, Beyiha Gérard¹, Binam F²

1. *Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala, Cameroun*
2. *Faculté des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé1, Cameroun*

Introduction la pratique de l'antibioprophylaxie dans la réduction de l'infection du site opératoire est bien codifiée de nos jours. Dans nos milieux, on constate des écarts dans la pratique, ce qui augmente le cout des soins.

Objectif : Déterminer le surcout lié à la pratique non conforme de l'antibioprophylaxie chez des patients opérés pour chirurgie propre et propre-contaminée à l'Hôpital Général de Douala.

Matériels et Méthodes : Etude descriptive avec une phase rétrospective et prospective. Entre le mois de juin 2013 et janvier 2014 pour la phase rétrospective et du 1^{er} février au 30 avril 2014 pour la phase prospective. Le calcul du surcout de l'antibioprophylaxie lié à la prescription de l'antibioprophylaxie des patients de chirurgie a été estimé, à partir des coûts financiers des doses totales reçues en antibiotiques à visée préventif, utilisés pour chaque type d'intervention chirurgicale durant tout leur séjour. Les couts ont été comparé entre le groupe de patients dont l'antibioprophylaxie étaient non conformes et les patients conformes. Les données ont été saisies et analysées grâce aux logiciels Excel 2007, Epi Info. 7 et SPSS 18.0. La recherche des associations a été réalisée en utilisant les tests de ANOVA et Newman – keuls. La comparaison des moyennes a été effectuée par le test de Student. Le seuil de significativité statistique était fixé à $p < 0,05$.

Résultats : 936 interventions ont été effectuées dans l'étude, 331 cas correspondaient à des interventions de classe Altemeier I et II pour lesquelles la SFAR 2010 avait émis des recommandations. 30 – 49 ans (46,22%) était la tranche d'âge la plus représentée, avec un sexe ratio de 1,7 H/F. La durée d'antibioprophylaxie la plus longue a été enregistrée en service d'Orthopédie/traumatologie avec une moyenne de $8,77 \pm 4,86$ jours. Le surcout de l'antibioprophylaxie a été estimé à 17 556,765 FCFA : soit 32 391,114 FCFA (écart-type = 29797,653) pour le cout de l'antibioprophylaxie non-conforme contre 14 834,375 FCFA (Ecart-type = 17482,460) pour l'antibioprophylaxie conforme avec une différence significative ($p < 0,0001$).

Conclusion et recommandation. La mauvaise pratique de l'antibioprophylaxie en chirurgie, est responsable d'un surcout de soins, d'où la nécessité d'élaborer et d'appliquer des protocoles d'antibioprophylaxie dans ses services.

Mots clés : Antibioprophylaxie, surcout, chirurgie.

R025. Intérêt de la Dexaméthasone dans la prévention des nausées et vomissements postopératoires à l'Hôpital Laquintinie de Douala

Njall Pouth C¹⁻³, Amengle L³, Linjouom Mefire⁴ ; Ze Minkande j², Binam F²

1. *Faculté de médecine et de sciences pharmaceutiques, université de Douala*
2. *Faculté de médecine et de sciences biomédicales, université de yaoundé 1*
3. *Hôpital Laquintinie de Douala*
4. *Université des montagnes*

Introduction. Les nausées et vomissements postopératoires (NVPO) sont définis comme toutes nausées et/ou vomissements survenant pendant les 24-48 premières heures après la chirurgie chez les patients hospitalisés.

Objectif : Evaluer l'effet de l'administration préventive de la Dexaméthasone sur les NVPO

Matériel et méthode : il s'agissait d'une étude descriptive portant sur 108 patients divisés en deux groupes identiques, le Groupe A avait reçu la Dexaméthasone comme prophylaxie des NVPO en IVDL à l'induction de l'anesthésie et le Groupe B n'a rien reçu et nous avons surveillé la survenue des NVPO en postopératoire. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 20.0. Le seuil de significativité retenu était $p < 0,05$.

Résultat : L'âge moyen était de $39,6 \pm 16$ ans (17 et 73 ans) dans le groupe A et de $40 \pm 12,4$ ans (17 et 65 ans) dans le groupe B. Le sex-ratio était de 1,08 dans le groupe A et de 1,57 dans le groupe B. 50% de nos patients avaient deux facteurs de risque dans le groupe A contre 50 % dans le groupe B. La chirurgie viscérale était le type de chirurgie le plus pratiqué dans notre étude chez 41,7% des patients. Comme fréquence, 23,1% de nos patients ont eu des NVPO soit 13% dans le Groupe A contre 35,2% dans le Groupe B ($p = 0,021$) ; 46,2% des patients ont présenté des NVPO entre la 6^{ème} et la 12^{ème} heure après l'intervention chirurgicale, l'aspect des vomissements était bilieux dans 80,8% des cas, chez 88,5% des patients, on observait un seul épisode de vomissement. Les facteurs associés retrouvés étaient le statut non-fumeur ($p = 0,002$) la chirurgie viscérale ($p = 0,028$) ; l'utilisation du fentanyl ($p = 0,012$) ; l'utilisation de l'Halothane ($p = 0,008$) ; l'utilisation du paracétamol associé au Tramadol en injection ($p = 0,005$) ; le poids compris entre 60 et 69 Kg ($p = 0,036$) et le sexe masculin ($p = 0,026$).

Conclusion : La prophylaxie à la Dexaméthasone avait permis de réduire de manière significative le risque de survenue des nausées et vomissements postopératoires chez les patients opérés ayant au moins un facteur de risque de survenu des NVPO selon le score d'Apfel.

Mots clés : prophylaxie, Dexaméthasone, NVPO.

R026. Effet de la clonidine par voie intraveineuse sur la réponse hémodynamique au cours de la laryngoscopie, de l'intubation trachéale et de l'incision chirurgicale.

Nkoumou Samson, Nga Nomo Serge, Chewa Gisèle, Iroume Cristella, Njiouack Teweh, Jacqueline Ze Minkande, Binam Fidèle

Centre Hospitalier d'Essos – Cameroun

Auteur correspondant : samsonnkoumou2012@yahoo.fr

Introduction : La procédure d'intubation trachéale et l'incision chirurgicale induisent un stress et une agression tissulaire auxquels l'organisme réagit par une stimulation sympathique intense.

Objectif : Etudier les effets de la clonidine par voie intraveineuse en prémédication anesthésique sur la réponse hémodynamique au cours de la laryngoscopie, de l'intubation trachéale et de l'incision chirurgicale.

Patients et méthodes : C'est une étude prospective, observationnelle et descriptive, randomisé en simple aveugle qui s'est déroulée sur une période de 4 mois, dans le service d'anesthésie-réanimation du Centre Hospitalier d'Essos. Ont été inclus dans l'étude, tous les patients adultes classés ASA I et ASA II, admis pour une chirurgie programmée et devant bénéficier d'une anesthésie générale avec intubation oro-trachéale. Les patients étaient répartis en deux groupes de manière aléatoire : un groupe A (clonidine) et un groupe B (non clonidine). Tous les patients du groupe A ont reçu la clonidine (3µg/kg) par voie intraveineuse diluée dans 250 mL de sérum salé isotonique avant l'induction anesthésique. L'induction anesthésique était classique : fentanyl (3µg/kg), propofol (3mg/kg), vécuronium (0,1mg/kg). Les pressions artérielles systolique et diastolique, et la fréquence cardiaque ont été monitorées au cours de la laryngoscopie, de l'intubation trachéale, à la 1^{ère}, 3^{ème} et 5^{ème} minute après l'incision chirurgicale.

Résultats : cinquante sept pour cent de l'effectif total appartenait au groupe A (n=20) et 43% au groupe B (n=15). La plupart des enquêtés ne portaient pas de tares particulières (94%). La pression artérielle systolique était stable par rapport aux valeurs de base dans le groupe A avec des extrêmes entre 110 et 132 mmHg au cours de la procédure d'intubation trachéale et de l'incision chirurgicale, contrairement au groupe B où on avait une augmentation générale de la pression artérielle systolique au-dessus de 130mmHg. L'évolution de la pression artérielle diastolique était similaire dans les deux groupes avec des variations de 60 à 100 mmHg aux différents temps explorés. La fréquence cardiaque était stable entre 70 et 80 battements par minute dans le groupe A, alors que dans le groupe B elle restait élevée par rapport aux valeurs de base avec des extrêmes à 130 battements par minutes.

Discussion et conclusion : De ces résultats, nous déduisons que la clonidine permet de réduire l'hyperactivité sympathique liés aux stimuli de la laryngoscopie, de l'intubation trachéale et de l'incision chirurgicale. Toute fois des études de grande cohorte sont nécessaires pour consolider nos résultats.

Mots clés : clonidine, laryngoscopie, intubation trachéale, incision chirurgicale.

R027. Evaluation de l'état de santé pré-opératoire selon ASA PS versus ABCK PS : Étude descriptive.

Bula-Bula I.M.^{1,2}, Kimbien J.³, Sikyala A.⁴, Ilunga M¹, Athombo J¹, Kimpanga P⁵, Babakazo D⁵, Lepira F⁶, Mbuyi M⁶, Kilembe M¹

1. Département d'anesthésie et réanimation, Cliniques universitaires de Kinshasa. Service d'anesthésie, Hôpital Général de Référence de N'djili. Service d'anesthésie, Hôpital Saint Joseph
2. Service d'anesthésie, Hôpital de l'Amitié Sino-Congolaise. Ecole de Santé Publique, université de Kinshasa
3. Département de Médecine interne, Cliniques universitaires de Kinshasa

Auteur de correspondant : Bula-Bula I.M. email : drnebula@gmail.com

Introduction : Le score ASA a comme inconvénient d'être subjectif et de présenter un taux de concordance interindividuelle décrit par plusieurs auteurs [1]. Cette étude s'est donné comme objectif d'évaluer la concordance entre le score ASA et un nouveau score, l'ABCK.

Méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive réalisée du 01 Décembre 2013 au 30 Août 2014 dans trois hôpitaux de Kinshasa : l'hôpital de l'amitié sino-congolaise, l'hôpital Saint Joseph et l'hôpital Marie Biamba Mutombo. Tous les patients venus en consultation pré-anesthésique pendant la période d'étude ont été évalués au moyen du score ASA et de l'ABCK. Etaient exclus, les femmes enceintes et les enfants. Le consentement éclairé était obtenu. La conformité du nouveau score avec l'ASA était évaluée par le test kappa de Cohen.

Résultat : Sept cent soixante huit patients dont 449 femmes et 319 hommes ont été examinés. Le sex ratio était de 1,4 en faveur des femmes. L'âge moyen était de 39, 4 ± 16,8 ans. L'hypotension et l'anémie étaient les principales complications per et post opératoires et prédominaient dans les classes 3 et 4 pour les deux scores. La transfusion était plus fréquente dans les classes 3 et 4 dans les deux scores. La mortalité avait tendance à augmenter avec la classe du

patient dans les deux groupes (ASA : χ^2 de tendance = 25,98 ; p < 0,001 et ABCK : χ^2 de tendance = 29,70 ; p < 0,001). Le risque de décès ne dépendait pas du score utilisé (p = 0,31 selon Fisher pour la classe 3 et χ^2 = 0,52 ; p = 0,24 pour la classe 4). Et, une excellente concordance avec un kappa à 0.86 était trouvée entre l'ABCK et l'ASA (p<0.001).

La classe du patient était obtenue par la somme des scores A+B+C+K. La lettre K dans le calcul était introduite comme une constante, sa valeur restait toujours égale à un. Ce chiffre un était ajouté au calcul afin que la somme de cotations ne soit pas égale à zéro, le risque zéro n'existant pas en statistique. La classe du patient était donc égale à A+B+C+1. Les scores ABCK 5 (moribond) et 6 (décérébré) relevaient d'un constat clinique.

Conclusion : Cette étude a montré l'existence d'une excellente concordance entre les deux scores.

Mots-clefs : Concordance - ASA - ABCK

1. [Daabiss](#) M. American Society of Anaesthesiologists physical status classification. Indian J Anaesth. 2011 ; 55(2) : 111-115.

Tableau I. ABCK score de Kinshasa

ABCK	Clinique	Exemples	Cotation
A	<i>Oui</i>		<i>1</i>
Altered General Status (alteration de l'état general)	<i>m</i>		<i>0</i>
	OUI	ATCD de bronchopneumopathie chronique : BPCO, asthme,	<i>1</i>
B (breathing)		Dyspnée, polypnée > 30 cycles/min, râles, RX Thorax pathologique,	
Examen des poumons Pathologique		SaO2<90% ...	
	NON		<i>0</i>
	OUI	ATCD de pathologie cardio-vasculaire chronique (HTA, AVC, EP, ...),	
C (circulation)		HypoTA, HTA, anémie, ou hypovolémie, décompensation cardiaque,	
Examen cardiovasculaire Pathologique		tachycardie > 120 batt/min, trouble de rythme cardiaque, ECG,	
		échographie pathologique, coagulopathie, -	<i>1</i>
		Pathologies à risque cardiovasculaire : Obésité, diabète,	
		thrombophlébite, hyperlipidémie,	
	NON		<i>0</i>
K		Constante	<i>1</i>

R028. Facteurs de morbidité liés à l'intubation trachéale en réanimation.

Nkoumou Samson, Nga Nomo Serge, Chewa Gisèle, Iroume Cristella, Tchietché Liliane, Jaqueline Zé Minkandé, Binam Fidèle

Service d'Anesthésie-Réanimation du Centre Hospitalier d'Essos-Cameroun

Auteur correspondant : Nkoumou Samson. Email :
Samsonnkoumou2012@yahoo.fr

Introduction : L'intubation trachéale en réanimation s'effectue, la plupart du temps, chez un patient hypoxique, ayant une hémodynamique précaire, et à estomac plein. L'instabilité de ces patients fait de l'intubation un geste à haut risque.

Objectif : Répertoire les facteurs prédictifs d'une complication sévère et déterminer le taux de mortalité lié à l'intubation trachéale en réanimation.

Patients et méthodes : il s'agissait d'une étude observationnelle, prospective et mono-centrique qui s'était déroulée sur une période de 4 mois au service de réanimation du centre hospitalier d'Essos. Etaient inclus, tous les patients adultes admis en réanimation en situation de détresse vitale, et pour lesquels l'indication d'intubation trachéale était posée. Tous les enquêtés ont été suivis depuis la procédure d'intubation trachéale, jusqu'à leur extubation ou leur décès.

Résultats : Nous avons ainsi colligés 22 patients dont 73,3% d'adultes jeunes (âge < 65 ans). Seulement 9,1% d'entre eux étaient obèses. Le principal motif d'admission en réanimation était la détresse neurologique avec un score de coma de Glasgow inférieur à 8 dans 50% de cas. Elle représentait aussi la principale indication d'intubation trachéale dans 45,5% de cas, suivi de la détresse respiratoire dans 40,9% de cas et de la détresse cardio-circulatoire dans 13,6% de cas. 95,5% des intubations endo-trachéales ont été effectuées par des médecins anesthésistes-réanimateurs. L'induction en séquence rapide a été pratiquée chez 72,7% de la population d'étude. Les facteurs prédictifs d'une complication sévère liée à l'intubation trachéale en réanimation sont : le motif d'admission (50%), les comorbidités (68%) ; le délai de prise en charge (20%) ; la survenue d'un incident au cours de la réalisation du geste technique (15%). Le taux de mortalité lié à l'intubation trachéale est de 90%.

Discussion et conclusion : la morbidité de l'intubation en réanimation est une réalité quotidienne, même si l'évaluation de l'imputabilité la procédure dans les complications observées reste difficile. Le taux de mortalité élevé des patients intubés en réanimation relèverait beaucoup plus du tableau clinique qui motive l'intubation trachéale que de la procédure elle-même.

Mots clés : morbidité, intubation, mortalité.

R029. Facteurs de risque de mortalité péri-opératoire des sujets âgés après chirurgie en urgence à Dakar

Ba Eb¹, Leye Pa¹, Bah Md², Ndiaye Pi¹, Traore Mm², Fall Ml², Diop Mn², Diouf E¹

1. *Service d'Anesthésie-réanimation CHU le Dantec - Faculté de médecine UCAD, Dakar*
2. *Service d'Anesthésie-réanimation CHU Fann - Faculté de médecine UCAD, Dakar*

Introduction :

Les sujets âgés représentent une part de plus en plus importante des patients pris en charge par les anesthésistes-réanimateurs. La morbidité et la mortalité péri-opératoire augmentent avec l'âge d'où l'intérêt d'une bonne connaissance des facteurs prédictifs de mortalité après toute chirurgie en urgence chez le sujet âgé.

Objectifs :

Déterminer la mortalité péri-opératoire du sujet âgé après une chirurgie urgente et préciser le rôle de certains facteurs dans sa survenue tels que l'âge, le sexe, le terrain, la classe ASA, la technique anesthésique, l'hypotension artérielle peropératoire, l'admission en réanimation en post opératoire immédiat.

Patients et méthodes : Une étude rétrospective descriptive et analytique a été réalisée aux blocs des urgences chirurgicales du CHU Aristide Le Dantec allant du 1er mars 2014 au 28 février 2015.

Résultats :

Nous avons colligé 210 patients sur 224 anesthésies en urgence chez les sujets âgés de 65 ans et plus, soit 10,93%. L'âge moyen était de 74,9 ans [65-96 ans] avec une prédominance des gérontins [65-74 ans]. On notait une légère prédominance féminine (sex-ratio à 0,92). La majorité des patients soit 64,3 % présentait au moins une tare. L'évaluation préopératoire notait 71% de patients classés ASA 1 et 2 et 29% de classe ASA 3 et 4. L'anesthésie locorégionale était la technique anesthésique la plus pratiquée (56,7%). L'hypotension artérielle peropératoire a été objectivée chez 28 patients soit 13,33%. On a noté 11 cas de décès soit une mortalité de 5,23%. Les facteurs prédictifs de mortalité retrouvés dans notre étude étaient : la cardiopathie sous-jacente, une classe ASA élevée, l'anesthésie générale, l'hypotension artérielle peropératoire, le séjour en réanimation en postopératoire immédiat.

Conclusion : L'anesthésie des personnes âgées de plus de 65 ans en urgence reste complexe. Leur devenir est conditionné par leur état de santé initial et la qualité de la prise en charge péri-opératoire.

Mots-clés : anesthésie, sujet âgé, mortalité.

R030. Prise en charge anesthésique pour chirurgie non cardiaque chez un patient adulte porteur d'une tétralogie de Fallot découverte à la consultation pré anesthésique

TomtaK¹, Assenouwe S¹, Akala Yoba GM¹, Afassinou M², Mouzou T¹, Sama DH¹, Egbohou P¹, Abalo A³

2. *Service d'Anesthésie-Réanimation CHU Sylvanus Olympio de Lomé (Togo)*
3. *Service de cardiologie CHU Sylvanus Olympio de Lomé (Togo)*
4. *Service de Traumatologie-orthopédie du CHU Sylvanus Olympio de Lomé (Togo)*

Auteur correspondant : TOMTA Kadjika, Tel : +22890262284 ; E-mail : dountg@yahoo.fr

Introduction

L'anesthésie d'un patient porteur de tétralogie de Fallot constitue un grand défi, surtout dans les pays en développement où les cardiopathies congénitales sont souvent diagnostiquées à la phase de complications.

Objectif

Présenter la prise en charge anesthésique d'un adulte porteur d'une tétralogie de Fallot diagnostiquée lors de la consultation pré anesthésique.

Cas clinique

Un adulte de 30 ans a été adressé en consultation pré anesthésique (CPA) pour une ostéosynthèse de fracture de fémur gauche datant de 3 mois. L'examen retrouvait une hypoxie sévère (SPO₂= 65%), un souffle cardiaque et une hémiparésie droite. Le bilan paraclinique révélait une hypoxémie sévère (PaO₂=33,3%), une acidose respiratoire compensée (pH=7,39 ; PaCO₂=48,5 mmHg ; HCO₃=28,6 mmol/l) et une polyglobulie avec un hématoците à 68,5%. L'échocardiographie couplée au doppler révélait une tétralogie de Fallot avec une communication interauriculaire. Le scanner cérébral retrouvait un abcès cérébral capsulo-lenticulaire gauche. Le patient était classé ASA 4 et l'intervention fut programmée sous anesthésie générale avec intubation trachéale. Il bénéficia d'un traitement par bêta bloquant (20 mg/jour de propranolol). L'antibioprophylaxie (ceftriaxone 2 gIV) et l'acide tranexamique (1g) étaient administrés avant l'induction.

A l'induction anesthésique 5 mg de midazolam, 200 µg de fentanyl, 20 mg d'étomidate et 30 mg de rocuronium furent

administrés. L'entretien était fait par une perfusion de 8 à 10 mg/heure de midazolam et des bolus de fentanyl (50 µg toutes les 45 minutes à 1 heure). La réanimation post opératoire comportait des perfusions de phényléphrine (1 à 1,5 mg/heure) à la seringue électrique, de sérum salé isotonique (1,5l), de Ringer lactate (1l), de gélatine fluide (1l), de 2 unités de plasma frais congelé et d'1 concentré de globules rouges. Les pertes sanguines étaient évaluées à 1,5 l et la diurèse à 2,2 l. Les pressions artérielles systolique (PAS), moyenne (PAM) et diastolique (PAD) variaient respectivement entre 89 et 150 mm Hg, 61 et 121 mm Hg, 51 et 108 mm Hg. La fréquence cardiaque variait entre 51 et 96 battements par minute et la SPO₂ entre 54 et 99%.

Le patient bénéficia d'une réanimation post opératoire de 3 jours, comprenant la ventilation mécanique, les perfusions de phényléphrine et de midazolam et la transfusion de 4 unités de concentrés de globules rouges et l'Enoxaparine (4000 UI/jour). Il fut sorti d'hôpital au 22ème jour post opératoire, avec un suivi orthopédique et cardiologique ambulatoire.

Conclusion

L'anesthésie d'un patient porteur de tétralogie de Fallot doit permettre de préserver au mieux les pressions artérielles systémiques. L'hypoxie, l'acidose et l'état de choc sont les principales complications périopératoires.

Mots clés

Tétralogie de Fallot, anesthésie, polyglobulie, acidose, hypoxie, Togo

R031. Evaluation des facteurs prédictifs de complications respiratoires après chirurgie d'exérèse pulmonaire.

Bah MD., Traoré MM., Léye PA., Ndiaye PI., Fall ML., Diop Ndoye M., Béye MD., Kane O. Diouf E.
Faculté de Médecine / Université Cheikh Anta DIOP de DAKAR.

Objectif : Identifier les facteurs prédictifs pré, per et postopératoires de complications respiratoires après une chirurgie d'exérèse pulmonaire, à l'exception des pneumonectomies.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique menée du 1^{er} Janv 2008 au 31 Juin 2016. Ont été inclus dans l'étude tous les patients ayant subi une chirurgie d'exérèse pulmonaire. En ont été exclus les patients âgés de moins de 15 ans et ceux ayant subi une pneumonectomie. A partir des dossiers d'hospitalisation et des fiches d'anesthésie, nous avons recueilli les données sur : les antécédents, l'évaluation préopératoire, les incidents et complications peropératoires, la prise en charge postopératoire et enfin sur les complications postopératoires notamment pulmonaires. Le logiciel SPSS a servi à l'analyse des données. La probabilité du Khi² est considérée comme statistiquement significative au seuil de 5%.

Résultats : Sur la période d'étude, 126 patients ont subi une chirurgie d'exérèse pulmonaire. L'âge moyen des patients était de 40 ans (16-74 ans). La tuberculose pulmonaire représentait le principal antécédent (40%). La greffe aspergillaire (34%), l'emphysème bulleux (20%) et le poumon détruit (11%) constituaient les principales pathologies pulmonaires pour lesquelles les patients étaient opérés. Les EFR étaient normales chez 31% des patients et retrouvaient un syndrome mixte, restrictif et obstructif dans respectivement 31, 25 et 13% des cas. Les complications respiratoires représentaient 60% des complications postopératoires. Il s'agissait de complications parenchymateuses (68%), de complications broncho-pleurales (16%) et de complications infectieuses (18%). Dans l'évolution, un cas de décès avait été noté. La tuberculose pulmonaire ($p = 0,002$), le tabagisme ($p = 0,045$), l'intubation non sélective ($p = 0,048$) et la durée de la chirurgie supérieure à 120 mn ($p = 0,024$) ont été les facteurs de risque identifiés comme pouvant être responsables de complications pulmonaires postopératoires.

Conclusion : La sensibilisation contre la tuberculose et le tabac, et l'intubation sélective pour toute chirurgie d'exérèse pulmonaire contribueraient à réduire l'incidence des complications respiratoires postopératoires après une chirurgie d'exérèse pulmonaire.

Mots Clés : Exérèse pulmonaire, Complications respiratoires postopératoires, Facteurs prédictifs de complications.

R032. Etude des facteurs de risque d'arrêt cardiaque au bloc opératoire (ACBO) au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO)

Kaboré R.A. F¹., Tchoukwa R¹., Doubou E¹., Traoré I. S¹., Bougouma CTHW², Ki K. B³., Traoré IA⁴, Bonkougou P¹, Sanou J¹, Ouédraogo N¹.

1. Département d'anesthésie réanimation urgence CHU Yalgado Ouédraogo
2. Service d'anesthésie réanimation CHU Blaise Compaoré.
3. Service d'anesthésie réanimation CHU Pédiatrique Charles de Gaulle
4. Service d'anesthésie réanimation CHU Souro Sanou

Objectif : Etudier l'incidence et les facteurs de risque d'Arrêt Cardiaque au Bloc Opératoire (ACBO).

Patients et méthodes : Etude rétrospective analytique type cas-témoins sur 05 ans (1^{er} Janvier 2010 au 31 Décembre 2014) sur des patients opérés au bloc opératoire du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU-YO). Les « cas » étaient représentés par les patients ayant présenté un ACBO ; ils ont été appariés à des « témoins » représentés par les patients admis dans un bloc opératoire au cours de la période d'étude et présentant la même probabilité d'exposition aux divers facteurs de risque que les cas mais chez qui le diagnostic d'ACBO n'a pas été évoqué. Les variables liées au patient, à la chirurgie, à l'anesthésie étaient étudiées.

Résultats : Sur cinq ans, 171 ACBO ont été rapportés sur 35625 interventions soit 4,8 ACBO pour 1000 interventions chirurgicales. L'âge moyen des patients était de $33,01 \pm 17,92$ ans avec un sex ratio de 0,8. L'arrêt cardiaque était plus fréquent en chirurgie viscérale 46,2% (ORa 9,99 [3,28–30,39]). En analyse univariée et multivariée les facteurs de risque suivants ont été identifiés : les âges extrêmes (moins de 05 ans et plus de 50 ans ; $p = 0,046$), l'urgence ($p = 0,041$), l'anesthésie générale (6,0 [3,71–9,70]), l'horaire de l'intervention (permanence – garde) une durée d'intervention ≥ 4 heures, l'absence de praticiens seniors. En analyse multivariée le sexe féminin (05-40 ans) ou masculin (40-75ans) la chirurgie viscérale (ORa 9,99), la chirurgie ORL et cervico-faciale (ORa 4,14), la chirurgie orthopédique et la chirurgie gynéco-obstétricale ont été identifiées comme facteurs de risque.

Conclusion : La fréquence de l'ACBO au CHUYO reste élevée. L'analyse des facteurs de risque permet de proposer des mesures préventives.

Mots Clés : facteurs de risque, arrêt cardiaque, bloc opératoire.

R033. Evaluation des techniques d'appréciation de la pression de gonflage du ballonnet de la sonde d'intubation trachéale en anesthésie chez l'adulte.

Bah MD., Traoré MM., Léye PA., Ndiaye PI., Fall ML., Diop Ndoye M., Béye MD., Kane O. Diouf E.

Faculté de Médecine / Université Cheikh Anta DIOP de DAKAR.

Objectifs : Etablir des corrélations entre les méthodes d'appréciation subjective utilisées lors du gonflage du ballonnet et les valeurs retrouvées par le manomètre. Evaluer la part de l'expérience professionnelle des anesthésistes dans l'appréciation subjective de la pression du gonflage du ballonnet. Recenser les complications liées au gonflage du ballonnet dans le postopératoire immédiat.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, multicentrique, descriptive et analytique menée du 1^{er} Juin à l'ayant inclus tous les patients âgés de plus de 16 ans ayant bénéficié d'une chirurgie sous anesthésie générale avec intubation endotrachéale. Le ballonnet des sondes d'intubation était gonflé avec de l'air et la pression de gonflage appréciée de façon subjective. La pression de gonflage du ballonnet de la sonde d'intubation était par la suite mesurée à l'aide d'un manomètre par un médecin anesthésiste n'ayant pas participé à l'intubation. Les valeurs normales étaient considérées comme comprises entre 25 et 30 cmH₂O.

Résultats : Sur la période d'étude, 197 patients avaient été inclus. Vingt quatre anesthésistes avaient participé à l'étude. L'âge moyen des patients était de 45 ans [19-80

ans]. Pour 175 patients (88,84%) la palpation du ballonnet avait été la méthode subjective employée pour apprécier la pression de gonflage du ballonnet et pour 22 patients (21,16%), il s'agissait du gonflage avec un volume d'air prédéterminé. Le contrôle de la pression du ballonnet avec un manomètre avait objectivé une surpression chez 195 patients (99%). La pression moyenne de gonflage des ballonnets était de $71,86 \pm 20$ cmH₂O (29-120cmH₂O). Quelque soit leur grade, les anesthésistes gonflaient majoritairement le ballonnet à plus de 30cmH₂O. En postopératoire immédiat les douleurs laryngées, la toux et l'enrouement de la voix avaient été les complications retrouvées. Le taux des complications était plus élevé chez les femmes (61,36%) que chez les hommes (38,67%).

Conclusion : Les techniques subjectives d'appréciation de la pression de gonflage du ballonnet de la sonde d'intubation constituent des méthodes aléatoires et non fiables de monitoring de pression et l'expérience de l'anesthésiste ne protège pas du surgonflage.

Mots clés : Intubation endotrachéale- Pression ballonnet sonde d'intubation-Complications intubation.

R034. Perforation trachéale compliquant une intubation difficile non prévue.

Nkoumou Samson¹, Nga Nomo Serge¹, Iroume Cristella¹, Chewa Gisèle¹, Nana Albert², Chobli Martin³

1. Service d'Anesthésie-Réanimation du Centre Hospitalier d'Essos – Cameroun
2. Service de Chirurgie Cardiovasculaire et Thoracique du Centre Hospitalier d'Essos – Cameroun
3. Département d'Anesthésie-Réanimation – Faculté des sciences de la santé - Cotonou - Bénin

Auteur cotrrespondant : sergesvivier@yahoo.fr

Objectifs : Mettre en évidence l'absence de parallélisme entre les critères prédictifs d'intubation difficile et l'identification des patients à risque d'intubation difficile, et ressortir la difficulté de gestion d'une intubation difficile imprévue dans un pays à ressources limitées.

Méthodologie : Expérience à partir d'un cas clinique

Résultat : Il s'agit d'une patiente de 38 ans, sans antécédents contributifs, venu en consultation pour des douleurs pelviennes d'intensité modérée, associées à un saignement vaginal d'abondance minime. Les investigations cliniques et para-cliniques ont conclu à un utérus poly-myomateux symptomatique. L'indication d'une myomectomie par voie coelioscopique a été retenue. Aucun signe ne laissait présager une intubation difficile à la consultation d'anesthésie. L'induction anesthésique était classique. Après deux tentatives d'intubation oro-trachéale infructueuses par un premier médecin anesthésiste, le second a effectué deux laryngoscopies dans la position modifiée de Jackson associé à une compression laryngée externe, avec tentatives vaines de cathétérisme de la trachée. Le recours au long mandrin béquillé d'Eschman, se soldera par un nouvel échec. L'équipe d'anesthésie a procédé au réveil de la patiente sur table opératoire et l'intervention a été différée. La mise en évidence d'un emphysème sous cutané cervical, rapidement extensif au thorax a conduit au transfert de la patiente en réanimation. La tomodensitométrie cervico-thoracique objectivait un pneumothorax massif bilatéral, un pneumo-médiastin antérieur, et des bulles d'emphysème sous-cutané de la région cervico-thoracique sans fuite digestive du produit de contraste, confortant l'hypothèse de perforation du tiers supérieur de la trachée. L'évolution était favorable au quatrième jour de réanimation après drainage pleural bilatéral, en l'absence de toute intervention chirurgicale sur la trachée. La reprise de l'alimentation par voie orale était dès lors autorisée.

Conclusion : La perforation trachéale est une complication exceptionnelle de l'intubation trachéale. L'hyper-extension du cou et l'utilisation du long mandrin béquillé représentent des facteurs de risque de cet accident grave.

Mots clés : intubation difficile, perforation trachéale.

R035. Pratique anesthésique dans le Centre hospitalier régional de Port- gentil.

Mwembia Z., Nswal N.

Objectif : évaluer la pratique Anesthésique dans cet établissement provincial. Repréciser la méthodologie.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective qui a couvert une période 8 mois dans le Centre Hospitalier Régionale de Port Gentil (au Gabon).

Résultats : L'étude a porté sur 361 patients sur les 521 opérés, avec une moyenne d'âge de 30,8 ans et la tranche d'âge de 19-50 ans majoritaire (65 %). Parmi les patients anesthésiés le sexe féminin était prédominant (62%) et 60 % des patients étaient classés ASA I et moins de 1 % ASA IV. Le diagnostic chirurgical le plus fréquent était la Hernie inguinale à 14%. La sommation de différents diagnostic opératoires gynécologiques avait fait de la césarienne l'acte opératoire le plus répandu (24%). L'activité anesthésique était caractérisée par une mise en œuvre adaptée et systémique des actes fondamentaux devant accompagner toute anesthésie. Ainsi, tous les patients inclus dans l'étude ont eu droit à une consultation pré-anesthésique et la pratique anesthésique était réalisée par des techniciens supérieurs d'anesthésie supervisée par le médecin spécialiste.

La technique anesthésique la plus pratiquée (62,6%) était la Rachianesthésie et la Bupivacaine était le produit anesthésique utilisé (72%), suivi du Fentanyl (68%). La durée moyenne des interventions était de 43,85 minutes.

L'hypertension artérielle et l'anémie étaient les facteurs de risque les plus fréquents liés aux patients avec respectivement 42 et 20%.

Le bronchospasme était la seule complication anesthésique recensée lors de cette étude, 2 cas chez les 361 patients (0.55 %) et aucune mortalité n'a été observée.

Conclusion : Cette étude démontre la possibilité de pratiquer une anesthésie sécuritaire dans une région provinciale du Gabon

Mots clés : anesthésie, centre hospitalier régional

R036. Epidémiologie des affections médico-chirurgicales de l'enfant en réanimation au CHU de Bouaké

Kouamé KE, Ogondon B, Kouadio S, Irié Bi GS, N'da-Koffi C, Avi C, Ouattara M, Boua N, Brouh Y

Objectifs : décrire les aspects socio-démographiques, cliniques et évolutifs des enfants pris en charge en réanimation.

Patients et méthode

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive réalisée sur 3 ans au service de réanimation chez les enfants de 0 à 15 ans admis au service de réanimation du CHU de Bouaké.

Résultats

197 enfants ont été colligés sur 3350 admissions, soit une prévalence de 5,8. L'âge moyen était de $8,5 \pm 3,5$ ans. Le sexe ratio était de 1,73. La majorité des enfants n'étaient pas scolarisés (66,92%) et habitaient en zone urbaine. Il s'agissait de soins post interventionnelle (37,56%), d'un transfert du service de pédiatrie (16,7%), d'un transfert des services d'urgence chirurgicale ou d'enfants provenant de leur domicile (30,96%) à partir d'un transport non médicalisé. Le délai moyen d'admission était de 8 heures \pm 5. Les motifs d'admissions étaient dominés par les affections chirurgicales (brûlures, la surveillance post opératoire, les polytraumatisés, les traumatismes crâniens) dans 72,84% et les affections médicales (paludisme grave, les intoxications, les infections respiratoires basses et les infections neuro-méningées) dans 27,16 %. Le traitement en réanimation comportait un apport hydroélectrolytique (72,4%), une analgésie avec les antalgiques paliers I (97,7%) ; Palier II (5,6%) ; Palier I et II (14%). Une antibiothérapie dans 74,2% ; une transfusion sanguine dans 2,7% des cas. La durée moyenne d'hospitalisation est de 2,36 jours avec des extrêmes de 1 et 7 jours. Vingt deux enfants sont décédés (11 %) pour une brûlure thermique grave (8 cas), un polytraumatisme (9 cas), une intoxication aux organophosphorés (1cas) et une infection neuro-méningée (4 cas).

Conclusion

Le service de réanimation du CHU de Bouaké a permis de prodiguer des soins de qualité à un grand nombre d'enfant présentant des pathologies diverses et de réduire le taux de mortalité infantile.

Mots clés : analgésie, polytraumatisme, intoxications, brûlure

R037. Prescription préopératoire systématique du bilan d'hémostase : intérêt en chirurgie pédiatrique au CHU de Brazzaville

Elombila M, Otiobanda G.F., Niengo Outsouta G., Mpoy Emy Monkessa C.M., Nde Ngala M.A., Mawandza P.D.

Service de Réanimation Polyvalente, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHU-B)

Auteur correspondant : Otiobanda G.F., otiobandagilbertfabrice@yahoo.fr

Objectif : Évaluer la pertinence de la prescription préopératoire du bilan d'hémostase en chirurgie pédiatrique.

Matériels et méthodes :

Il s'est agi d'une étude rétrospective, analytique sur une période de 12 mois allant du 1^{er} janvier 2013 à 31 décembre 2013. Tous les patients opérés au programme réglé de chirurgie pédiatrie ont été inclus. Les données ont été recueillies à partir des dossiers anesthésiques. Les paramètres étudiés étaient : âge, sexe, antécédents, classe ASA, type d'anesthésie, nature de la chirurgie, bilan d'hémostase.

Résultats : Au total 216 dossiers ont été colligés. L'âge moyen était de $7,57 \pm 5,03$ ans. Le sexe masculin était représenté dans 77,3% des cas. Dans 50% des cas la drépanocytose est l'antécédent retrouvé. La classe ASA I et II représentaient 93,5% et 6,5% respectivement. L'anesthésie était générale dans 91,7% des cas. Les chirurgies étaient classées mineure (77,3%), majeure (14,8%) et intermédiaire (7,9%) ; elles étaient à risque hémorragique dans 15,3% des cas. L'hémoگرامme et le TP/TCA étaient justifiés dans 27,3 et 25,9% des cas respectivement.

Conclusion : Notre étude a montré que dans la majorité des cas le bilan d'hémostase préopératoire prescrit systématiquement en chirurgie pédiatrique n'était pas justifié. Un changement d'attitude après consensus local est nécessaire pour réduire le nombre d'exams complémentaires.

Mots clés : bilan préopératoire, hémostase, chirurgie pédiatrique.

Anesthésie : ALR-Rachis

R038. Le bloc axillaire échoguidé au CHU de Dakar : Série des premiers cas

Leye PA¹, Alami Hassani M¹, Bah MD², Ndiaye PI¹, Traore MM², Fall ML², Diop MN², Beye MD¹, Diouf E¹

1. *Service d'Anesthésie-réanimation CHU le Dantec - Faculté de médecine UCAD, Dakar*
1. *Service d'Anesthésie-réanimation CHU Fann - Faculté de médecine UCAD, Dakar*

Introduction :

Le bloc axillaire avec neurostimulation est une technique d'anesthésie locorégionale périphérique fréquemment réalisée pour la chirurgie du membre supérieur du coude jusqu'à la main. Ce bloc a bénéficié de la révolution échographique dans le domaine de l'anesthésie locorégionale. Cette nouvelle approche permet d'améliorer la qualité du bloc, de diminuer les complications et de réduire les doses d'anesthésiques locaux. En vue d'évaluer sa pratique dans notre activité anesthésique, nous avons réalisé cette étude au CHU Aristide Le Dantec de Dakar.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective allant de Mai 2014 au mois d'Avril 2015 réalisée au bloc opératoire central et des urgences portant sur tous les patients ayant subi une chirurgie du membre supérieur sous bloc axillaire échoguidé avec ou sans neurostimulation sentinelle.

Résultats :

Soixante et un patients ont été inclus dans l'étude. L'âge moyen était de 32,5 ans avec une prédominance masculine. Les urgences traumatologiques représentaient 65 % des indications. La durée de réalisation était de 13,74 minutes, la durée moyenne d'installation du bloc sensitif était de 11,06 minutes. Nous avons noté un taux de succès de 85,25 % avec une durée moyenne du bloc sensitif de 265 minutes. Le taux de succès n'était influencé ni par la technique d'injection (PV versus PN) ni par l'approche (IP versus OP). Les incidents étaient mineurs avec 3,27% de cas de ponctions vasculaires sans complications.

Conclusion :

Le taux de succès du bloc axillaire est beaucoup plus important avec l'utilisation de l'échographie et la morbidité est réduite avec cette nouvelle approche.

Mots-clés : Bloc axillaire, échoguidage, neurostimulation sentinelle

R039. Bloc paraombilical échoguidé pour la cure de hernie ombilicale chez l'enfant : Résultats préliminaires de 50 cas à Dakar

Traoré MM¹, Ndoye MD¹, Leye PA³, Gaye I₁, Ndoye A¹, Fall ML², Bah Md², Fall I¹, Diouf E³.

1. *Service d'anesthésie réanimation pédiatrique, Hôpital d'Enfant Albert Royer*
2. *Département d'anesthésie réanimation, Hôpital national universitaire de Fann*
3. *Service d'anesthésie réanimation, Hôpital Aristide Le Dantec*

Introduction

La cure de la hernie ombilicale est un acte opératoire fréquent en pédiatrie. Le bloc para-ombilical offre une meilleure analgésie avec des effets secondaires moindres. Depuis l'avènement de l'échographie haute résolution ce bloc a bénéficié d'une approche nouvelle.

Objectif : rapporter les résultats préliminaires de la pratique de ce bloc sous échoguidage à Dakar.

Patients et méthode :

Une étude prospective observationnelle a été menée en ambulatoire au Centre Hospitalier d'Enfants Albert Royer sur une période de 7mois. Tous les enfants âgés de 1 à 6ans ont été inclus. La technique était réalisée avec l'usage d'un échographe (Sonosite S-Cath®). Une sonde linéaire multifréquence (L25 : 6-13MHZ) a servi à la visualisation des structures anatomiques. Le fascia du grand droit était abordé dans le plan ultrasonore avec une aiguille isolée type Stimuplex A® 50mm 22G. La solution anesthésique injectée était de la ropivacaine 0,2%. Nous avons étudié la visualisation des éléments anatomiques, la durée de réalisation du bloc, le volume et la dose d'anesthésique local injecté, la réussite du bloc, les incidents et complications enfin l'analgésie postopératoire par la consommation d'analgésiques.

Résultats :

Cinquante patients étaient concernés par cette étude. L'âge moyen était 34mois, le poids moyen 14kg avec prédominance des garçons à 65%. La visualisation des structures anatomiques sous échographie était nette chez tous les patients. La durée de réalisation du bloc échoguidé était de 10min en moyenne. La solution moyenne d'anesthésique local injecté était de 5ml/coté. 3 cas d'échec du bloc étaient observés. Les scores CHEOPS de douleur postopératoire était de 5 en moyenne. 8 patients ont bénéficié d'une supplémentation en analgésique dans les 6h des suites opératoires. Aucune complication n'était notée pendant le séjour hospitalier et à domicile.

Conclusion :

Nos résultats préliminaires suggèrent que le bénéfice incontestable de l'échoguidage dans le bloc paraombilical est la visualisation des structures anatomiques ciblées, la distribution de l'AL et la possibilité de repositionner l'aiguille en cas de mauvaise distribution. La généralisation de cette pratique dans notre activité quotidienne apportera certainement une meilleure efficacité et une grande sécurité à nos patients.

Mots-clés : bloc paraombilical, douleur postopératoire, échoguidage, herniorraphie ombilicale

Réanimation : Neuro-Réanimation

R040. Aperçu des pathologies neurochirurgicales intracrâniennes suivies en réanimation des Cliniques Universitaires de Kinshasa

Ilunga JP¹, Mbombo W^{1,2}, Manzombi J¹, Batuli D³, Kilembe A¹.

1. *Cliniques Universitaires*
2. *Centre Hospitalier MONKOLE*
3. *Indépendant*

Objectif : réaliser un état de lieu sur ces pathologies opérées ou non, suivies dans le service de réanimation des cliniques universitaires de Kinshasa.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude descriptive, documentaire menée du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2013, incluant les patients admis pour pathologies neurochirurgicales intracrâniennes dans le service de réanimation des cliniques universitaires de Kinshasa.

Résultats : Au total, 101 admissions ont été enregistrées au service de réanimation, dont 59 patients soit 58,6% étaient victimes de traumatisme crânio-encéphalique (TCE) ; 29,7% des tumeurs ; 6,9% des pathologies infectieuses. L'âge moyen était de 35 ans. Le sexe masculin était prédominant dans 74,3%. Le score de Glasgow à l'arrivée était en moyenne 9,48/15. Les céphalées étaient le signe HTIC le plus rencontré (41,6%). Le fléchissement de l'état de conscience était le signe clinique le plus rencontré à l'arrivée dans 53,5%. Le scanner cérébral était l'examen paraclinique le plus réalisé 86,1%. 50,5% de patients ont bénéficié d'une intervention chirurgicale. 100% de patients ont bénéficié d'un apport hydroélectrolytique et 98% d'une antibiothérapie. La durée moyenne du séjour en réanimation était de 7 jours et le taux de décès 54,5%.

Conclusion : Les pathologies neurochirurgicales intracrâniennes concernent majoritairement la population jeune et sont représentées en grande partie par le TCE. Des études plus approfondies peuvent contribuer à l'élaboration des stratégies pouvant aider à améliorer leur prise en charge aux cliniques universitaires de Kinshasa.

Mots clés : Pathologies neuro-chirurgicales, réanimations, cliniques Universitaires de Kinshasa

References :

1. **Beltchika**, éléments de neurochirurgie, service de neurochirurgie des CUK, Kinshasa, 2008.
2. **Do L., Valverbe**, Traumatisme crânio-encéphalique CHU Pointe à pitre, France, 2001.

R041. Syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible : à propos d'un cas au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville

Mpoy Emy Monkessa C.M.¹, Elombila M.¹, Moyikoua R.², Mawandza P.D.¹, Niengo Outsouta G.¹, Nde Ngala M.¹, Otiobanda G.F.¹

1. *Service de Réanimation Polyvalente, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHU-B)*
2. *Service de radiologie, CHU-B*

Auteur correspondant : Otiobanda G.F., otiobandagilbertfabrice@yahoo.fr

Le syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible (SEPR) est un syndrome clinico-radiologique rare observé dans le cadre d'affections diverses où ils existent une élévation brutale de la pression artérielle. Il est responsable de manifestations neurologiques peu spécifiques et variées, comme des céphalées intenses, un état confusionnel, un coma, des convulsions ou des troubles visuels. Le diagnostic est confirmé par l'imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale qui montre à un stade précoce des lésions cortico-sous-corticales bilatérales et asymétriques des lobes pariéto-occipitaux, sous forme d'hypersignaux en séquences T₂ et FLAIR. Ces lésions correspondent à un œdème vasogénique et sont donc généralement réversibles après traitement étiologique et contrôle de la pression artérielle, mais dans certains cas ces lésions peuvent être responsables de séquelles irréversibles. Nous rapportons un cas de SEPR compliquant une hypertension artérielle gestationnelle chez une parturiente de 17 ans avec issue favorable.

Mots clés : état de mal épileptique, encéphalopathie postérieure réversible, hypertension artérielle gestationnelle, IRM cérébrale.

R042. Désordres hydro-électrolytiques chez les patients cérébrólésés dans le service de réanimation du CHU Gabriel Touré

DIOP Th M¹, Beye S A³, Mangané M¹, Almeimoune A¹, Koita S⁵., Dembélé A. S², Diango D. M¹

1. *Département anesthésie-réanimation et médecine d'urgence du CHU Gabriel TOURE*
2. *Service d'anesthésie CHU IOTA*
3. *Service d'anesthésie réanimation hôpital Ségou.*
4. *Service de chirurgie Générale du CHU Gabriel Toure*
5. *Service d'anesthésie réanimation CHU Luxembourg*

Introduction

Un patient cérébrólésé est un patient présentant un déficit neurologique d'origine centrale. Ces patients présentent très souvent des troubles hydro-ioniques, d'où la nécessité d'une hospitalisation en milieu de réanimation. Notre étude avait pour objectif d'étudier les troubles hydro-électrolytiques chez les patients cérébrólésés, dans le service de réanimation du CHU Gabriel Touré.

Matériel et méthodes

Il s'agissait d'une étude transversale prospective, descriptive s'étendant sur une période de 11 mois allant de juin 2015 à avril 2016 au service de réanimation de CHU Gabriel TOURE. Nous avons inclus tous les patients cérébrólésés admis en réanimation chez qui les troubles hydro électrolytiques ont été décelés dès l'arrivée ou en cours d'hospitalisation. Les données ont été collectées par le biais des fiches transferts, de fiches d'enquêtes et des dossiers médicaux. La saisie et l'analyse étaient réalisées respectivement à l'aide du logiciel SPSS version19 et le logiciel Microsoft Word Starter 2010.

Résultats

Pendant la période d'étude, sur 450 patients hospitalisés nous avons recensé 110 patients cérébrólésés et 75 patients ont été retenus dans notre étude sur la base des bilans

ioniques réalisés, ce qui représente 16,6% de l'ensemble des hospitalisations et 24,4% des patients cérébrólésés. Le sexe masculin était prédominant avec 72% avec un sexe ratio à 2,5. La tranche d'âge 20-50 ans était majoritaire avec 45,3%, la moyenne d'âge était de 38,49 ans. La majorité (58,7%) des patients étaient admis en provenance du service d'accueil des urgences. Le motif d'admission le plus fréquent était l'altération de la conscience 94,7% et le score de Glasgow à l'admission était inférieur ou égale à 8 chez 58,7% des patients. Les troubles hydro-électrolytiques étaient présents chez 93,3% des patients à l'admission. L'hyponatrémie était le trouble le plus fréquent avec 56% (42 cas) suivit de l'hyperkaliémie 10,7%(8 cas). Le paludisme grave était le diagnostic le plus fréquent (36%). Parmi les patients décédés 80% avait développé les troubles hydro électrolytiques après 5 jours d'hospitalisation. La létalité globale était de 73,3%.

Conclusion :

Les troubles hydro-électrolytiques sont fréquents en milieu de réanimation et leur prise en charge doit être rapide afin de réduire la morbi-mortalité.

Mots clés : Désordres hydro-électrolytiques, cérébrólésés, réanimation CHU Gabriel Toure.

R043. Relations entre neuroglobine plasmatique et accidents vasculaires cérébraux hémorragiques de l'adulte

Nnang Essone JF², Aubin Igombé SR³, Nzoghe Nguéma P², Allognon C⁴, Ovono Abessolo F⁴

1. *Département de physiologie, Faculté de médecine et des sciences de la santé de Libreville et Département d'Anesthésie Réanimation Urgences du CHU d'Angondjé, Libreville Gabon.*
2. *Département d'Anesthésie Réanimation Urgences du CHU d'Owendo, Libreville, Gabon*
3. *Département de Cardiologie du CHU d'Angondjé Libreville, Gabon*
4. *Département de Chimie-Biochimie - Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé Libreville, Gabon*

Introduction : La neuroglobine (Ngb) est une protéine dont la concentration plasmatique augmente en cas d'ischémie du système nerveux central. Les relations entre Ngb et accident vasculaire cérébral hémorragique (AVCH), en particulier à sa phase précoce, sont peu connues.

Objectifs : Déterminer l'existence éventuelle de relations entre la concentration plasmatique de neuroglobine et l'AVCH à la phase aigüe.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective réalisée à Libreville chez 41 personnes dont 26 victimes d'AVCH et 30 volontaires sains (témoins). La concentration plasmatique moyenne de Ngb des patients AVCH (CmNgb / AVCH) a été déterminée dans le sérum à l'admission (j1), à j3 et j7. La CmNgb / AVCH à j1 a été comparée à celle des témoins (CmNgb / NAVCH). L'évolution de la CmNgb /AVCH dans le temps et sa relation avec les délais de survenue des symptômes, la présence de complication au scanner, les scores de gravité, le volume de l'hématome et le pronostic à court terme ont été analysés par les tests non paramétriques de Mann et Whitney et le test de Wilcoxon.

Résultats : A l'admission, la CmNgb / AVCH était de $1,75 \pm 0,09$ ng /ml et celle des témoins $0,303 \pm 0,114$ ng / ml ($p=0,07$). La CmNgb / AVCH a diminué ensuite à J3 ($0,42 \pm 0,211$, $p=0,01$), pour devenir quasi normale à J7 ($0,36 \pm 0,3ng$ /ml, $p=0,002$). Une relation existe entre CmNgb / AVCH, délai de survenue des symptômes ($p=0,003$) et volume d'hématome ($p=0,027$). Aucune relation n'existait entre CmNgb / AVCH, présence de complications scanographiques, scores de gravité ($p=0,427$) et pronostic à court terme chez les victimes d'AVCH.

Conclusion : Ces résultats montrent qu'il existe une relation entre CmNgb /AVCH, évolution précoce de l'AVCH et le volume d'hématome. Par ailleurs, notre étude suggère que la Ngb pourrait être un marqueur diagnostique de l'ischémie cérébrale à la phase aigüe d'AVCH. Une étude tenant compte des sous-groupes et comportant un plus grand échantillon est nécessaire pour confirmer nos résultats.

Mots clés : Neuroglobine-AVCH-Ischémie-Biomarqueur

R044. Paludisme grave en réanimation : constats et propositions suites à la prise en charge de 31 cas à la DMMC Douala-Cameroun

Gomeh P., Ngouatna S.

Auteur correspondant : Patricia Gomeh. Email : gomehpatricia@yahoo.fr

Objectif : observer la prise en charge des cas de paludisme grave et dire d'après nos résultats, une nécessité ou non de considérer cette pathologie dans sa forme la plus complète.

Type d'étude : analyse descriptive à la fois rétrospective et prospective.

Méthode : présenter les différentes prises en charge, observer les résultats et analyser les moyens.

Résultats : Nos patients étaient un âge moyen de 41,58 ans, avec un sexe ratio H/F égal à 14,5. Nous avons rencontré 15 nationalités. La principale implication a été la non identification claire du sujet neuf. 6,45% des patients ont laissé suspecter un paludisme importé. Aucune enquête sur l'espèce infestante n'a été retrouvée. Côté patient, aucun n'est arrivé le jour du début des signes, et la majorité : 54,84% sont arrivés entre le 3^e et le 7^e jour. La fièvre a été le principal motif de consultation (77,42%). 13 patients sur 31 (41,93%) avaient déjà pris un traitement antipaludique avant la consultation. Le signe de gravité le plus retrouvé a été l'ictère : 61,29%. Une GE et MAT ont été réalisés chez tous les patients. L'admission en réanimation n'a pas été systématique devant les signes de gravité mais plutôt devant l'apparition d'une détresse vitale. L'Artésunate injectable a été le traitement le plus administré : 58,06% des patients. 48,38% ont eu une évolution immédiate favorable. 38,70% ont eu une complication surajoutée (ascite, OAP, asthme, IHC...); 4 décès notés soient 12,90% des patients et une durée d'hospitalisation de moins de 10 jours chez 83,87% des patients, sans respect chez aucun d'entre eux d'une surveillance parasitologique adéquate.

Conclusion : Un outil disposant d'un supplément d'informations épidémiologique, immunologique et thérapeutique, doit être disponible et instantané à la consultation aux urgences afin d'envisager une prise en charge juste et efficace de nos cas de paludisme grave.

Mots clés : paludisme grave- sujet neuf- Cameroun- épidémiologie- outil d'utilisation facile.

R045. Prise en charge des envénimations graves par morsure de serpents en réanimation au CHU de Bouaké

Ogondon B, Avi C, Irié-bi G, N'da K C, Kouadio S, Ouattara Ya M, Kouamé K E, Boua N, Brouh Y.

Service d'anesthésie réanimation. CHU e Bouaké – RCI

Objectifs : Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des envénimations graves par morsures de serpent.

Patients et méthodes : Étude rétrospective et descriptive des patients admis pour envénimation grave grade II et III au service de réanimation du CHU de Bouaké durant la période du 1^{er} janvier 2012 au 31 Mars 2016.

Résultats : Nous avons recensés 50 cas d'envénimations graves sur 1614 patients admis, soit une prévalence de 3,09. L'âge moyen était de 24,84 ans avec des extrêmes de 9 et 89 ans. Les morsures ont lieu au cours des travaux champêtres chez 32 patients. Avant l'admission en réanimation, divers traitements ont été réalisés (la pose de garrot (17 patients), l'usage de pierre noir (04 patients), la réalisation de scarifications (24 patients), l'ingestion et ou l'application de décoction (43 patients)). Le délai moyen d'admission était de 16 heures avec des extrêmes de 1 et 72 heures. Les morsures siégeaient aux membres inférieurs chez 43 patients. Les signes d'envénimations étaient faits d'œdèmes locorégional (36 patients), d'œdèmes extensifs (18 patients), de syndrome hémorragique avec trouble de l'hémostase (12 patients) constituant le syndrome vipérin. Le syndrome cobraïque était constitué de détresse respiratoire et de signes neurologiques (ptose palpébrale, myosis, de trouble de la conscience) retrouvés respectivement chez 06 patients et 10 patients victimes d'envénimations par élapidés. Les envénimations grade II étaient retrouvées chez 31 patients et le grade III chez 19 patients. Huit patients présentant un syndrome hémorragique ont bénéficiés d'une transfusion de culot globulaire. Les 06 patients présentant une envénimation par élapidés ainsi que 03 autres envénimations vipérines compliquées de détresse respiratoire ont bénéficiés d'une ventilation mécanique. Le sérum antivenimeux a été administré chez 28 patients. Trois patients sont décédés dans un tableau de coagulopathie et de détresse respiratoire. La durée moyenne d'hospitalisation était de 4,19 jours avec des extrêmes de 1 à 21 jours.

Conclusion : Les envénimations par morsure de serpent sont encore mortelles dans nos régions du fait du retard de la prise en charge.

Mots clés : envénimation, sérum antivenimeux, syndrome vipérin, syndrome Cobraïque.

R046. A propos d'un cas d'ischémie cérébrale chez un nourrisson et revue de la littérature

Ebousse P.D, Kamdem A., Lombat A.

Introduction

Les AVC de l'enfant et du nourrisson sont des pathologies rares (1.3-13/100000 en France et 2-13/100000 en Amérique du nord) mais redoutables car responsables d'une morbidité et d'une mortalité élevées. Ils représentent la principale cause d'infirmité motrice cérébrale.

Notre cas clinique :

Il s'agissait d'un nourrisson de sexe masculin âgé de 24 mois sans antécédents pathologiques particuliers dont le début de la maladie remontait à une semaine avant son admission par la survenue d'une toux sèche associée par la suite à une fièvre. Une médication par le Paracétamol avait été administrée par ses parents sans succès. Le tableau clinique s'est aggravé par la survenue de convulsions généralisées puis une hémiplégie droite qui a motivé son admission.

L'examen à l'admission retrouvait un mauvais état général avec un Silverman à 4/10 et un Blantyre à 2/6 avec une hémiplégie droite flasque. Le bilan biologique a révélé une hyperleucocytose à 19.000/mm³ à prédominance neutrophile et une anémie modérée à 8 g/dl. La ponction lombaire a permis d'identifier *Neisseria meningitidis* sensible à la Ceftriaxone. Le Scanner cérébral a montré un infarctus cérébral gauche.

Le traitement administré avait comme objectifs : Arrêter les convulsions, assurer une bonne hématose, maintenir une bonne hydratation, éradiquer le méningocoque, prévenir la contagion des sujets contacts, empêcher la survenue d'une épidémie, repermeabiliser les artères ischémiées, rétablir la mobilité du patient. Les moyens thérapeutiques utilisés étaient : la prise d'une bonne voie veineuse pour

l'hydratation, l'oxygénothérapie, une sonde nasogastrique pour l'alimentation, la transfusion sanguine, la Ceftriaxone à 200 mg/kg/24U en IVDL, le Diazepam à 0.015 mg/kg, Valproate de sodium, la Méthylprednidolone, Omeprazole injectable.

La surveillance était clinique et biologique. L'évolution a été marquée par l'arrêt des convulsions au 2^{ème} jour, l'apyrexie au 3^{ème}, la reprise de la mobilité à l'hémicorps droit à partir du 10^{ème} jour. L'arrêt de la Ceftriaxone s'est fait au 21^{ème} jour.

Revue de la littérature

L'ischémie cérébrale est une pathologie rare chez le nourrisson. Le diagnostic repose sur l'examen clinique et l'imagerie cérébrale en particulier le Scanner et au mieux l'Imagerie par résonance Magnétique (IRM). Les étiologies retrouvées sont regroupées en 3 groupes parmi lesquels on retient les artériopathies infectieuses et auto-immunes, les cardiopathies congénitales et acquises et dans le 3^{ème} groupe on retient les hémopathies dont la drépanocytose homozygote est la plus fréquente dans notre milieu. Le traitement non spécifique repose sur l'Acide acétyl salicylique à la dose de 5 mg/kg sur une durée non consensuelle. Plusieurs études préconisent 18 mois.

Conclusion

Urgence médicale dont le diagnostic repose sur la clinique et l'imagerie cérébrale en particulier le Scanner et au mieux l'IRM. Le traitement est avant tout étiologique mais également symptomatique.

R047. Activités de la salle de soins post-interventionnels (SSPI) au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville

Elombila M¹, Otiobanda G. F, Mpoy Emy Monkessa C.M, Mawandza P. D, Niengo Outsouta G, Nde Ngala M.

A

Service de Réanimation Polyvalente, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHU-B)

Auteur correspondant : Otiobanda G.F. Email : otiobandagilbertfabrice@yahoo.fr

Objectif : Évaluer l'activité de la SSPI du bloc opératoire du CHU-B.

Patients et méthodes : Il s'est agi d'une étude prospective, descriptive et analytique réalisée sur une période de 02 mois allant de mai à juin 2016. Elle a concerné les patients opérés au programme réglé du bloc opératoire du CHU-B. Les variables analysées étaient : âge, sexe, classe ASA, type de chirurgie, type d'anesthésie, durée en SSPI, complications postopératoires.

Résultats : Au total 80 patients ont été inclus. L'âge moyen était de $33,36 \pm 26,13$ ans avec un sex ratio (M/F) de 1,25. La classe ASA I était la plus représentée (67,5%). L'anesthésie était générale dans 62,5% des cas. La chirurgie gynéco-obstétricale et pédiatrique était les plus représentées (22,7% et 18,8% respectivement). La durée moyenne en SSPI était inférieure à 30 minutes dans 40,7% des cas. Les complications post-opératoires ont été enregistrées chez 27 patients (33,75%). L'anesthésie générale était plus pourvoyeuse de complications dans 63% des cas. Les patients opérés en urologie et gynéco-obstétrique ont présentés le plus de complications avec 33,4% et 29,6% des cas respectivement. Les complications cardiovasculaires (51,9%) étaient les plus observées dominé par l'hypertension artérielle (57,1%).

Conclusion : Notre étude a montré un taux de complications en SSPI élevé. L'anesthésie générale est la plus pourvoyeuse de complications. Les patients ayant subis une intervention urologique ont présenté le plus de complications. La durée moyenne recommandée en SSPI n'était pas respectée dans la majorité des cas.

Mots clés : anesthésie, complications, salle de soin post-interventionnelle.

R048. Interêt diagnostique et pronostique du dosage de la neuroglobine dans les AVC ischémiques de l'adulte

Nnang Essone JF¹, Aubin Igombé SR², Nzoghe Nguéma P², Allognon C³ Ovono Abessolo F4

1. Département de physiologie, FMSS de Libreville
2. Département d'Anesthésie Réanimation Urgences du CHU d'Angondjé, Libreville Gabon.
3. Département d'Anesthésie Réanimation Urgences du CHU d'Owendo, Libreville, Gabon
4. Département de Cardiologie du CHU d'Angondjé
5. Département de Chimie-Biochimie - FMSS Libreville, Gabon

Introduction : La neuroglobine (Ngb) doit son nom à sa localisation préférentielle au niveau du système nerveux central. La concentration plasmatique de Ngb augmente lors de l'ischémie cérébrale. Toutefois, l'intérêt de son dosage dans le diagnostic et le pronostic des accidents vasculaires cérébraux ischémiques (AVCI) n'est pas défini.

Objectifs : Déterminer si la Ngb plasmatique peut être utilisée comme biomarqueur diagnostique et pronostique des AVCI de l'adulte à la phase aigüe.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective chez 43 personnes dont 13 patients AVCI et 15 personnes volontaires saines (témoins). La concentration moyenne de Ngb plasmatique (CmNgb en ng/ml) des patients AVCI a été déterminée dans le sérum à l'admission (j1), à j3 et j7. La CmNgb a été comparée entre victimes d'AVCI à l'admission et les témoins. Son évolution dans le temps et sa relation avec les paramètres cliniques dont le score de Glasgow et le FOUR score ont été analysés par les tests non paramétriques de Mann et Whitney et le test de Wilcoxon.

Résultats : La CmNgb des personnes ayant un AVCI était de $5,80 \pm 0,72$ ng / ml et celle des témoins à l'admission de $0,303 \pm 0,114$ ng / ml ($p=0,03$). Du point de vue cinétique, la CmNgb des personnes victimes d'AVCI a été plus élevée à j1 ($5,8 \pm 0,72$ ng / ml), elle a diminué ensuite à J3 ($2,6 \pm 0,112$ ng / ml, $p=0,032$), pour revenir à la normale à J7 ($0,42 \pm 0,20$ ng / ml, $p=0,001$). Une relation existe entre la CmNgb des patients AVCI et le délai de survenue des symptômes d'AVCI ($p=0,03$). Aucune relation n'existait entre CmNgb, score de Glasgow ($p=0,427$) FOUR score ($p=0,56$) et le pronostic à court terme chez les patients AVCI ($p=0,06$).

Conclusion : Ces résultats suggèrent que la CmNgb s'élève au niveau plasmatique en cas d'ischémie cérébrale aigüe et peut être ainsi utilisée comme marqueur biologique des AVCI de l'adulte à la phase précoce. Cependant ce travail demande à être confirmé sur un échantillon de patients plus grand.

Mots clés : Neuroglobine-AVC-Diagnostic-Pronostic

R049. Paludisme grave chez les expatriés en réanimation au Centre Hospitalier d'Essos/Yaoundé

Nkoumou S.; Ambadiang B.; Nga S.; Chewa G.; Binam F.

Introduction : Depuis des années, les formes graves du paludisme ont été rapportées chez les adultes fraîchement débarqués. Afin d'identifier les caractéristiques cliniques et biologiques de ce type de paludisme, nous avons mené une étude prospective et descriptive dans le service de Réanimation polyvalente du Centre hospitalier d'ESSOS Yaoundé.

Patients et méthode. : Période d'étude : 1^{er} Juin 2012-1^{er} Aout 2016 (50 mois).

Critères d'inclusion : Tout patient expatrié admis en réanimation pour état fébrile, convulsions, altération de la conscience, embarras gastrique fébrile ; ou tout patient présentant un tableau clinique évocateur d'un paludisme grave tel que défini par l'OMS, avec GE (ou frottis sanguin) positive à Plasmodium Falciparum.

Critères d'exclusion : Les femmes enceintes, les enfants ou tout patient présentant un paludisme simple ou une maladie infectieuse intercurrente.

Protocole thérapeutique : Quinine IV 17mg/kg en 4h au PSE (Dose de charge) puis 8mg/kg en 4h toutes les 8h. Relais Quinine per os pendant 5jours. En cas d'insuffisance rénale : Artésunate 2,4mg/kg (H0, H12, H24). Relais per os par : -Artéméther Luméfantrine (AL) ou Artéméther Amodiaquine (AS+AQ) ; Artéméther

Méfloquine (AS+MQ) ; Artéméther Sulfadoxine Pyriméthamine (AS+SP).

Un traitement symptomatique est appliqué suivant la forme clinique (Antipyrétiques, anticonvulsivants, transfusions sanguines). Ventilation mécanique en cas de détresse respiratoire.

Résultats : Sur un total de 19 patients atteints de paludisme grave, tous avaient une GE et/ou un frottis sanguin positif à TPF.L'âge moyen de nos patients est de 55,9 ans.

Les nationalités : 12 Français, 01 Anglais, 01 Irlandais, 01 Rwandais, 01 Espagnol et 02 Allemands, 01 italien. Les 19 patients avaient une thrombopénie sévère (17000-82000/mm³).

Motifs d'admission : Altération de la conscience, hyperthermie, diarrhée, vomissements, état de choc.

Conclusion :

Le paludisme grave du sujet neuf est une notion bien connue par tous les praticiens exerçant en zone tropicale. La chimio prophylaxie doit être fortement recommandée à tout expatrié séjournant dans une zone d'endémie palustre.

Mots clés : expatrié ; paludisme grave ; thrombopénie ; état de choc

Réanimation : Choc- Insuff Card-SDRA-Scores-Mortalité

R050. Suivi thérapeutique des patients sous tramadol en période postopératoire en réanimation à l'hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé

Metogo Mbengono JA, Amengle A. L ; Nguidjoe E ; Metogo Ntsama J.A ; Bengono Bengono R ; Beyiha G ; Ze Minkande J.

Département de Chirurgie et Spécialités, FMSB/ UYI

Auteur correspondant : Metogo Mbengono JA. Email : junetmel@yahoo.fr

Introduction : Le tramadol est un antalgique efficace pour traiter les douleurs postopératoires modérées à sévères. C'est une prodrogue qui nécessite une bioactivation afin d'obtenir le O-desmethyl tramadol au travers de l'enzyme hépatique (CYP2D6). 10% de la population caucasienne ne possède pas d'activité du CYP2D6. Le but de notre étude était de déterminer le profil pharmacogénétique des patients sous tramadol à travers leur suivi thérapeutique dans le service de réanimation de l'Hôpital Gynéco-obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé.

Matériels et méthode : Il s'agissait d'une étude de cohorte prospective sur une période de 3 mois avec échantillonnage consécutif non exhaustif. Etaient incluses les patientes ayant eu une chirurgie avec douleur modérée à sévère, sans altération de la conscience, sans notion de prise de médicaments métabolisés par la voie du CYP 450. Nous avons enregistré les données sociodémographiques des patientes ainsi que le type de chirurgie pratiquée et la technique d'anesthésie utilisée. Le tramadol était administré à la dose de 2mg/Kg par voie intraveineuse lente toutes les 6 heures. L'évaluation de la douleur avec l'EVA était faite à l'admission en réanimation puis respectivement à la 20^{ème} minute, la 3^{ème} heure, la 6^{ème} heure, la 12^{ème} heure et la 24^{ème} heure après administration du tramadol. Le prélèvement

plasmatique s'est fait à la 3^e et la 6^e heure après administration du tramadol. Le tramadol et le Odesmethyl tramadol (M1) ont été recherchés à l'aide de HPLC-UV. L'analyse s'est faite sur les logiciels SPSS version 20 et EPI INFO version 3.5.4.

Résultats : Trente patientes étaient colligées avec un âge moyen de 32 ans opérées pour césarienne, laparotomie exploratrice et chirurgie carcinologique, opérées principalement sous rachianesthésie et anesthésie générale. Le tramadol était le plus souvent associé au paracétamol (76,70 %). Avant l'administration du tramadol, l'EVA était de 6/10 et diminuait de 2 points dès la 3^e heure pour atteindre 1/10 à la 24^e heure. La fréquence respiratoire a connu une diminution de 3 cycles dès la 6^e heure. Les effets indésirables les plus fréquents étaient les nausées et vomissements. Les échantillons de 13 patientes ont été analysés. Le métabolite M1 a été retrouvé chez toutes les patientes ; parmi lesquelles 4 présentaient un métabolisme lent et 3 un métabolisme plus rapide.

Conclusion : Nous avons obtenu une bonne efficacité analgésique du tramadol aux plans biologiques et clinique.

Mots-clé : Tramadol, Odesmethyl tramadol, Suivi thérapeutique, Douleur postopératoire.

R051. Satisfaction des patients et garde-malades dans un service de réanimation de la ville de Yaoundé

Bengono Bengono R ; Amengle A.L ; Metogo Mbengono J.A ; Mbono Edoa D ; Essi M.J ; Ze Minkande J.

Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales(FMSB) / Université de Yaoundé 1

Auteur correspondant : Bengono Bengono R. Email : rodbeng@yahoo.fr

Introduction : La satisfaction des patients représente l'appréciation de la qualité des soins par les soignés. Selon l'OMS, c'est un indicateur de la qualité des soins. Les services de réanimation sont des structures d'hospitalisation de haute technologie prenant en charge des patients aux pathologies sévères.

Objectif : évaluer le niveau de satisfaction des patients et garde-malades au sein du service de réanimation de l'hôpital Gynéco-Obstétrique et pédiatrique de Yaoundé.

Méthodologie : Nous avons mené une étude transversale descriptive de sept mois, par une entrevue structurée soutenue par deux questionnaires préalablement conçus et testés. Les variables étudiées étaient : le sexe, l'âge, le niveau d'instruction, la profession, la religion, l'origine ethnique, le lien de parenté avec le patient, le lieu de résidence, le contact antérieur avec un hôpital puis un service de réanimation, le motif et la durée d'hospitalisation, l'accueil, la prise en charge en salle d'hospitalisation, le suivi et l'évolution du malade, la chambre d'hospitalisation et l'espace aménagé pour les garde-malades, l'hygiène et la salubrité du service, la sécurité des personnes et des biens, l'organisation des visites, la communication, l'empathie et le processus décisionnel. L'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 23.0.

Résultats : Le taux de participation était de 96,3% (77/80) pour les patients et 92,56 % (25/27) pour les garde-malades. L'âge moyen des patients était de 31,1ans, et celui des garde-malades était 33,7 ans. La majorité des enquêtés avait un niveau d'études secondaires soit 42 patients (54,2%) et 10 garde-malades (40%). Le sexe féminin était le plus représenté dans les deux groupes 100% et 84% respectivement. Il s'agissait de la première hospitalisation dans un service de réanimation pour 93,5% des patients ; de même, 80% des participants n'avait jamais été garde-malades en réanimation. La satisfaction maximale était en faveur de la prise en charge médicale (61% des malades et 60% des garde-malades). La principale raison d'insatisfaction était l'organisation des visites (31,2% des patients et 20% des garde-malades). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre la satisfaction globale des patients et celle de leurs garde-malades ($p=0,276$).

Conclusion : La satisfaction globale était influencée par la perception que les patients et les garde-malades avaient de l'environnement physique et de la qualité de la relation soignant-soigné.

Mots-clés : satisfaction, patient, garde-malade, assurance-qualité, réanimation

R052. Œdème aigu du poumon secondaire à une envenimation vipérine grave : A propos d'un cas

Irié bi GS, Ogondon B, N'da-koffi C, Kouadio K.S, Avi C, Ouattara M, Kouame KE, Boua N, Y Brouh

Service d'anesthésie- réanimation, CHU de Bouaké, BP 1174
Bouaké, Côte d'Ivoire

Les envenimations vipérines sont responsables de troubles inflammatoires, hémorragiques et des nécroses locales ou étendues. La survenue de complications respiratoires à type d'œdème pulmonaire lésionnel reste exceptionnelle.

Nous rapportons le cas fatal d'une envenimation vipérine chez un adolescent de 15 ans sans antécédents, qui a consulté aux urgences 24 heures après la morsure. L'examen initiale notait un patient conscient avec une tuméfaction douloureuse de tout le membre inférieur droit remontant jusqu'à la racine du membre inférieur. Les traces des crochets étaient visibles à la face antérieure du tiers supérieur de la jambe droite. Le bilan biologique a mis en évidence des troubles de la crase sanguine avec un taux de prothrombine (TP) à 45 %, un temps de céphaline activée (TCA) à 1,50 par rapport au témoin associé à une anémie normochrome normocytaire (taux d'hémoglobine à 7 g/dl). Il a bénéficié de 3 perfusions d'un antivenin espacées de 3 jours, associées à une transfusion de concentrés érythrocytaires et d'une antibiothérapie. Trois jours après son admission, la symptomatologie sera marquée par une brutale altération de son état de conscience associé à une détresse respiratoire, des crachats moussants et des râles crépitants bilatéraux aux bases remontant aux sommets. La radiographie pulmonaire réalisée en urgence a permis d'objectiver des images d'œdèmes alvéolaires diffusés et bilatérales donnant un aspect de «< poumon blanc >> et un index cardio-thoracique à 0,47. L'échographie cardiaque couplée au doppler a révélé une HTAP sévère (45mmHg) et une absence d'anomalies myocardiques et valvulaires au niveau du cœur gauche. Le patient a été intubé et mis sous ventilation mécanique avec une PEP à 5 cmH₂O. L'évolution a été rapidement défavorable avec le décès du patient dans un tableau d'hypoxémie réfractaire avec défaillances multiviscérales.

Mots-clés : Envenimation – Vipère - Œdème pulmonaire - Sérum antivenimeux

Références

1. **Chippaux JP.** Morsures et envenimation ophidiennes. Revue Française des Laboratoires. 2002 ; 342 :55-60
2. **Mion G, Olive F, Giraud D, et al** Surveillance clinique et biologique des patients envénimés. Bull Soc Pathol Exot. 2002 ; 95 :139-49

R053. A propos d'un cas d'œdème pulmonaire aigu lésionnel d'évolution favorable après administration de sévoflurane

Nnang Essone JF¹, Nze Obiang PK², Edjo Nkilly Ghislain³, Vemba Aimé¹

1. *Département de physiologie, Faculté de Médecine et des Sciences de la santé de Libreville et Département d'Anesthésie Réanimation Urgences du CHU d'Angondjé, Libreville Gabon.*
2. *Département d'Anesthésie Réanimation Urgences du CHU d'Angondjé et Service d'Anesthésie Réanimation du Centre Hospitalier Régional de l'Estuaire-Melen, Gabon*
3. *Département d'Anesthésie Réanimation Urgences de l'Hôpital d'Instruction des Armées, Libreville, Gabon*

Le syndrome de détresse respiratoire aigüe ou SDRA est un œdème pulmonaire de perméabilité. Il survient à la suite d'une agression directe ou indirecte de la membrane alvéolocapillaire, associée à une inflammation pulmonaire intense et une hypoxémie sévère. La mortalité du SDRA est supérieure à 40%. Les traitements actuels ayant démontrés leur efficacité sont le décubitus ventral, la ventilation mécanique dite de protection et la curarisation de courte durée. De nos jours, à l'échelle humaine, en dehors d'une étude Française désignée SEGA Study (Sevofluran on Gas Exchange and Inflammatory in patients with ARDS) dont les résultats sont en attente, des séries de cas cliniques ont évoqué la place des anesthésiques inhalés dans la prise en charge ventilatoire des SDRA modérés à sévères. C'est une observation de ce type que nous vous rapportons.

Mots clés : SDRA-Traitement-Ventilation-Sévoflurane-Pronostic

R054. Lecture critique de l'ASA status score : analyse d'une enquête menée au cours d'un congrès de la SARANF.

Bula-Bula I.M^{1,2}, Kamanda R², Mukuna P², Lepira F³, Mbuyi M³, Babakazo D⁴, Kimpanga P⁴, Kilembe M²

1. Hôpital de N'djili, Institut Supérieur des Techniques Médicales
2. Département d'anesthésie et réanimation, cliniques universitaires de Kinshasa
3. Département de Médecine interne, cliniques universitaires de Kinshasa
4. Ecole de Santé Publique, université de Kinshasa

Auteur correspondant : drmebula@gmail.com

Introduction. Le score ASA, est un bon prédicteur de la mortalité péri-opératoire. Seulement, il est subjectif et présente un faible taux de concordance interindividuelle. Les modifications lui apportées pourraient-elles résoudre le problème du faible taux de concordance lui décrié ? Cette étude analyse de façon critique la nouvelle classification [1].

Méthodologie. Une enquête a été réalisée auprès des médecins anesthésistes présents au congrès de la saranf 2015 tenu à Niamey. Un questionnaire auto-administré sur la compréhension des termes décrivant les différentes classes de l'ASA a été remis aux participants à ce congrès. Leurs réponses articulées en « oui ou non » ont été collectées et analysées.

Résultats. Au total, 44 médecins anesthésistes ont répondu à ce questionnaire. Le sexe ratio était de 2,4 en faveur des

Tableau I. Synthèse des réponses obtenues

Eléments recherchés	Effectif pour l'assertion (n)	Oui n (%)	Non n (%)	P
Existence d'une concordance entre la définition ASA I et celle de la santé par l'OMS	42	14 (33,3)	28 (66,7)	<0,001
Un patient en période préopératoire peut être considéré comme étant sans stress psychique	44	11 (0,25)	33 (0,75)	<0,001
Existence d'une similitude entre les qualificatifs invalidant et incapacitant	22	11 (50,0)	11 (50,0)	1,000
L'angine de poitrine modérée est une affection incapacitante	23	12 (52,2)	11 (47,8)	0,673
La décompensation cardiaque débutante est une affection incapacitante	32	14 (43,8)	18 (56,3)	0,154
La patiente avec grossesse est ASA 2	41	17 (41,5)	24 (58,5)	0,023

Ce tableau montre qu'il n'y avait pas de différence entre les enquêtés qui ont trouvé de similitude entre les qualificatifs invalidant et incapacitant et ceux qui n'ont pas trouvé de similitude. De même, les enquêtés qui ont qualifié l'angine

Mots-clés : ASA-lecture-critique

Références :

1. Score ASA, https://fr.wikipedia.org/wiki/Score_ASA

hommes. L'âge moyen était de 38 ± 11 ans. Il n'y avait pas de différence entre les enquêtés qui ont trouvé de similitude entre les qualificatifs invalidant (élément décrivant la classe ASA 3) et incapacitant (ASA 4) et ceux qui n'en ont pas trouvé. De même, les enquêtés qui ont qualifié l'angine de poitrine modérée (ASA 3) d'affection incapacitante n'étaient pas différents de ceux qui l'avaient qualifiée de non incapacitante. Il en était de même pour la compréhension de la décompensation cardiaque débutante. La synthèse des réponses obtenues est représentée dans le tableau I.

Conclusion. Cette étude a montré l'existence d'une discordance dans la compréhension des termes qui définissent les classes ASA. Ceci milite en faveur de sa révision sinon en la recherche d'un nouveau score.

de poitrine modérée d'affection incapacitante n'étaient pas différents de ceux qui l'avaient qualifiée de non incapacitante. Il en était de même pour la compréhension de la décompensation cardiaque débutante.

Réanimation : Trauma Crânien-Polytrauma

R055. Polytraumatisme chez l'enfant au CHU Sylvanus Olympio (CHU SO) de Lomé (Togo)

Tomta K¹, Bakpatina K. D², Assenouwe S¹, Mouzou T¹, Egbohhou P¹, Gnassingbe K².

1. *Service d'Anesthésie Réanimation CHU SO Lomé (TOGO)*
2. *Service de chirurgie pédiatrique CHU SO Lomé (TOGO).*

Introduction : Les polytraumatismes constituent un véritable fléau de par leur gravité. Des travaux sur les polytraumatismes de l'enfant sont peu nombreux dans la littérature, et aucune étude ne s'est intéressée à ce sujet dans notre contexte.

Objectifs : décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs dans notre structure

Matériel et méthode : il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive portant sur les dossiers des enfants polytraumatisés, enregistrés de janvier 2009 à décembre 2013 dans les services de Chirurgie Pédiatrique et de Réanimation Polyvalente du CHU SO.

Résultats : Trente sept dossiers de polytraumatisés ont été colligés, et représentaient 1,52% des enfants hospitalisés dans ces deux services. La sex-ratio était de 1,1 ; l'âge moyen était de 8 ans. Les accidents de la voie publique étaient la principale circonstance de survenue des traumatismes avec 70,3% de cas de piétons renversés. Seuls 16,2% des cas ont bénéficié d'un transport médicalisé. La durée moyenne d'hospitalisation était de 32,4 jours avec un séjour moyen en réanimation de 8,8 jours (extrêmes de 1 et 34 jours). Le bilan radiologique comportait un scanner cérébral (32,4%), une échographie abdominale (18,9%) et

des radiographies standards du thorax (16,2%), de l'abdomen sans préparation (10,8%), du rachis (10,8%), du bassin (10,8%), et des membres (26%). Les traumatismes crâniens associés aux contusions abdominales et thoraciques ont représenté ensemble 16,2% des cas derrière l'association traumatisme crânien-fractures de membres qui faisait 62,2% des associations lésionnelles. Plus de quatre-vingt-dix-sept pour cent des patients avaient un traumatisme crânien. Dix-neuf pour cent avaient un score de Glasgow inférieur ou égal à 8. Le fémur était l'os intéressé par les fractures de membres dans la moitié des cas. Les contusions abdominales intéressaient la rate et ou le rein. Les lésions thoraciques, rachidiennes, maxillo-faciales et les atteintes du bassin concernaient chacun moins d'un patient sur sept. Tous les patients avaient bénéficié des mesures générales de réanimation. Le traitement lésionnel était non chirurgical dans la plupart des cas. Des complications étaient survenues dans 18,9% des cas. Le taux de mortalité était de 10,8%.

Conclusion : Les polytraumatismes de l'enfant sont grevés d'une mortalité élevée au CHU SO. Les moyens d'exploration, et de prise en charge thérapeutique ne sont pas encore à la portée de tous.

Mots clés : polytraumatisme, enfant, réanimation, Lomé.

R056. Syndrome des loges au décours des envénimations vipérines en réanimation CHU de Bouaké

Ogondon B, Ouattara Y M, Irié-bi G, N'da K C, Kouadio S, Avi C, Kouamé K E, Boua N, Brouh Y.

Introduction : Les envénimations vipérines sont graves par les complications locales qu'elles entraînent.

Objectif : Décrire les aspects cliniques et évolutifs des patients présentant un syndrome des loges post envénimations vipérines.

Patients et Méthode :

Etude rétrospective et descriptive des cas de syndrome de loges par envénimations vipérines traités en réanimation au CHU de Bouaké au cours de la période du 1^{er} janvier 2012 au 31 mars 2016.

Résultats : Nous avons recensés 126 cas d'envénimations dont 37 envénimations vipérines et noté 06 cas de syndrome de loges. Le délai moyen d'admission était de 11,50 heures avec des extrêmes de 02 et 48 heures. Il y avait 04 hommes pour 02 femmes. Les cultivateurs étaient les plus touchés dont cinq et un berger. La morsure siégeait aux pieds et ou aux chevilles chez 04 patients et aux mains chez 02 patients. On notait une tension douloureuse des loges musculaires avec œdème locorégional extensif, une disparition des pouls périphériques ayant nécessité une aponévrotomie de décharge. La sérothérapie antivénimeuse a été systématique avec le FAV Afrique à raison de 02 doses en moyenne associée à une antibiothérapie à base d'amoxicilline-acide clavulanique et une analgésie multimodale (paracétamol, tramadol et ou morphine). La durée moyenne d'hospitalisation était de 13 jours avec des extrêmes de 10 et 19 jours. L'évolution a été favorable chez tous les patients sans amputations avec des séquelles de rétractions tendineuses.

Conclusion : Le syndrome des loges post envénimation vipérine s'observe de plus en plus dans notre contexte. La prise en charge efficace passe par le traitement chirurgical et antivénimeux.

Mots clés : envénimation, sérum antivénimeux, syndromes des loges.

R057. Profil des patients admis en réanimation polyvalente du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville

Mpoy Emy Monkessa M.C., Elombila M., Mawandza P.D., Nde Ngala M.A., Niengo Outsouta G., Otiobanda G. F

Service de Réanimation Polyvalente, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHU-B)

Auteur correspondant : Otiobanda G.F., otiobandagilbertfabrice@yahoo.fr

Objectif : Déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des patients admis en réanimation polyvalente du CHU-B.

Matériels et Méthodes : Il s'est agi d'une étude rétrospective qui s'est déroulée du 01^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2014. Tous les patients admis en réanimation ont fait l'objet de cette étude. Les variables étudiées étaient l'âge, le sexe, la provenance, les motifs d'admission, le devenir du patient et la durée d'hospitalisation.

Résultats : Sur un total de 1121 patients, l'âge moyen était de $40,5 \pm 19,0$ ans. Le sex ratio (H/F) était de 0,59. La majorité des patients provenaient du bloc opératoire et des urgences gynéco-obstétricales dans 40,0 % et 27,2 % des cas respectivement. Les motifs d'admission les plus fréquents étaient l'éclampsie (21,3%) et la prise en charge post-opératoire (15,7%). Sur le plan évolutif 672 patients (60,0%) étaient transférés et 30 (2,6%) évacués. La durée moyenne d'hospitalisation était de $4,8 \pm 4,6$ jours avec un taux de mortalité de 37,4 %.

Conclusion : Notre étude a montré que les patients admis en réanimation étaient jeunes avec une prédominance féminine. Les pathologies les plus rencontrées étaient gynéco-obstétricales et la prise en charge post-opératoire. Le taux de mortalité était élevé.

Mots clés : patients, réanimation, CHU, Brazzaville.

R058. Urgences chirurgicales en réanimation : évaluation de la prise en charge et facteurs pronostiques

Dicko H, Traoré S, Diallo B, Keita M, Diallo D, Beye SA, Togola B, Doumbia D, Coulibaly Y.

Service d'Anesthésie-Réanimation et des urgences, CHU du Point G

Auteur correspondant : DICKO Hammadoun ; Email : hammad276@yahoo.fr

Introduction : les urgences chirurgicales constituent une préoccupation quasi constante pour l'anesthésiste-réanimateur et le chirurgien. En 2012 une étude portant sur les complications postopératoires dans le service de réanimation polyvalente au CHU du point-G, rapportait une mortalité post-opératoire de 65.3% pour les chirurgies pratiquées en urgence. Le but de cette étude était d'évaluer la prise en charge et le pronostic des urgences chirurgicales en réanimation.

Matériels et méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et analytique, sur une période de 30 mois (janvier 2013 - Juillet 2015), dans le service de réanimation polyvalente du CHU POINT G. Nous avons inclus les dossiers des patients admis en réanimation après une chirurgie d'urgence quel que soit l'âge, l'indication opératoire, à l'exception des urgences obstétricales. Pour chaque patient, les données sociodémographiques, la classe ASA, l'indication chirurgicale, la technique anesthésique, le geste chirurgical, les événements indésirables per opératoires, les complications post-opératoires, et le pronostic, ont été analysés.

Résultats : Nous avons inclus 126 patients sur 1350 admissions (9,33%). Le sexe ratio était de 1,9 en faveur du sexe masculin. La moyenne d'âge était de 43±20,64 ans. L'HTA était le facteur de risque cardiovasculaire le plus fréquent (39,2 %). La chirurgie digestive a représenté 90,5

% des cas. Selon la classification d'Alteimer 39,7% était de classe III et 36,5% de classe II. La classe ASA1+U était la plus représentée (72,2%). L'anesthésie générale était pratiquée chez 97,6 %. La kétamine, le Norcuron étaient les drogues les plus utilisées. Les complications retrouvées majoritairement étaient : les états de chocs (93%), l'insuffisance rénale (11,1%), et la suppuration pariétale (53,8%). La prise en charge des complications était médicale dans (96 %) des cas et chirurgicale dans (4 %) des cas. Le taux de mortalité était de 19 %. La cause de décès la plus fréquente était l'état de choc. Les décès sont survenus chez la majorité des patients (71%) dans les 72 premières heures. Les complications cardio circulatoires (p=0,002), rénales (p=0,001), et infectieuses (p=0,004), le motif d'admission en réanimation (p=0,001), la classe d'Alteimer (p=0,002), et la survenue d'événements indésirables (p=0,001), influençaient significativement le pronostic des patients.

Conclusion : le pronostic des patients opérés pour urgences chirurgicales est influencé par la classe d'Alteimer, les événements indésirables, le motif d'admission en réanimation les complications post-opératoires. La mortalité post-opératoire reste élevée dans nos contextes.

Mots clés : urgence chirurgicale, réanimation, pronostic, complications post opératoires.

R059. Manifestations métaboliques observées en période post opératoire précoce de la chirurgie tumorale intra crânienne

Nnang JF^{1,3}, Edjo G³, Obame ER³, Nze PK³, Vemba A³, Békale J³

1. *Département de physiologie, Faculté de Médecine et des Sciences de la santé de Libreville, Gabon.*
2. *Département d'Anesthésie Réanimation Urgences du CHU d'Angondjé, Libreville, Gabon*
3. *Département d'Anesthésie Réanimation Urgences de l'Hôpital d'Instruction des Armées, Libreville, Gabon*

Introduction : La neurochirurgie tumorale intra crânienne peut s'accompagner de manifestations métaboliques en phase post opératoire précoce, lesquelles peuvent avoir un impact sur la morbidité à court terme des patients.

Objectif : Déterminer les principales manifestations métaboliques survenant en période post opératoire précoce et évaluer leur impact sur la morbidité à court terme des patients ayant bénéficié d'une chirurgie tumorale intra crânienne.

Patients et méthodes : Etude prospective réalisée à Libreville sur une période de 2ans ½, incluant 23 patients ayant présenté des complications métaboliques après tumorectomie par craniotomie. Les taux plasmatiques de glucose, des principaux électrolytes ainsi que les fréquences du diabète insipide central (DIC), du syndrome de perte de sel (SPS) et de sécrétion inappropriée d'ADH (SIADH) avaient été déterminés. Les relations entre les variations des paramètres métaboliques, la mortalité et la morbidité ont été analysées.

Résultats : Nous avons enregistré 10 hommes pour 13 femmes (ratio=0,76). L'âge moyen était 34ans [5-85]. Les méningiomes sus tentoriels (n=14/23, 60%) ont été les tumeurs les plus fréquemment rencontrées. La durée moyenne des interventions était 4h42min [2-9,3]. Vingt et

un patients (91%) avaient présenté au moins un trouble métabolique. Au total, 76 complications métaboliques ont été rapportées. De manière spécifique, nous avons relevé 17 hyperglycémies (22,3%), 15 troubles de l'osmolarité plasmatique (19,7%), 14 dysnatrémies (18,4%), 11 dysrégulations thermiques (11,4%) et dix polyuries osmotiques (13%). Le SIADH (0,3%), le DIC (0,2%) et le SPS (0,2%) ont été de survenue plus tardive. Les perturbations métaboliques ont été en rapport avec la durée prolongée de la chirurgie, la localisation tumorale, la corticothérapie et l'osmothérapie. Tous les patients décédés (0,05%, n=4/23) et/ou ayant présenté une morbidité précoce élevée (0,11%) avaient présenté des troubles métaboliques isolés ou associés et de gravité majeure.

Conclusion : Les manifestations métaboliques sont fréquentes en phase post opératoire précoce de la neurochirurgie tumorale intra crânienne. La durée opératoire serait un facteur de risque de survenue. Les états hyperosmolaires et d'hyperglycémies, isolés ou associés et de gravité majeure ont un impact probable sur la morbidité à court terme de ces patients.

Mots clés : Manifestation-Métabolique-Période-post opératoire-Craniotomie-Tumeur

R060. Aspects épidémiocliniques, thérapeutiques et évolutifs des brûlures graves de l'enfant en réanimation à Bouaké (Côte d'Ivoire).

Irié bi GS, Ogonon B, N'da-koffi C, Kouadio K.S, Avi C, Ouattara M, Kouame KE, Boua N, Y Brouh

Service d'anesthésie-réanimation, CHU de Bouaké, BP 1174 Bouaké, Côte d'Ivoire

Introduction : Les brûlures de l'enfant sont très fréquentes en milieu africain et leur mortalité reste préoccupante.

Objectif : décrire le profil épidémiologique, clinique, et évolutif des enfants pris en charge pour brûlures graves au CHU de Bouaké

Patients et méthode : Etude rétrospective descriptive portant sur les enfants admis pour brûlures graves du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2014, au service de réanimation polyvalente du CHU de Bouaké.

Résultats : Sur un total de 1072 admissions durant la période d'étude, 95 patients ont été admis pour brûlures graves, soit une prévalence de 9%. Les enfants de 0 à 15 ans représentaient 86 % de l'ensemble des brûlures graves. Dans 63% des cas les enfants avaient un âge compris entre 0 et 4 ans et ils étaient le plus souvent issus de milieu socioéconomique modeste. On notait une prédominance masculine (61%) avec une sex-ratio de 1,56. Toutes les brûlures avaient lieu au domicile familial et étaient d'origine accidentelle. Les liquides chauds étaient responsables de 78% des brûlures. Le délai moyen d'admission était de 3 jours avec des extrêmes de 15 minutes à 1 mois. Les brûlures étaient étendues et la surface corporelle brûlée était supérieur à 20% chez 45% des brûlés. Il s'agissait essentiellement de brûlure du 2^e degré superficielle (54%) et de 2^e degré profond (39%). Les brûlures siégeaient le plus souvent au tronc (77%) et aux membres supérieurs (68%). La prise en charge hospitalière a consisté à une mise en condition initiale, un remplissage vasculaire selon la règle de Carjaval associé à une analgésie, un pansement occlusif et une alimentation entérale hyperprotidique. Les deux principales complications étaient l'anémie (71%) et l'infection (18%). La létalité était de 18 % et les facteurs de risques associés au décès étaient l'étendue de la surface corporelle brûlée ($p=0,003$) et la profondeur de la brûlure ($p=0,04$)

Conclusion : La brûlure grave de l'enfant est accidentelle et fréquente en milieu africain. La prévention de cet accident redoutable grevé d'une mortalité élevée repose sur la sensibilisation des parents pour une meilleure surveillance de l'enfant.

Mots Clés : Enfant - Brûlures graves – épidémiologie – pronostic - Côte d'Ivoire

R061. Facteurs pronostiques des brûlures électriques à l'Hôpital Général de Douala (HGD)

Njall Pouth Clotilde¹, Okalla Cécile¹, Ibrahima Sehou¹, Beyiha Gérard¹, Binam F²

1. *Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala, Cameroun*
2. *Faculté des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Cameroun*

Introduction. Les brûlures électriques correspondent à une destruction cutanée causée par un courant électrique qui chemine le long des axes vasculo-nerveux, provoquant des lésions profondes et des thromboses vasculaires.

Objectifs : Déterminer les facteurs pronostiques des brûlures électriques à l'HGD.

Matériels et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et analytique à l'unité de grands brûlés de l'HGD, de Février à Juin 2015 et a porté sur les dossiers des malades reçus du 1^{er} Janvier 2008 au 31 Décembre 2014 soit une période de 7 ans. Les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, paras cliniques et le devenir des patients ont été collectées. L'analyse statistique a été faite grâce au logiciel XL stat 7.5.2 et le degré de significativité a été fixé à 0,05.

Résultats : Au total, nous avons consulté 453 dossiers. Sur 112 dossiers de brûlures électriques, 98 ont été inclus soit une prévalence de 24,72%. Une prédominance masculine avec 74 cas (75,51%) et un sexe ratio H/F à 3,08. L'âge moyen des patients était de $31,82 \pm 15,22$ ans, avec des extrêmes de 2 et 74 ans. Le délai moyen d'admission était de $2,83 \pm 10,78$ jours. 49 patients étaient arrivés au-delà des 24 premières heures. Les accidents par brûlure électrique prédominaient en majorité dans les voies publiques (66,35%), suivis des accidents de travail (30,61%) et de 2% des accidents domestiques. Dans notre étude, nous avons enregistré 16 décès (16,33%). La surface corporelle brûlée, la profondeur, et l'atteinte de certains organes sont les principaux facteurs de gravités de la brûlure. La moyenne de l'indice de Baux était de $43,91 \pm 19,80\%$ avec un indice maximal à 127. L'indice de Baux modifié était en moyenne de $36,08 \pm 18,32\%$ et le score d'ABSI était en moyenne de $4,42 \pm 1,95$. Le pourcentage de la surface brûlée, l'atteinte de la tête et du cou, la brûlure du périnée, la durée d'hospitalisation étaient statistiquement associés à la mortalité avec $p < 0,05$

Conclusion : L'identification des facteurs de gravité et leur prise en charge précoce vont contribuer à réduire la mortalité liée aux brûlures électriques.

Mots clés : Brûlures électriques, facteurs pronostiques, Douala

R062. Prise en charge des brûlures électriques au CHU de Bouaké

Kouadio S, Ogonondon B, Irié Bi Gohi S, Nda Koffi C, Avi C, Ouattara M, Kouamé KE, Boua N, Brouh Y

Introduction : La prise en charge des brûlures d'origine électrique associe à la fois le traitement de la brûlure et celui des conséquences de l'électrisation.

Objectif : Décrire les aspects épidémio-cliniques et évolutifs des brûlures électriques prise en charge en réanimation

Matériels et méthode : il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur tous les patients admis pour brûlure électrique sur une période de deux ans allant de juillet 2014 à juillet 2016 en réanimation au CHU de Bouaké ; république de Côte d'Ivoire.

Résultats : Nous avons répertorié 8 cas de brûlure électrique sur 170 patients admis pour brûlure grave soit 4,7%. La moyenne d'âge était de 19,3 ans (extrêmes de 6 et 32 ans). La majorité des patients était des hommes (sex-ratio H/F de 3/1). Chez 7 patients la brûlure était secondaire à un accident domestique par contre une seule brûlure a été enregistrée lors d'un accident de travail. Deux patients ont présenté une brûlure par contact direct à une source électrique de haut voltage. Le délai d'hospitalisation moyen était de 4h (extrêmes 1h et 9h45). La surface cutanée brûlée moyenne était de 6% (extrêmes 2 et 26%). La main était la porte d'entrée retrouvée chez tous les patients, tandis que la porte de sortie n'a été retrouvée que chez 2 patients (pieds). Cinq patients ont présenté des brûlures de 1^{er} degré, un seul patient a présenté des brûlures de 2^{ème} degré tandis que 2

patients ont présenté des brûlures de 3^{ème} degré suite à une électrisation par courant de haut voltage. Les lésions siègeaient aux membres supérieurs (100%) et aux membres inférieurs (20%). Deux patients présentant des brûlures en menotte aux poignets ont développés un syndrome de Wolkman. Une aponévrotomie a donc été réalisée en urgence. Une rhabdomyolyse sans atteinte rénale a été notée chez 2 patients. Aucun patient n'a présenté de trouble électrique à l'ECG. La prise en charge a consisté aux soins locaux des brûlures. Un remplissage vasculaire a été effectué en fonction de la surface cutanée brûlée. L'analgésie a été assurée par le paracétamol. La morphine a été associée au paracétamol chez les 2 patients présentant un syndrome de Wolkman. L'évolution a été favorable chez 6 patients par contre 2 ont évolué vers une ischémie des avant-bras ayant nécessité une amputation avec décès de l'un des 2 patients. Le pronostic de l'autre étant réservé.

Conclusion : Les brûlures électriques par courant de haut voltage sont très graves. Leur évolution est émaillée de complications qui mettent en jeu le pronostic vital et fonctionnel. La prévention passe par l'usage de matériel de sécurité pour les professions à risque et par des installations électriques sécurisées chez les particuliers.

Mots clés : brûlure, brûlure électrique, électrisation, rhabdomyolyse, courant haut voltage

Réanimation : Neuro-Réanimation

R063. Délais de prise en charge des traumatismes crâniens à l'Hôpital Central de Yaoundé (HCY)

Owono Etoundi P., Bengono R., Esiéne A., Bilogui W.C., Siéwe Mbouendé M., Afané Ela A., Ze Minkandé J.

¹Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales. Université de Yaoundé 1

Auteur correspondant : Dr Owono Etoundi Paul, E-mai : owonop@gmail.com

Objectifs : étudier les délais de prise en charge des traumatismes crâniens à l'HCY, et le pronostic vital des patients.

Patients et méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et analytique, qui s'est déroulée du 1^{er} Janvier au 30 Avril 2016, sur des patients traumatisés crâniens admis dans les services des urgences, de réanimation, de neurochirurgie et de chirurgie pédiatrique de l'HCY. Après approbation du Comité National d'Ethique et obtention du consentement du patient ou de son représentant légal, nous avons étudié les délais d'admission, de prise en charge diagnostique et thérapeutique à l'HCY et nous avons analysé leur influence sur l'évolution du malade.

Résultats : cent huit (108) patients étaient inclus à l'étude. L'âge moyen était de $32,61 \pm 17,62$ ans. 21,30 % des cas étaient arrivés directement à l'HCY après le traumatisme crânien, tandis 57,40 % étaient passés par un centre de soins et 21,30 % par au moins deux centres de soins avant leur admission à l'HCY. Le délai médian d'admission à l'HCY était de 1 heure 14 minutes en cas d'admission directe, de 9 heures 30 minutes lorsque le patient avait eu recours à un

centre de soins avant l'HCY, et de 63 heures soit 2 jours 15 heures quand le malade était passé par au moins deux centres de soins. Le délai médian de réalisation du scanner cérébral était de 1 heure 40 minutes. Le délai médian d'exécution du traitement médical était de 1 heure 47 minutes et celui de prise en charge chirurgicale était de 35 heures 10 minutes. Les facteurs qui allongaient ces délais étaient le passage et la rétention des malades dans les centres de soins périphériques (78,70%), les moyens financiers insuffisants (73,68%), le manque de médicaments et consommables médicaux à l'HCY (26,85%). Le taux de mortalité était de 15,24% avec association significative à la sévérité du traumatisme crânien (GCS<8) et sans rapport avec les différents délais.

Conclusion : Les délais de prise en charge des traumatismes crâniens à l'HCY sont allongés. Le taux de mortalité est élevé. Un système formel de prise en charge devrait être mis en place pour raccourcir ces délais et améliorer la qualité de cette prise en charge.

Mots clés : traumatismes crâniens, délais de prise en charge, facteurs d'allongement.

R064. Survie des accidents vasculaires cérébraux en réanimation aux Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK)

Mukuna P¹, Manzombi J¹, Mbombo W^{1,2}, Bakebua W³, Kilembe A.¹

1. Cliniques Universitaires de Kinshasa
2. Centre Hospitalier MONKOLE ³Indépendant

Introduction : l'AVC est une cause de mortalité et/ou de perte grave des fonctions neurologiques qui exige une prise en charge précoce et correcte [1].

Objectif : déterminer la survie des patients admis pour AVC en réanimation des CUK.

Matériel et méthodes : il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive, portant sur 27 patients atteints d'AVC et admis en réanimation aux CUK durant la période allant de janvier 2014 à Décembre 2015. Les variables étudiées ont été : l'âge, le sexe, la provenance, le motif de transfert ou la plainte à l'admission, le facteur de risque cardiovasculaire à l'admission, les paramètres à l'admission (signes vitaux, ventilation, score de Glasgow, état des pupilles), le type d'AVC, la localisation scannographique de la lésion, l'évolution du patient, la durée du séjour en réanimation, les complications, l'issue.

Résultats : Un total de 27 cas a été enregistré. L'âge moyen était de 58 ans. Le sexe masculin était majoritaire soit 74,1%. Plus de la moitié de patients provenaient des autres départements au sein même des CUK soit 51,9%. L'hypertension artérielle a été le facteur de risque le plus retrouvé (66,7%). L'effondrement de l'état de conscience a été le motif de transfert en réanimation dans 81,5% des cas.

A l'admission, les signes vitaux étaient marqués par la tachypnée (81,5%), la tachycardie (77,8%), la PA élevée (48,1%) ainsi que l'effondrement de la conscience (100%). La majorité était des AVC hémorragiques (66,7%) et dans l'ensemble, la localisation au niveau du parenchyme cérébrale était la plus dominante (55%). Le séjour en réanimation était majoritairement compliqué par le sepsis (33,3%). La majorité des patients étaient décédée (85%). En stratifiant les courbes de survie en fonction du type d'AVC, la médiane de survie pour l'AVC ischémique était de 2 jours et 4 jours pour l'AVC hémorragique.

Conclusion : La mortalité des AVC en réanimation aux CUK reste très élevée. Sa prise en charge en réanimation reste une préoccupation importante.

Mots clés : AVC, survie, réanimation, Cliniques universitaires de Kinshasa

Références:

1. World health organisation, world health organisation step stroke manuel, mai 2006,
2. Katchunga B., morbidité des AVC en unité des soins intensifs de la ville de Kinshasa, Congo médical, 2007, vol. V-n°16

R065. Les méningo-encéphalites : données épidémiologiques et étiologiques à l'Hôpital Central de Yaoundé

Owono Etoundi P., Bengono R., Djouda S., Kona S., Afané Ela A., Ze Minkandé J.

¹Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales. Université de Yaoundé 1

Auteur correspondant : Owono Etoundi Paul, E-mai : owonop@gmail.com

Introduction : Les méningo-encéphalites sont des inflammations cérébro-méningées d'origine infectieuse. Le but de cette étude était de déterminer les données épidémiologiques et d'identifier les étiologies de ces affections à l'Hôpital Central de Yaoundé.

Patients et méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective, descriptive et analytique sur les dossiers des patients admis dans le service de réanimation polyvalente de l'Hôpital Central de Yaoundé du 1^{er} janvier 2014 au 31 juillet 2016 pour méningo-encéphalite. Les données recueillies nous ont permis d'étudier : la fréquence de ces pathologies, les données sociodémographiques des patients

atteints de méningo-encéphalites et les étiologies dans notre contexte.

Résultats : Sur 899 patients hospitalisés dans le service pendant la période de l'étude, 51 malades présentaient une méningo-encéphalite, soit une prévalence hospitalière de 5,7%. Il s'agissait de 28 malades de sexe masculin et 23 de sexe féminin. L'âge moyen était de $39,8 \pm 12,7$ ans. Les célibataires représentaient 66,7% des cas (34 patients) et 30 malades (58,8%) vivaient avec le VIH. Les étiologies dans notre contexte étaient bactériennes et parasitaires (Tableau I). L'évolution était marquée par un taux de mortalité de 68,6% (35 malades). Cette mortalité était associée au VIH et à un taux de CD4 inférieur à $54/\text{mm}^3$ ($P=0,002$).

Tableau I: Etiologies des méningo-encéphalites

Etiologie	n (%)	Pathologie en cause	Effectif
Bactérienne	11 (21,6%)	Méningite à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	07
		Méningite à <i>Klebsiella pneumoniae</i>	02
		Méningite tuberculeuse	02
Parasitaire	10 (19,6%)	Toxoplasmose cérébrale	08
		Paludisme grave	02
		Méningite à <i>Herpes simplex</i>	01
Virale	01 (2%)	Cryptococcose neuro-méningée	01
Fongique	01 (2%)	Inconnue	28
Non déterminée	28 (54,9%)		

Conclusion : Les méningo-encéphalites sont fréquentes à l'HCY. Les causes, surtout bactériennes et parasitaires, sont liées au VIH et sont responsables d'une forte mortalité.

Mots clés : méningo-encéphalites, bactériennes, parasitaires, VIH, réanimation.

Réanimation : Infectieux-Hémato-Transfusion

R066. Profil épidémiologique et clinique des patients séropositifs au VIH admis au service de réanimation polyvalente de l'hôpital Laquintinie de Douala- Cameroun

Njall Pouth Clotilde¹⁻², Penda Calixte Ida¹⁻² Eboumbou Moukoko Else Carole¹, Mossi Makembe Hans², Zoung-Kanyi Bissek Anne-Cécile³, Koulla Shiro Sinata³, Mouelle Soné Albert¹.

1. *Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala, Cameroun*
2. *Hôpital Laquintinie de Douala, Cameroun*
3. *Faculté des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé1, Cameroun*

Objectif : déterminer la prévalence du VIH, les formes cliniques et le profil étiologique des urgences cliniques chez les patients VIH positifs, admis au service de réanimation polyvalente de l'hôpital Laquintinie de Douala (SRP).

Méthodologie. Une étude prospective transversale et descriptive a été menée sur une période de 4 mois en 2011. Nous avons recruté 179 patients âgés de 16 à 90 ans admis au SRP selon un mode consécutif. Les données sociodémographiques, cliniques, biologiques des patients ont été collectés à l'aide d'un questionnaire, et analysées avec le logiciel STATA (version 11.0 pour Windows).

Résultats. Au total, 179 patients admis au service de réanimation dont 93 hommes et 86 femmes. La durée de séjour variait de 1 à 14 jours avec une moyenne de 4,15 jours. L'âge des patients était compris entre 16 et 90 ans avec un âge moyen de 49,5 ans (+/- 18,41). Les patients les plus touchés par le VIH étaient âgés de 25 à 45 ans (72.2%, $p = 0,001$). Cette infection était prépondérante chez les femmes (54.4%), les patients du niveau d'étude secondaire (55,6%) et les sans emploi (53,1%). Les célibataires étaient significativement infectées (58.9%, $p < 0,01$). Le statut

sérologique VIH n'était pas connu chez 89,4% (160/179) des patients à l'admission. La prévalence du VIH de sérotypie1 était de 26.3% (47/179). La majorité des patients (62%) étaient admis au stade clinique IV de l'OMS et (69%) avait moins de 50 cellules/mm³ de CD4. Les principaux motifs d'admission des patients VIH positif étaient les septicémies (22%, $p = 0,009$), l'anémie sévère (19%, $p = 0,01$) et les comas (16%, $p < 0,02$). La méningo-encéphalite (51%) était le diagnostic clinique le plus fréquemment rencontré. La toxoplasmose (26,8%, $p = 0$) était l'infection opportuniste la plus fréquente et la pathologie la plus létale. La mortalité chez les patients positifs était de 46.8%.

Conclusion : la prévalence et la mortalité élevée des patients admis majoritairement en état d'immunodépression sévère au service de réanimation dans notre étude, suggère la nécessité de renforcer le dépistage systématique initié par le prestataire pour améliorer leur prise en charge.

Mots Clés : VIH, Réanimation, Etiologies, Hôpital Laquintinie de Douala

R067. L'incidence de la fièvre sur la mortalité des malades admis en Soins aigus aux Cliniques Universitaires de Kinshasa

Amisi E¹, Mbombo W^{1,2}, Manzombi J¹, Bakari R³, Kilembe A¹

1. Cliniques Universitaires de Kinshasa
2. Centre Hospitalier MONKOLE³ Indépendant

Introduction : La fièvre se définit comme une élévation de la température centrale dépassant 37,5°C le matin et 37,8°C le soir. Elle n'est pas une maladie mais plutôt un des signes cardinaux de l'infection faisant penser à une entité pathologique. Mais elle est également un signe peu spécifique qui ne témoigne pas nécessairement d'une infection et impose une recherche étiologique étendue. Elle constitue une plainte fréquente des malades des soins intensifs et réanimation. L'objectif de notre étude était de déterminer l'incidence de la fièvre et d'évaluer l'impact de celle-ci sur la mortalité des malades dans nos unités des soins intensifs et réanimation.

Matériel et méthodes : Une étude prospective, observationnelle sur 50 patients hospitalisés en réanimation et soins intensifs de Médecine interne des Cliniques Universitaires de Kinshasa durant la période allant du 15 Aout au 15 septembre 2014, soit une période d'un mois. Nos paramètres d'étude ont été : l'âge, le sexe, le traitement antipyrétique, le traitement antibiotique, le type d'admission, le diagnostic principal et la mortalité.

Résultats : Nous avons enregistré 50 patients hospitalisés pendant cette période. Le sexe masculin a prédominé à 62%. L'âge moyen était de 52 ans, pour des extrêmes de 15 et 92

ans. L'incidence des patients ayant fait la fièvre était de 66%. Les pathologies médicales ont été prédominantes, 82%. Le sepsis l'emporte sur tous les diagnostics évoqués 24%. 93,9% des patients ayant fait la fièvre avait reçu un antipyrétique et 81,8%, un antibiotique. Ces traitements étaient plus prescrits pour les malades décédés (63,6% pour antipyrétiques et 60,6% pour antibiotiques). Le séjour moyen était de 6 jours pour des extrêmes de 1 et 21 jours. La mortalité était de 50%.

Cocclusion : La fièvre est présente chez 2/3 des patients admis dans nos soins aigus, son étiologie plus fréquente semble être le sepsis et la mortalité des patients présentant la fièvre en soins aigus est de 50%.

Mots clés : Fièvre, mortalité, soins aigus, cliniques universitaires de Kinshasa

References

1. **Carise**, épidémiologie de la fièvre prolongée en réanimation, France, université de poitiers, 2012
2. **Lagadec S.**, la fièvre chez la personne âgée, France, 2013
3. **Young P.**, fever management in intensive care patients with infections, 2014

R068. Impact de la variation de l'EtCO₂ sur la mortalité des patients ventilés

Amisi E¹, Mbombo W^{1,2}, Manzombi J¹, Bakajika P³, Kilembe A¹

1. Cliniques Universitaires de Kinshasa
2. Centre Hospitalier MONKOLE³ Indépendant

Introduction : La capnographie est une mesure continue de CO₂ dans le gaz respiratoire. Ce dernier est un reflet de la fonction respiratoire mais aussi du métabolisme et de la circulation [1]. Peu d'études ont évalué le monitoring de la capnographie au cours de la ventilation artificielle. A défaut de l'analyse des gaz du sang, la capnographie est utilisée pour la surveillance des malades ventilés mais aucune étude n'a été réalisée pour cet outil de surveillance. Cette étude a évalué

Objectif : évaluer l'impact de l'ETCO₂ sur la mortalité des malades ventilés.

Matériel et méthodes : Une étude prospective, observationnelle, monocentrique sur 13 patients ventilés dans le service de réanimation des cliniques universitaires de Kinshasa durant une période de 7 mois (du 5 Mai au 15 Décembre 2014). Nous nous sommes intéressés aux variables suivantes : l'âge, le sexe, l'indication ventilatoire, le diagnostic, les modes ventilatoires utilisés, la surveillance de l'ETCO₂, la durée de la ventilation, le séjour en réanimation et la mortalité.

Résultats : Le sexe masculin était prédominant à 53,9%. L'indication neurologique était la première sur la liste, (46,1%), suivie de l'indication respiratoire (30,7%) et circulatoire (15,3%). 53,8% des patients ont été admis en réanimation via la salle des urgences et 46,1% en intra-

hospitalier. Le mode ventilatoire le plus utilisé a été le SIMV (46,1%) et le VC en 2^{ème} position (30,7%). La durée moyenne de la ventilation était dans la tranche de 1-7 jours (84,7%). La moyenne de l'ETCO₂ initial était 37,2±9,8 et de l'ETCO₂ après l'admission, 34±9,5. La mortalité a représenté 84,6% des patients. La majorité des malades décédés avaient une ETCO₂ basse (54,5%) tandis que les survivants avaient une ETCO₂ normale ou élevée d'où la courbe de survie était plus stable pour les valeurs d'ETCO₂ élevée. On a noté une stabilité de l'ETCO₂ entre le 3^{ème} et le 4^{ème} jours respectivement pour les valeurs d'ETCO₂ normale et basse.

Conclusion : La mortalité des malades ventilés aux cliniques universitaires de Kinshasa reste très élevée. La survie est corrélée à l'ETCO₂ après réanimation. L'ETCO₂ après réanimation normale ou supranormale serait prédictive d'une bonne évolution de malade ventilé. Des études ultérieures avec un grand effectif sont nécessaires pour confirmer cette tendance et trouver les explications.

Mots clés : EtCO₂, mortalité, ventilation.

Reference :

1. Bourgain J. et al., étude critique de l'intérêt de la capnographie en anesthésie

R069. Thrombolyse : Expérience du Centre Hospitalier d'Essos à propos de 7 cas

Chewa G.B., Nkoumou S., Nga Nomo S.V., Iroume C., Binam F.

Service de Réanimation et Anesthésie du CHE Yaoundé (Cameroun)

Auteur correspondant : Samsonnkoumou2012@yahoo.fr

Introduction : les thrombolytiques désignent une classe de médicaments activant le plasminogène, qui lyse le thrombus. De nos jours, les fibrinolytiques de deuxième génération, ont supplanté ceux de la première génération.

Objectif : Décrire notre expérience de la thrombolyse au Centre Hospitalier d'Essos (CHE)

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive portant sur 06 patients thrombolysés à l'Atéplase (Actilyse) et 01 à la Ténecteplase (Métalyse) sur une période allant du 1^{er} octobre 2014 au 31 Aout 2016 (22 mois). Ont été inclus dans l'étude tous les patients de réanimation chez qui les diagnostics d'embolie pulmonaire (EP) ou de SCA (syndrome coronarien aigu) ont été validés, ne présentant pas de contre-indications à la thrombolyse. Protocole : Actilyse 15 mg en bolus puis 35 mg au PSE pendant 01 H ; ou Métalyse en bolus unique. Thrombolytiques acquis soit à crédit à la Direction du CHE soit à titre onéreux en dehors du CHE.

Résultats : Pendant la période d'étude, 660 patients ont été admis en réanimation pour des motifs divers. 07 patients répondaient aux critères d'inclusion dont 5 cas d'embolie pulmonaire (71,4%) et 2 cas de SCA (28,6%). L'âge moyen des patients thrombolysés pour l'EP était de 58,3 ans avec un sex-ratio de 2/3 en faveur des hommes. Soit 64,5 ans pour le SCA (tous des hommes).

Le principal motif d'admission, était la détresse respiratoire aigüe pour les cas d'EP (80%) et la douleur thoracique angineuse pour les SCA (100%). Tous les 05 patients porteurs d'EP présentaient une hypoxie avec hypocapnie. Le diagnostic avait été confirmé à l'angioscanner thoracique. Pour les patients porteurs d'un SCA, les anomalies à l'ECG étaient localisées dans le territoire antérieur. Les enzymes et les marqueurs biologiques (troponine I et CPK-MB) étaient très élevés dans les 02 cas. Parmi les 5 cas d'EP : 3 patients ont réagi favorablement à la thrombolyse, 2 décédés de choc cardiogénique et d'hémorragie malgré la ventilation mécanique et l'usage des catécholamines. Sur les 02 cas de SCA : 1 seul patient a survécu, le 2^e a présenté un choc cardiogénique irréversible. Mortalité globale : 03 cas sur les 07 patients thrombolysés soit 42,8%.

Conclusion : lorsque les indications sont bien posées, la thrombolyse intraveineuse est un traitement efficace de l'EP et du SCA. Elle reste possible dans notre environnement et requiert plus de volonté que de moyens financiers.

Mots clés : thrombolyse, syndrome coronarien aigu, embolie pulmonaire, atéplase ; ténecteplase

R070. Le tétanos en réanimation à l'Hôpital Central de Yaoundé : fréquence, clinique et évolution

Owono Etoundi P.¹, Esiéne A.¹, Amengle A.L.¹, Kona S.¹, Afané Ela A.¹, Ze Minkandé J.¹

¹Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales. Université de Yaoundé 1

Auteur correspondant : Dr Owono Etoundi Paul, E-mai : owonop@gmail.com

Introduction : Le tétanos est une toxi-infection due au *Clostridium tetani* survenant chez un sujet non ou mal vacciné ou dont la vaccination est trop ancienne.

Objectif : décrire le profil épidémiologique, clinique et évolutif des patients atteints de tétanos et hospitalisés dans le service de réanimation polyvalente de l'Hôpital Central de Yaoundé

Patients et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive, allant du 1^{er} janvier 2012 au 31 août 2016, portant sur les dossiers des patients admis dans le service pour un tétanos. A partir des données recueillies, nous avons étudié la fréquence du tétanos dans le service, les caractéristiques sociodémographiques des malades, la présentation clinique et l'évolution.

Résultats : Sur les 1538 admissions enregistrées pendant la période de l'étude, 4 patients présentaient le tétanos, soit une prévalence de 0,26%. Il s'agissait de malades de sexe masculin, âgés de 31 à 41 ans, vivant en milieu rural, exerçant des travaux agricoles et n'ayant jamais été vaccinés. Les portes d'entrée étaient des plaies souillées des membres inférieurs secondaires à une petite chirurgie, faite en milieu extrahospitalier, dans des conditions d'asepsie douteuse. La durée de l'incubation variait de 9 à 16 jours. Le tableau clinique chez tous nos malades était dominé par la photophobie, le trismus, l'attitude en opisthotonos et les contractions musculaires généralisées évoluant par crises. On n'a pas noté de signe de détresse respiratoire, ni d'altération de la conscience. La prise en charge a permis une évolution favorable chez tous nos malades. La durée de l'hospitalisation variait entre 12 et 16 jours.

Conclusion : Devenu rare avec l'élargissement de la couverture vaccinale, le tétanos reste encore visible en milieu hospitalier. Une prise en charge précoce et adéquate est nécessaire pour avoir une issue favorable. Mais l'accent devrait être mis sur la prévention.

Mots clés : tétanos, fréquence, clinique, évolution, milieu hospitalier.

R071. Prise en charge du choc septique en réanimation aux Cliniques universitaires de Kinshasa

Diyoyo P¹, Mbombo W^{1,2}, Manzombi J¹, Bamenga T³, Kilembe A¹

¹ Cliniques universitaires de Kinshasa ² Centre Hospitalier Monkole ³ Indépendant.

Introduction : Le choc septique est un sous ensemble du sepsis caractérisé par une hypotension artérielle nécessitant l'utilisation des vasopresseurs, en dehors de toute hypovolémie [1]. Sa mortalité est élevée (40%) et la prise en charge codifiée [1].

Objectif : décrire la prise en charge du choc septique dans un contexte des moyens limités

Matériel et méthodes : il s'agissait d'une étude observationnelle et descriptive portant sur les dossiers des patients admis pour choc septique dans le service de réanimation des CUK durant la période allant du 1^{er} janvier 2015 au 1^{er} janvier 2016. Les variables étudiées ont été : l'âge, le sexe, la porte d'entrée, les signes de sepsis, les défaillances organiques, les examens bactériologiques, l'antibiothérapie, les vasopresseurs, la corticothérapie, la ventilation artificielle, la durée du séjour en réanimation et l'issue des patients.

Résultats : Sur les 38 patients admis pendant cette période d'étude, l'âge moyen était de 50,6 ans, le sexe masculin était prédominant avec un sexe ratio M/F de 1,9. La polypnée était le signe de sepsis le plus fréquent (95%), suivi de la tachycardie (85,5%). La porte d'entrée pulmonaire était prédominante avec 60,5%. La défaillance organique la plus fréquente était l'encéphalopathie septique (71,1%). Les hémocultures ont été réalisées dans 5 cas soit 13,2%. L'antibiothérapie probabiliste était principalement faite de B lactamines (94,7%), aminosides (63,2%), imidazolés (57,9%), quinolones (23,7). La noradrénaline était le vasopresseur le plus utilisé 52,6%. 45% des patients avaient bénéficié de la corticothérapie. La durée moyenne de séjour était de 4,3. La durée moyenne de ventilation assistée était de 4,6 jours. La mortalité liée au choc septique était de 86,6%.

Conclusion : La prise en charge du choc septique en réanimation aux CUK répond en grande lignes aux recommandations internationales. La mortalité reste élevée probablement à cause de manque des moyens financiers.

Mots clés : choc septique, réanimation, cliniques universitaires de Kinshasa

References:

1. Mervyn Singer and al: The third international consensus definitions for sepsis and septic shock. JAMA 2016 ; 315 (8) : 801-810.

R072. Ecologie bacterienne et antibiothérapie en réanimation a l'hôpital général de Yaoundé-Cameroun

Mba S¹, Toukam.M², Hadja.S³, Esiene.A⁴, Ze Minkande.J⁵

Auteur correspondant : Mba S. Email : s_mba@yahoo.com

Introduction : La référence tardive des malades qui sont retenus dans d'autres formations sanitaires est à l'origine des retards dans le diagnostic et la prise en charge des chocs septiques (48h pour avoir les résultats). La conséquence est une forte mortalité liée aux infections. Dans un souci d'anticipation et de gains en temps qui est le gage de la réussite de la lutte contre les complications des infections à BMR, le portrait clinique et biologique de ces patients infectés est établi sur la base d'une étude menée sur 6 ans

Patients et méthode : Pendant 6 ans, de Mai 2009 à Mai 2015 nous avons collisté tout les germes isolés dans les prélèvements effectués sur les patients infectés et hospitalisés en réanimation de l'hôpital général de Yaoundé. Et ce de manière prospective. De concert avec le laboratoire, leurs sensibilités aux antibiotiques usuelles et de deuxième intention ont été étudiées. Ont été retenue tout patient présentant un syndrome infectieux et chez qui une affection palustre était écartée soit du fait d'une goutte épaisse négative soit d'un fait d'un traitement antipaludéen en cours depuis au moins 72H. Les critères du syndrome

infectieux étaient : une fièvre ou une hypothermie, une leucocytose avec neutrophile, une CRP positive, l'existence d'un foyer infectieux ou pas. L'infection à germe multi résistant était suspectée devant un patient qui après 72h d'antibiothérapie habituelle (Ceftriaxone+nétromicine) restait toujours fébrile.

Resultats : Il ressort que de 2009 à Mai 2015, 1478 malades ont été hospitalisés dans le service de réanimation Polyvalente d'Hôpital général de Yaoundé. Parmi eux, 274 ont présenté une infection bactérienne. Soit 18,54% d'hospitalisation en réanimation pour raison d'infection bactérienne. 240 spécimens de toutes natures ont été envoyés au laboratoire pour analyse bactériologique. La recherche bactériologique a été positive sur 130 spécimens soit 53,8% d'échantillons. Le germe le plus fréquemment retrouvé a été le Klebsiella (57) ; 43,84% suivie de E-COLI (20) 23,07% ; Proteus Spp (18) 13,84% ; Enterobacter Spp (12) 9,23% ; Pseudomonas Aeruginosa (08) 6,15% ; Streptococcus Spp (2) 1,54% ; Staphylococcus Aureus (2) 1,54% ; Morganella Spp (1) 0,77%.

Antibiotique	Nombre d'échantillon	Sensibilité	Résistances
<i>Ceftriaxone</i>	130	14,3% (19)	85,7%
<i>Imipénème+cilastatine</i>	108	100% (108)	00%
<i>Amikacine</i>	108	95% (102)	05%
<i>Ofloxacin</i>	130	50% (65)	50%
<i>Ampicilline</i>	130	05% (07)	95%
<i>Amoxiciline+ac</i>	130	30% (39)	70%
<i>Gentamicine</i>	130	45% (59)	65%
<i>Erythromicine</i>	130	05% (07)	95%
<i>Netilmicine</i>	120	50% (60)	50%
<i>Nitrofuratoine</i>	68	60% (41)	40%
<i>Cefazoline</i>	130	20% (26)	80%
<i>Cefalotine</i>	130	23% (30)	77%
<i>Tetracycline</i>	130	10% (13)	90%

La ceftriaxone a été testé sur tous les spécimens positifs et s'est avérée inefficace dans 85,7% de cas.

L'imipénème+cilastatine est l'antibiotique ayant présenté la plus grande efficacité sur les germes testés (100%), suivi de l'amikacine avec un taux d'efficacité de 95%. Les antibiotiques couramment utilisés (amoxiciline-acide clavulanique, netilmicine, gentamicine et ofloxacin) ont été inconstamment sensibles. On note un regain d'intérêt pour les anciennes molécules comme nitrofurantoine.

Conclusion

La connaissance de l'écologie bactérienne du service de réanimation ainsi que leur sensibilité aux antibiotiques permet de gagner un précieux temps dans la lutte contre les infections bactériennes, anticipant ainsi sur la prise en charge du choc septiques qui est très létale.

Mots clés : Bactérie, antibiotique, multi résistance, sensibilité

Réanimation : Prescriptions –Iatrogénie – Divers

R073. Evaluation de la qualité de l'antibiothérapie chez les patients hospitalisés au service de réanimation Gabriel Touré

DIOP Th. M¹, Mangané M¹, Almeimoune.A¹, Beye S.³, Dembele.A. S², Koita S⁴. Diango M. D¹.

1. *Département anesthésie-réanimation et médecine d'urgence du CHU Gabriel TOURE*

2. *Service d'anesthésie CHU IOTA*

3. *Service d'anesthésie réanimation hôpital Ségou*

4. *Service d'anesthésie réanimation CHU Luxembourg*

Introduction : Les infections bactériennes ont été cause de problème de santé publique, certaines pandémies ont été une menace pour l'humanité. L'avènement des antibiotiques a permis de baisser considérablement le taux de mortalité. Cependant, l'utilisation intempestive conduit à l'émergence des souches résistantes.

Objectif : étudier l'antibiothérapie en réanimation en réanimation du CHU Gabriel TOURE.

Matériel et méthodes : Une étude transversale prospective s'étendant sur une période de 11 mois allant de juin 2015 à avril 2016 au service de réanimation de CHU Gabriel incluant tout patient admis dans le service ayant bénéficié d'une antibiothérapie durant la période d'étude. Les données ont été collectées par le biais d'une fiche d'enquête et des dossiers médicaux. La saisie et l'analyse étaient réalisées à partir du Pack office 2016 (Word, Excel, Power point).

Résultats : Pendant notre période d'étude sur 450 patients hospitalisés, 231 ont reçu au moins un antibiotique soit une fréquence de 51,33%. Le sexe féminin prédominait 51%, pour un sexe ratio de 0,97. La tranche d'âge 26-45 ans était la plus représentée avec 33,8% et l'âge moyen était de 38 ans. La majorité des patients (44,6%) provenait du service d'accueil des urgences. La prise en charge post opératoire était le motif d'admission le plus fréquent avec 58,9% et la

péritonite était le diagnostic le plus fréquent avec 23%. Parmi nos patients 49,3% était déjà sous antibiotique avant leur admission et elle a été reconduite chez 65,8%. Durant l'étude 64,9% ont bénéficié d'une antibioprofylaxie et 35,1% d'une antibiothérapie. La fièvre était présente chez 20,3% des patients à l'admission. Pendant l'étude 51,1% ont bénéficié d'une monothérapie et une bithérapie était instaurée chez 44,8% de nos patients. L'amoxicilline-acide clavulanique était la molécule la plus utilisée en monothérapie (27,7%) et l'association Céphalosporine de 3^{ème} génération + 5-nitroimidazolés était la plus utilisée en bithérapie avec 33,9%. Les prélèvements biologiques ont été demandés chez 34 patients et elles ont été effectuées chez 8 ayant comme résultats des BMR dans 8 cas et des entérobactéries dans 2 cas et l'antibiothérapie a été réajustée dans 17,2% des cas après les résultats de l'antibiogramme. La durée moyenne de l'antibiothérapie était de 7 jours et le taux de mortalité globale était 30%.

Conclusion : l'antibiothérapie reste une problématique importante en milieu de réanimation due aux difficultés inhérentes à l'absence de résultat paraclinique et de profil bactériologique des services.

Mots clés : Evaluation, qualité, antibiothérapie, service de réanimation, CHU Gabriel Touré.

R074. Les intoxications aiguës aux organophosphorés en réanimation au CHU de Bouaké

Kouamé KE, Irié BI GS, N'da-Koffi C, Ogondon B, Kouadio S, Avi C, Ouattara M, Boua N, Brouh Y

Introduction : Les pesticides organophosphorés sont des pesticides organiques de synthèse largement utilisés en agriculture.

Objectif : Décrire les aspects épidémiologiques et évolutifs des patients intoxiqués.

Patients et méthodes : Etude rétrospective descriptive des patients admis au service de réanimation du CHU de Bouaké du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2015.

Résultats : les intoxications tous produits confondus concernaient 8,87% des hospitalisations (131/1476) des hospitalisations en réanimation, et les organophosphorés représentaient 27% (35/131) des produits incriminés. L'âge moyen des patients était de 22,82 ans, avec des extrêmes de 2 ans et 70 ans. On notait une prédominance masculine (54%) avec un sexe-ratio de 1,18. L'intoxication était souvent accidentelle (51 %). Le délai moyen d'admission des patients était de 12,4 heures avec des extrêmes de 30 mn et 36 heures. Le syndrome muscarinique, était présent chez 86 % de nos patients, suivi du syndrome nicotinique 40% et le syndrome central dans 23% des cas. Des troubles du rythme à type de bradycardie sinusale, étaient retrouvés chez 23% de nos patients, et un état de collapsus cardio-vasculaire chez 13 % des cas. Le recours à l'intubation et la ventilation artificielle était nécessaire dans 11% et l'usage des catécholamines dans 9% des cas. Tous les patients ont bénéficié de l'administration d'atropine et la dose moyenne était de 27.5 mg avec des extrêmes de 15 et 115 mg. La mortalité globale était de 11% liée au coma profond ($p=0.0002$), à la ventilation mécanique ($p=0,0023$) et au collapsus cardio-vasculaire ($p=0.0113$).

Conclusion : Les intoxications aiguës par pesticides organophosphorés demeurent fréquentes et graves en Côte d'Ivoire. Des mesures préventives s'avèrent nécessaires.

Mots-clés : Intoxication, organophosphorés, atropine, syndrome muscarinique, syndrome nicotinique, syndrome central

R075. Les troubles de conscience en fin de grossesse : l'acidocétose diabétique, une éventualité rare

Irié bi GS, Ogondon B, N'da-koffi C, Kouadio K.S, Avi C, Ouattara M, Kouame KE, Boua N,

Service d'anesthésie- réanimation, CHU de Bouaké, BP 1174 Bouaké, Côte d'Ivoire

Introduction : L'acidocétose diabétique au cours de la grossesse peut être un mode de révélation du diabète. C'est une complication grave du diabète qui survient chez 2 à 9% des patientes ayant un diabète antérieur à la grossesse et sa fréquence est encore plus faible lorsque le diabète est inconnu.

Cas cliniques : Nous rapportons l'observation de deux gestantes (âgée de 27 et 41 ans) à terme, non connues diabétiques avec une notion de diabète familial absente pour la première et présente chez la seconde, qui ont été admises aux urgences obstétricales pour un trouble de la vigilance associé une dyspnée. L'examen à l'admission retrouvait chez elles, une détresse respiratoire, une obnubilation de la conscience, une déshydratation globale et l'absence des bruits du cœur des fœtus. L'échographie obstétricale a mis en évidence une absence de mouvements actifs des fœtus et un hydramnios chez les deux patientes. Le diagnostic d'acidocétose a été posé par une glycémie veineuse à 5,45 g/l pour la première et à 4,80 g/l pour la seconde associée à l'existence d'une glycosurie et une cétonurie à plus de quatre croix à la bandelette chez les deux patientes. Leur prise en charge a consisté à l'instauration d'une insulinothérapie par seringue autopulsée à 10 UI/h, associée à une réhydratation et à la correction des troubles ioniques. Des césariennes ont été réalisées en urgences sous anesthésie césarienne et ont permis d'extraire deux macrosomes de sexe masculin mort-nés macérés. L'évolution clinique et biologique a été rapidement favorable, avec amélioration des glycémies, disparition de la cétonémie, normalisation du pH.

Mots clés : Acidocétose - Grossesse - Pronostic maternel et fœtal – Diabète

Références

1. **Sills IN, Rapaport R.** New-onset IDDM presenting with diabetic ketoacidosis in a pregnant adolescent. *Diabetes Care* 1994 ;17(8) :904-5
2. **Robertson G, Wheatley T, Robinson RE.** Ketoacidosis in pregnancy :an unusual presentation of diabetes mellitus. *Case reports. Br J Obstet Gynaecol* 1986 ;93(10) :1088-90

R076. Intoxication par ingestion de produits caustiques dans un service de réanimation à Abidjan : Facteurs de gravité et de mortalité.

Thot'o A S, Mobio M, Yapi N, Enyegue O MC, N'da-Koffi C, Brouh Y

Auteur correspondant : brouh yapo. Email : brouhyapo@yahoo.fr

Introduction

L'intoxication par ingestion de produits caustiques est une urgence médicochirurgicale qui fait intervenir réanimateurs anesthésistes, chirurgiens viscéraux, gastroentérologues et psychiatres.

Objectif : Identifier les lésions, les facteurs de gravité et de mortalité des patients admis en réanimation pour intoxications aux produits caustiques.

Patients et méthode

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et analytique portant sur 5 ans (du 1^{er} juin 2011 au 1^{er} juin 2016). Etaient inclus les patients admis en réanimation du CHU de Cocody pour ingestion de produits caustiques et qui ont réalisé une fibroscopie œsogastroduodénale.

Les variables étudiées étaient : les caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, niveau socio-économique, profession), de l'intoxication (circonstance, lieu, type de caustique, moment de prise) cliniques (symptomatologie), fibroscopiques, thérapeutiques (traitement à domicile avant l'admission, en réanimation, délai de prise en charge), évolutives et pronostic. La saisie et le traitement des données ont été effectués à l'aide du logiciel Epi Info version 3.5.3. Les comparaisons statistiques étaient basées sur le test de Fischer exact avec comme seuil de significativité $p < 0,05$.

Résultats

L'intoxication par ingestion aux produits caustiques représentait de 59,88% de toutes les intoxications au cours de cette période. L'âge moyen était de 22,24 ans (extrêmes : 2 ans et 55 ans). Le sex-ratio (H/F) était 1,27. La majorité des intoxications avaient lieu au domicile (80%). Les antécédents psychiatriques étaient présents chez 8% des patients. Les intoxications étaient de provenance urbaine dans 96%. Les patients avaient été référés dans 66%.

L'ingestion était à visée auto-lytique dans 60% des cas et l'eau de javel avait été incriminée dans 80% des cas. Le délai moyen d'admission était de 2h15 min (extrêmes : 45 min et 8 heures) avec 80% des patients admis avant la sixième heure. Soixante-douze pour cent (72%) des intoxications étaient symptomatiques. Les symptômes observés étaient : gastro-intestinaux (88,88%), ORL (44,44%), respiratoires (27,77%). L'automédication était observée dans 76%. Elle était faite d'huile de palme (76%), de lait (4%), d'huile de palme et lait (20%). La fibroscopie œsogastroduodénale avait objectivé des lésions dans 64% des cas. Les lésions se situaient au niveau de l'œsophage et l'estomac (43,75%), de l'estomac (31,25%), de l'œsophage l'estomac et le duodénum (12,5%), de l'œsophage seul (6,25%), de l'estomac et le duodénum (4%). Quatre-vingt-quatre pour cent (84%) des patients avaient des lésions comprises entre les stades 0 et II a. La gravité des lésions était liée au type de caustique ($P = 0,01$) et au délai d'admission ($P = 0,004$). Le traitement chirurgical a été utilisé dans 4 % des cas et une consultation de psychiatrie réalisée pour tous les patients. La létalité était de 8%. Elle était liée au délai d'admission ($P = 0,033$) et au type de caustique ($P = 0,0033$).

Conclusion

L'intoxication par produit caustique ne cesse d'augmenter. Elle est observée à tout âge avec une prédominance du sexe masculin. La majorité des intoxications sont à visée auto lytique. La gravité des lésions et la létalité était liée au type de caustique et au délai d'admission. La sensibilisation du public sur le danger de l'intoxication aux produits caustiques et la formation des professionnels sanitaires sur la prise en charge thérapeutique pourront diminuer l'ampleur du problème.

Mots clés : intoxication – caustiques - réanimation

R077. Les complications métaboliques du diabète sucré en Réanimation à l'Hôpital Central de Yaoundé (Cameroun)

Owono Etoundi P¹, Tchokam L.¹, Amengle A.L.¹, Esiéne A.¹, Afané Ela A.¹, Ze Minkandé J.¹

¹Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales. Université de Yaoundé 1

Auteur correspondant : Dr Owono Etoundi Paul, E-mai : owonop@gmail.com

Introduction : la prévalence des personnes vivant avant le diabète sucré est croissante dans les pays africains. Les complications métaboliques sont fréquentes, d'installation brutale et sont rapidement létales. Elles nécessitent une prise en charge optimale.

Objectif : identifier les complications métaboliques du diabète sucré en réanimation à l'Hôpital Central de Yaoundé (HCY) et déterminer leur évolution.

Patients et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et analytique, menée dans le service de réanimation de l'HCY, sur la période allant du 1^{er} janvier 2014 au 31 août 2016. Elle portait sur les dossiers des patients hospitalisés pendant cette période pour une complication métabolique du diabète sucré. Nous avons étudié : la fréquence, les types de complications, les facteurs associés à ces complications et leur évolution.

Résultats : les complications métaboliques du diabète sucré représentaient 2,3% des admissions en réanimation à l'HCY. L'âge moyen des malades était de 56,3±17 ans, avec une prédominance du sexe féminin (57,2%). Le diabète de type 2 était le plus fréquent (90%) et 57,1% était des diabétiques connus. Les complications métaboliques du diabète retrouvées étaient : l'acidocétose (52,4%), l'hyperglycémie hyperosmolaire (23,8%) et l'hypoglycémie (23,8%). Le délai d'admission en réanimation était de 49±43 heures. Le sepsis était fréquemment la pathologie associée (71,4%). L'évolution était marquée par un taux de mortalité très élevée (71,4%). Les facteurs associés aux décès étaient le score de Glasgow < 8 à l'admission (P=0,01), l'association à un sepsis (P=0,03).

Conclusion : Les complications métaboliques du diabète sucré sont fréquentes à l'HCY et elles sont associées à un taux de mortalité très élevé. L'éducation des patients diabétiques, une prise en charge précoce des pathologies associées permettraient réduire ces complications.

Mots clés : diabète sucré, complications métaboliques, évolution, réanimation.

R078. Motifs d'admission dans un service des urgences intégrées : cas du Centre Hospitalier Monkole

Mosolo A.^{1,2}, Mbombo W.^{1,2}, Manzombi J.¹, Azialoma D.³, Kilembe A.¹

¹ Cliniques Universitaires de Kinshasa, ² Centre Hospitalier MONKOLE ³ Indépendant

Introduction : L'OMS ne donne pas vraiment de définition de l'urgence mais cite le droit aux soins de santé et aux soins médicaux d'urgence [1]. Aujourd'hui les salles d'urgence des hôpitaux prennent en charge une part importante des soins primaires dans les collectivités traitant un large éventail de problèmes de santé qui incluent des affections mineures et d'autres situations ne relevant pas proprement d'un service d'urgence.

Objectif : Identifier les modalités d'admission des patients aux urgences et leurs conséquences sur l'évolution et notamment la morbi-mortalité.

Matériel et Méthodes : Une étude rétrospective, descriptive et documentaire sur 607 dossiers des patients ayant consulté les urgences du Centre Hospitalier MONKOLE pendant une période de 3 mois post ouverture de service des urgences et réanimation. Les variables recherchées étaient l'âge, le sexe, la provenance, les moyens de déplacement, le niveau d'urgence, les plaintes principales, les diagnostics d'admission ainsi que l'issue des patients.

Résultats : L'âge moyen était de 28,9ans avec comme extrême 0 et 88 ans. Le sexe masculin prédominait légèrement à 53,2%. La population provenait plus du dehors de la zone de couverture du CHM soit 64,6%. La majorité de nos patients avait un degré ou score d'urgence 4 et utilisait de moyens non conventionnels pour accéder aux urgences. Le paludisme était le principal motif d'admission dans 28,5%, la majorité des patients était gardé aux urgences et réanimation soit 51,1%. Le décès n'avait représenté que 1%.

Conclusion : La majorité des patients fréquentant le CHM ont un degré d'urgence 4 permettant une prise en charge dans l'heure d'arrivée, que le paludisme reste le motif le plus fréquent et que les enfants de 0 à 14 ans sont les plus concernés. Les issus défavorables n'ont représenté que 1%, le manque d'organisation d'un système de régulation des urgences et l'utilisation de moyens non conventionnels ont été retrouvés.

Mots clés : motifs d'admission, urgences, réanimation

References :

1. OMS, stratégie globale pour la santé pour tous d'ici l'an 2000, Genève, 1981
2. Aissaoui L., consultations spontanées aux urgences du centre hospitalier de Givors, thèse de Médecine, 2004, Université Claude Bernard Lyon

R079. Implantation et impact de la campagne « survivre au sepsis » : résultats d'une étude quasi-expérimentale d'une année en république démocratique du congo.

Nsiala Makunza Joseph^{1,2}, Mejeni Kamdem Nathalie¹, Akilimali Pierre³, Kilembe Manzanza Adolphe¹

1. Département d'Anesthésie-Réanimation, Cliniques Universitaires de Kinshasa, RD Congo
2. Clinique Caron, 111 rue Caron, 91120 Athis-Mons, France, Mnsiala78@gmail.com
3. Ecole de santé publique, RD Congo

Introduction

Dans les pays riches, l'application des recommandations de la « surviving sepsis campaign » (ssc) sur la prise en charge du sepsis et du choc septique a été associée à une amélioration de la survie.

En raison d'un contexte sanitaire précaire, son application dans les pays d'Afrique subsaharienne pourrait s'avérer difficile et avoir un impact différent.

Objectif : Évaluer la faisabilité et l'impact d'un protocole issu des recommandations de « surviving sepsis campaign » (ssc) dans un hôpital universitaire en Afrique subsaharienne.

Patients et méthodes

Nous avons conduit, aux cliniques universitaires de Kinshasa (rdc), une étude monocentrique, prospective, quasi-expérimentale de type avant/après. Cette étude a reçu l'accord du comité d'éthique et a été enregistrée le 23 janvier 2014 sous le n° esp/ce/053/14. Elle a duré 12 mois et comportait deux phases successives de six mois chacune : du 1^{er} février 2014 au 31 juillet 2014 (phase pré-protocole) puis du 1^{er} septembre 2014 au 28 février 2015 (phase post-protocole).

Tous les patients consécutifs (âge ≥ 16 ans) présentant une hypotension réfractaire (pas < 100 mm hg) dans un contexte infectieux ont été inclus. Les deux groupes étaient pris en charge par la même équipe de réanimation. Durant la première phase, les patients du groupe pré-protocole ont fait l'objet d'une prise en charge habituelle laissée à l'appréciation de l'équipe soignante. Ceux du groupe post-protocole devaient faire l'objet d'une prise en charge de type edgt à l'exception de la scvo2. Entre les deux phases, nous avons élaboré et diffusé un protocole local basé sur les recommandations de la ssc et disponibilisé (fourni) un kit de petits matériels (cathéter de voie veineuse centrale, réglette à pvc, régulateur de débit dosi-flow, lecteur de lactate...)

Les deux critères d'évaluation étaient la compliance des pratiques de soins aux recommandations de la ssc ainsi que le taux de mortalité hospitalière jusqu'à j30. Le test de student et u de mann whitney ont été utilisés pour la comparaison des variables quantitatives, celui de chi-carré pour la comparaison des variables qualitatives. Les courbes de survie de Kaplan Meier ont été utilisées et les différences entre les deux courbes ont été analysées avec le test de log rank.

Resultats

Dans les deux groupes, les caractéristiques des patients lors de l'inclusion étaient similaires. La porte d'entrée principale de l'infection responsable du choc septique était pulmonaire et le délai d'administration des antibiotiques était inférieur à 3 heures. Par contre, les hémocultures ainsi que la lactatémie étaient réalisées uniquement dans le groupe post-protocole.

Les patients du groupe edgt ont reçu plus de solutés de remplissage (+1229 ml en moyenne), plus fréquemment de catécholamines (+24,9%) et de transfusion (+13,7%) que ceux du groupe traitement habituel. La compliance aux recommandations de la « ssc » a été sensiblement améliorée, passant de 0 % dans la phase pré-protocole à 50% dans la phase post-protocole. La réduction du risque absolu de mortalité était de 17% lorsque toutes les mesures thérapeutiques avaient été réalisées.

Conclusion et perspectives

En dépit du contexte socio-économique difficile, l'application des recommandations de la « ssc » a été rendue possible grâce à l'élaboration d'un protocole adapté aux réalités locales et a amélioré la survie de nos patients. Ainsi, nous comptons poursuivre et généraliser son application afin d'évaluer si, avec le temps, cet effet positif perdurera sur un plus grand nombre des patients.

Urgences/SAMU/Formation

R080. Les traumatismes liés aux cortèges de mariage dans le service d'accueil des urgences (sau) du CHU Gabriel Toure de Bamako

Mangané MI, Almeimoune A, Diop Th M, Koita S, Beye SA, Dembélé AS, Diango D M

1. Département d'anesthésie réanimation et de médecine d'urgence du CHU Gabriel Toure
2. Service d'anesthésie réanimation de l'hôpital mère - enfant le Luxembourg
3. Service d'anesthésie réanimation de l'hôpital de Ségou
4. Service d'anesthésie du CHU IOTA Bamako

Auteur correspondant : Diango Djibo M.

Introduction : Les cortèges de mariage au Mali constituent un véritable casse-tête, un événement à risque d'accident de la circulation avec ces dangereuses manœuvres de bolides à deux ou quatre roues et leurs corollaires de traumatismes qui en découlent. En raison de la gravité de ce fléau, des lourdes conséquences socio-économiques et sanitaires qu'ils engendrent et du manque de données sur les accidents liés aux cortèges des mariages, il nous a paru opportun d'entreprendre cette étude qui avait comme objectif d'analyser les aspects épidémiocliniques et pronostiques des traumatismes liés aux cortèges de mariages au S.A.U.

Matériel et méthodes : Etude descriptive, transversale prospective sur 12 mois, incluant tout patient reçu pour traumatismes liés aux cortèges de mariage durant la période d'étude. Les données ont été collectées par le biais de formulaires, saisies et analysées à partir du logiciel Epi Data, SPSS version 22, Excel et world 2010.

Résultats : Durant la période d'étude 24.802 patients ont été admis au SAU du CHU Gabriel Touré, parmi lesquels 13.656 cas d'AVP et 215 cas de traumatismes liés aux cortèges de mariage soit 1,57%. La classe d'âge 16- 25 ans

est la plus représentée avec 87,7 %, un sexe ratio de 1,97 en faveur des hommes, les élèves et étudiants étaient les plus représentés (33,5 %). Les mariages étaient célébrés au Mali les jeudis, les samedis et dimanches dans la semaine. Le taux d'accident était plus élevé le dimanche (86 %). Le moyen d'évacuation des blessés est celui des sapeurs-pompiers dans 80,9 %, suivi des véhicules personnels à 8,8 %. Les dérapages des automobiles représentent les mécanismes les plus fréquents avec 30,2 % suivis des collisions moto-moto 23,7%, le traumatisme crânioencéphalique est la lésion la plus représentée soit 53,5%, le polytraumatisme a représenté 7% à composante crâniocérébrale et abdominale dans 33%. Plus de la moitié de nos patients (84,7%) ont reçu un traitement chirurgical. Le taux de létalité est de 1%.

Conclusion : Les cortèges de mariage qui devraient générer joie et allégresse engendrent souvent désolation avec blessures corporelles et décès. La sensibilisation de la population s'avère nécessaire.

Mots clés : Traumatismes, cortèges, mariage, SAU, Gabriel Touré, Bamako

R081. Evaluation des activités de régulation médicale et des interventions SMUR du SAMU national Sénégal sur une année. (2014).

Traoré Mm., Wade A., Ndiaye A., Ba I., Camara K., Bah MD., Béye MD.

Samu national / Sénégal.

Introduction : La notion de médecine d'urgence pré-hospitalière reste méconnue dans notre contexte. Elle est, en partie, assurée par le SAMU. L'activité de la régulation médicale et des SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) sont les marqueurs d'évaluation du SAMU.

Objectif : Analyser l'activité de la régulation médicale et des interventions SMUR du SAMU National Sénégal durant l'année 2014.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude rétrospective, observationnelle et transversale sur une période allant du 1er Janvier au 31 Décembre 2014. Les données ont été recueillies et analysées à partir du dossier électronique du CRRA (Centre de Réception et de Régulation des Appels). L'extraction des données a été effectuée par pgAdmin, un outil de gestion des bases de données.

Résultats : Un total de 3.291.362 appels entrants avait été enregistré au niveau du Centre de Régulation et de Réception des appels (CRRA), répartis en appels traités (90,83%), appels perdus (5,56%) et interrompus (3,61%). La malveillance occupait 65,92% des appels traités. Les appelants étaient les parents (26,56%), des médecins (19,95%) avec une majorité d'anesthésistes- réanimateurs et d'urgentistes ; et autre (48,52%). Les indicateurs de performance de la régulation médicale avaient montré : un taux d'accueil de 96,18% ; une QS60s de 83,24% ; une DMC de 8,14 secondes et un taux de charge de 22,24%. Les

sorties SMUR avaient porté sur 847 interventions. La prévalence des sorties SMUR était de 67,92% par rapport aux dossiers établis et de 0,028% par rapport à l'ensemble des appels traités toujours durant la même période. L'âge moyen des patients était de 53,07ans [1jour – 98 ans] et ils vivaient majoritairement dans la région de Dakar (92,67%). Les pathologies traumatiques (20,07%) et cardiovasculaires (14,76%) étaient les plus fréquemment transportées. Les structures de départ étaient essentiellement le domicile et les structures hospitalières. Les lieux d'accueil étaient principalement les structures hospitalières (58,56%). Les sorties primaires représentaient 59,15% contre 40,85% pour les secondaires. Le transport était médicalisé pour 81,11% des patients transportés. Les évacuations sanitaires (Evasan) (28,92%) et les consultations à domicile (28,69%) représentaient la plus grande proportion des sorties. Le délai moyen des interventions primaires (à Dakar) était de 8mn 15s avec des extrêmes allant de 10s à 30min 26s.

Conclusion : De par ses activités, le Samu national occupe progressivement une place non négligeable dans le dispositif sanitaire du Sénégal. La formation continue, et l'utilisation d'outils d'aide à la régulation contribueraient à améliorer davantage les critères de performances.

Mots clés : SAMU-Régulation médicale-SMUR

R082. Evaluation de L'Abbreviated Burn Severity Index (ABSI) score à Douala, Cameroun.

Verla V S¹, Ebesoh DN², Beyiha G³.

1. *Médecin anesthésiste-réanimation, Hôpital Régional De Buea*
2. *Médecin généraliste, Hôpital de district de Kumba*
3. *Professeur d, anesthésiste-réanimation, Hôpital General de Douala*

Introduction : Le taux de mortalité due aux brûlures dépend en grande partie des causes des brûlures, du sexe, de l'âge, du degré de la brûlure et du pourcentage de la surface corporelle totale brûlée sans oublier les pathologies associées.

Plusieurs modèles de prédiction de la mortalité et de la survie (tel que l'Index de Baux) ont été développés, modifiés, validés et utilisés dans la prédiction des risques de mortalité chez les victimes de brûlures graves. Le score ABSI est facile à utiliser en clinique et enregistre avec précision les prédictions des taux de mortalité chez les patients victimes de brûlures graves. Ce modèle a été développé dans les pays à revenu élevé mais son application sans modification dans les des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire reste encore à prouver.

Objectif : évaluer le degré de précision de ce modèle dans un pays à faible revenu comme le nôtre.

Méthodologie : Nous avons mené une étude rétrospective sur les dossiers médicaux de 237 patients hospitalisés et pris en charge dans les unités de soins aux brûlés de l'Hôpital Général de Douala de janvier 2009 à décembre 2013. Nous

avons analysé les données et déterminé le taux de survie des patients pour les scores d'ABSI tel qu'il a été conçu, avant de le comparer aux résultats réels dans notre centre.

Résultats : Notre étude révèle que les scores 2-3, 4-5, 6-7, 8-9 présentent des taux de survie de 98%, 84%, 72% et 36% respectivement pour nos malades ; alors que Les prédictions de survie pour ces scores sont : 99% (2-3), 98% (4-5), 80-90% (6-7), 50-70% (8-9) dans les pays à revenu élevé. Ainsi, le taux de survie obtenu dans notre centre (Pays Pauvre) était plus faible que celui des pays développés. La différence variant de 1 à 30% pour la même gravité de brûlure, sauf dans les extrémités où il n'y a pas de différence entre le deux Mondes.

Conclusion : En appliquant le score ABSI dans notre Milieu, nous constatons que le taux de survie est bas chez nous jusqu'à 30% de différence pour certains scores gravités de brûlures. Par conséquent, nous ne pouvons utiliser le score ABSI dans la prédiction de la survie ou de la mortalité dans notre contexte que s'il est modifié.

Mots clés : Brûlures, ABSI Score, Modification, Pays pauvre.

R083. Evaluation du Recours au service d'Accueil des Urgences de l'Hôpital Principal de Dakar

Ndong SI¹; Ngom DT¹; Kounta MB¹; Ould Ethmane S²; Gassama A¹; Diatta B³; Wade KA¹

1. *Service d'Accueil des Urgences, hôpital Principal de Dakar/Sénégal ;*
2. *Service d'Accueil des Urgences, hôpital militaire de Nouakchott/Mauritanie ;*
3. *Chefferie hôpital Principal de Dakar/Sénégal.*

Introduction

Le Sénégal à l'instar des autres pays n'est pas épargné par le problème de l'encombrement majeur des services des urgences. L'objectif principal de notre étude était d'évaluer l'affluence et les motifs de consultation aux urgences de l'hôpital Principal de Dakar. Secondairement nous avons analysé le parcours de soins et le profil du type de patient consultant aux urgences.

Matériels et méthode

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et analytique réalisée dans le service d'accueil des urgences de l'hôpital d'Instruction des Armées Principal de Dakar sur une période d'une semaine (23 Août à 8 h au Mardi 30 Août 2016 à 8 h). Etaient retenus dans l'étude, tous les patients ayant consulté au niveau du secteur des urgences vraies. N'ont pas été retenus, les moins de 15 ans, et ceux ayant fait l'objet d'emblée d'une réorientation vers les consultations externes par l'infirmier d'accueil et d'orientation. Les données ont été recueillies à l'arrivée des patients grâce à un questionnaire qui concernaient les caractéristiques socio-démographiques, les raisons ayant motivé le choix des urgences, l'heure, le jour de la semaine, l'accessibilité, le moyen de transport, l'affection en cause et sa gravité en se fondant sur la classification clinique des malades des urgences (CCMU) et enfin le devenir des patients. La saisie des données a été au logiciel sphinx et excel 2013 et une valeur de $p < 0,05$ a été retenu comme seuil de signification.

Résultats

Le nombre de passage retenus pour l'étude était de 219 ; les moins de 15 ans (102 patients) et les dossiers inexploitable (06) n'ont pas été retenus. Plus de la moitié des patients

(55%) étaient de sexe masculin avec une moyenne d'âge de 42 ans +/-18. La majeure partie (46%) n'avait aucun emploi et 37,9 % n'avaient pas de couverture sociale. Le recours au service d'urgence se faisait dans la majeure partie des cas l'après-midi de 12 h à 20 heures (46,6%) et 26% durant le week-end contre 74% en semaine avec des pics en milieu de semaine. Seuls 10% des patients résidaient dans un rayon de 5 km de l'hôpital, la majeure partie (84,5%) venait de la région de Dakar mais de localités se situant entre 5 et 35 km. Le moyen de transport le plus utilisé était « les véhicules privés » (83%) ; le transport par ambulance du SAMU ne représentait que 2%. Les patients qui avaient contacté des médecins avant de se rendre aux urgences représentaient 5% et 16% avait fait l'objet d'une régulation avant de venir. Les raisons du choix du service d'urgence étaient la possibilité de réaliser des examens complémentaires dans 41,1% des cas ; l'envie d'être hospitalisé dans 26,9% ; la crainte pour son pronostic vital dans 26,5% et de l'absence de fil d'attente dans 14,2% et le manque d'argent dans 11% des cas. La durée des symptômes était de moins de 24 h dans 46,1% des cas et plus 48 h dans 42,9%. Les patients en état réellement grave représentaient 5% des cas. La majeure partie (88%) était retournée directement à domicile après stabilisation, 12% avaient été hospitalisés et on a déploré 0,5% de décès.

Conclusion :

De bonnes pratiques, une bonne organisation et une meilleure complémentarité entre les services publiques, privés et les services d'urgence sont nécessaires pour réduire le recours à ces derniers.

Mots-clés : Recours aux urgences-Réorganisation

R084. Les lésions par explosion de mines : expérience du bataillon Tchadien du nord Mali (Aguel'hoc)

Introduction : Depuis la guerre du Golfe, le terrorisme s'est répandu sur tous les continents. L'utilisation des mines et des IED s'est répandue avec la guerre. Le médecin militaire qui soutient les unités projetées sur les théâtres d'opération est en première ligne pour prendre en charge les blessés militaires ou civils qui en sont victimes.

Objectif : étudier les difficultés de prise en charge des blessés par mine explosive sur le terrain, au moment de l'explosion afin d'entreprendre la prise en charge immédiate avant toute évacuation médicale.

Méthode : Cette étude rapporte la prise en charge pré hospitalière des victimes d'explosions par mines et IED, par l'équipe médicale du bataillon tchadien du Nord Mali sous mandat onusien. Nous avons travaillé en nous scindant en 2 équipes, une équipe à l'avant (ramassage) et une autre à la base-arrière.

Résultats : Pendant la période du 15 septembre 2014 au 15 septembre 2015 nous avons pris en charge les victimes de 6 explosions dont 2 chez la population civile. 34 victimes parmi lesquelles 2 femmes et 3 enfants ont été prises en charge. Nous avons eu à déplorer 6 morts chez les militaires et 4 morts chez les civils. La tranche d'âge la plus

représentée se situe entre 20-30ans, le pied de mine est l'entité lésionnelle la plus représentée (41%). Le Tramadol, le Paracétamol sont utilisés en synergie contre la douleur et l'association ceftriaxone-métronidazole a été à la base de l'antibio-prophylaxie. 30 à 70 minutes ont été nécessaires pour le transfert des blessés vers le rôle1 et 1h à 6h pour l'évacuation vers le rôle 2 le plus proche. Tous les blessés vivants lors du ramassage ont été stabilisés (70,59%) sauf un enfant de 14 ans décédé après 2h de réanimation cardio-respiratoire manuelle. L'insuffisance des médicaments et matériels, le manque de réactivité du PECC à temps, l'incompréhension des dialectes locaux ont rendu difficile le travail.

Conclusion : Triage, stabilisation en urgence, évacuation à temps sont les points clés de la prise en charge pré hospitalière, base de tout sauvetage au combat. Malgré les moyens limités, les difficultés et les conditions de travail rustiques, nos résultats ont été comparables à ceux de la littérature.

Mots clefs: IED, golden hour, triage, PECC, 9-line message, blast, formation.



R085. Analyse situationnelle des services d'urgences de Yaoundé

Bengono Bengono R ; Metogo Mbengono J.A, Amengle A.L. Owono Etoundi P., Ndoadoumgue A. L. M., Essi M.J ; Ze Minkande J.

Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales (FMSB) / Université de Yaoundé 1

Auteur correspondant : Bengono Bengono R. Email : rodbeng@yahoo.fr

Introduction : Les services d'urgence jouent un rôle important dans le système de soins de santé d'un pays, en prenant en charge immédiatement toute pathologie menaçant la vie. La prise en charge optimale tient compte de la disponibilité des ressources. L'objectif de notre travail était d'évaluer la capacité des services d'urgence de Yaoundé à fournir des soins adéquats.

Méthodologie : Nous avons mené une étude transversale descriptive de six mois dans les services d'urgence des hôpitaux de Yaoundé. Étaient inclus tous les services d'urgence dont nous avons reçu les autorisations et qui disposaient des informations requises dans leurs registres. L'échantillonnage était consécutif. Les variables étudiées étaient les informations concernant les infrastructures, l'équipement, l'organisation et les ressources humaines des services d'urgence, le profil des pathologies et le devenir des patients. Nos données ont été analysées à l'aide du logiciel Epi Info 7.1.5.2.

Résultats : Dix services d'urgence étaient inclus dans notre étude dont deux de catégorie 1, quatre de catégorie 2, et quatre de catégorie 4. Les infrastructures requises étaient présentes à 75% dans les services d'urgence des hôpitaux de 1^{ère} catégorie, 58,3% dans la 2^{ème} catégorie et 41,7% dans la 4^{ème} catégorie. L'équipement requis était présent à 80% dans les hôpitaux de 1^{ère} catégorie, 60% dans la 2^{ème}

catégorie et 55% dans la 4^{ème} catégorie. Il y avait 129 lits dans les services d'urgence avec une moyenne de 10,8 lits /service d'urgence. Les protocoles pour faciliter l'organisation des services d'urgence étaient surtout présents à 60% dans la 1^{ère} catégorie, 53,3% dans la 2^{ème} catégorie et 15% dans la 4^{ème} catégorie. Trois cent quarante-huit personnels de santé étaient présents dans les 10 services d'urgence dont 78 médecins et 270 infirmiers soit une moyenne de 34,8 personnel de santé / service d'urgence. Les pathologies les plus rencontrées dans les services d'urgence étaient d'origine infectieuse 23,2%, suivies des traumatismes 14,2%, et des troubles digestifs 13,6%. Concernant le devenir, 51,8% des patients étaient libérés après la consultation, 44,4% étaient mis en observation, et 1,9% référés dans une autre structure. La mortalité aux urgences était de 1,6%.

Conclusion : Les soins dans les services d'urgences de la ville de Yaoundé sont administrés malgré les insuffisances criardes. Ces insuffisances dépendent de la catégorie de l'hôpital. Elles étaient plus marquées dans les hôpitaux de quatrième catégorie. Les maladies infectieuses étaient majoritaires.

Mots clés : Services d'urgence, profil des pathologies, devenir, ressources disponibles

R086. Compétences des chirurgiens dentistes de Maroua, Garoua et Ngaoundéré sur les urgences médicales au cabinet dentaire

Bengondo Messanga C ; Bengono Bengono R ; Amengle A.L ; Metogo Mbengono J.A ; Iya F ; Essi M.J ; Ze Minkande J.

Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales(FMSB) / Université de Yaoundé I

Auteur correspondant : Bengondo Messanga C. Email : cbengodom@yahoo.fr

Introduction : La chirurgie dentaire est une activité clinique qui traite les affections bucco-dentaires et au cours de laquelle une urgence médicale peut survenir. Ces urgences médicales constituent un enjeu de santé publique dans le monde. Les chirurgiens dentistes de par leur formation devraient être outillés à la prise en charge de ces pathologies. Le but de notre étude était d'évaluer le niveau de compétences des médecins bucco-dentaires des villes de Maroua, Garoua et Ngaoundéré sur les urgences médicales au cabinet dentaire.

Méthodologie : Une enquête CAP de deux mois a été menée auprès des médecins bucco-dentaires des villes de Maroua, Garoua et Ngaoundéré. L'outil de collecte était un questionnaire auto-administré *in situ* de 36 questions. Les données étaient analysées par le logiciel Epi Info. Les paramètres descriptifs ont été utilisés.

Résultats : L'enquête portait sur 13 médecins bucco-dentaires des villes de Maroua, Garoua et Ngaoundéré. Tous les médecins bucco dentaires disaient avoir été formés à la prise en charge des urgences. Cinq (38,5%) disaient avoir suivi des cours de formation post-universitaire sur la prise en charge des urgences. Tous les chirurgiens dentistes se sentaient capables de diagnostiquer une urgence médicale.

Un dentiste pensait qu'il n'est pas obligatoire pour un chirurgien-dentiste de savoir prendre en charge une urgence médicale. Onze dentistes (84,6%) se sentaient totalement capables de prendre en charge un malaise. Trois admettaient ne pas du tout être capable de prendre en charge un arrêt cardiaque. Tous ressentaient le besoin d'approfondir leurs connaissances sur le sujet. Neuf (69,2%) dentistes ne disposaient d'aucun matériel adéquat dans leur cabinet pour les urgences. Sept (53,8%) affirmaient avoir dans leur cabinet une trousse d'urgence. Onze (84,6%) dentistes affirmaient avoir été confrontés dans leur pratique à au moins une urgence médicale. Huit (61,5%) dentistes affirmaient disposer dans leur cabinet des médicaments d'urgence.

Conclusion : Les médecins bucco-dentaires rencontrent des situations d'urgence médicale dans leur pratique quotidienne, l'absence des matériels adéquats et aussi un niveau de compétences insuffisant sont les raisons pour lesquelles la prise en charge de ces urgences au cabinet dentaire n'est pas optimale.

Mots clés : Urgence médicale, chirurgien-dentiste, prise en charge au cabinet dentaire

R087. Impact d'une Réorganisation d'un Service d'Accueil des Urgences Exemple de l'hôpital Principal de Dakar

Wade K. A¹ ; Kounta M. B¹ ; Ndong S. I¹ ; Gassama A¹ ; Ngom D. T¹ ; Diatta B².

1. *Service d'accueil des urgences,*
2. *Chefferie*

Introduction : L'accès aux soins de qualité reste un défi majeur pour tout système de santé de santé. Au Sénégal comme partout dans le monde, les plaintes des patients sur les conditions d'accueil et sur les retards de prise en charge au niveau des services d'accueil des urgences sont nombreuses. Ceci nous a motivé à revoir notre organisation en vue d'améliorer la prise en charge des patients

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude organisationnelle qui avait pour objectif principal de voir l'impact de la réorganisation du SAU sur la qualité des soins. Nous avons procédé dans un premier temps à une étape diagnostique des différents problèmes ensuite nous avons fait des propositions au niveau des différents secteurs de soins par une sectorisation selon le degré de gravité des patients. Un circuit patient a été rédigé avec à son début un infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) qui en fonction du degré d'urgence, attribue un code de couleur aux patients. La zone bleue pour les patients non urgents désirant consulter un médecin ; la zone verte pour les patients urgents stables et pouvant se tenir assis avec 03 box de consultation ; la zone orange avec 04 lits pour les patients urgents, stables mais ne pouvant se tenir assis ; la zone rouge de 06 lits pour les patients en détresse vitale. Une salle de surveillance : unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD) de 04 lits pour les patients déjà stabilisés pour une durée de 12 heures et zone unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) de 11 lits pouvant abriter des patients pendant 72 heures permettent de désengorger le SAU en cas d'impossibilité des lits d'aval.

Résultats : En comparant les résultats avec ceux des deux années passées (2014 et 2015), on n'a noté constaté une nette augmentation des consultations quelque soit le degré de gravité de l'année 2016 de 3,14 % par rapport à 2014 et

de 5% par rapport à 2015. En faisant la comparaison par secteur, on s'est rendu compte de l'augmentation de l'activité pour les malades stables en 2016 sur la totalité des mois, cependant pour les patients en détresse, l'activité est quasiment superposable. Le taux de rotation des lits au niveau du secteur des urgences a connu une augmentation de 52% par rapport aux années précédentes, ce qui témoigne d'une fréquentation plus importante. Le nombre de transferts vers les services médicaux et chirurgicaux est quasiment identique sur toutes les années. Au niveau de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), le taux d'hospitalisation a augmenté de 34,36% par rapport à 2014 et 71,4% par rapport à 2015. Le taux de rotation dans ce secteur a augmenté de 48,2% par rapport à 2014 et 89,9% par rapport à 2015 avec une durée moyenne de séjour qui est passé de 8,3 jours en 2014 à 9,1 jours en 2015 et 3,7 jours en 2016. Le taux de décès dans le service a connu une baisse de 85% par rapport à 2015 et 85% par rapport à 2014. Les admissions impossibles pour faute de place ont connu une nette diminution de 68% par rapport à 2014 et de 68,7% par rapport à 2015. Concernant les moyens d'évacuation des patients aux urgences, nous avons retrouvé que 11% seulement de patients graves étaient venus en ambulance en 2014 contre 8% en 2015 et 7,6% en 2016. Et parmi les patients évacués par les ambulances, moins de 8% ont fait l'objet d'une régulation au paravent.

Conclusion : Une bonne organisation des services d'accueil des urgences dans nos pays permet une amélioration de la prise en charge des patients, en diminuant les délais d'attente et le nombre de patients recusés. Des efforts sont encore à faire dans le domaine de la régulation.

Mots-clés : Réorganisation-Service d'accueil des Urgences-Afrique sub-saharienne

Douleur

R088. Place de l'anesthésie locorégionale dans la prise en charge de la douleur post opératoire aux Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK)

Namegabe E¹, Mbombo W^{1,2}, Manzombi J^{1,2}, Angbongbo V³, Kilembe A¹

1. Cliniques Universitaires de Kinshasa
2. Centre Hospitalier MONKOLE
3. Indépendant

Introduction : La douleur postopératoire est prévisible et transitoire pour 5 à 20% des patients. La durée de son apparition dépend du type d'anesthésie et son intensité dépend du geste chirurgical, de l'environnement et surtout des variabilités interindividuelles. L'anesthésie locorégionale per opératoire fait partie des stratégies de prise en charge de la douleur postopératoire (1,2,3). Le but de cette étude est de déterminer la place qu'a occupée l'anesthésie locorégionale per opératoire dans la prise en charge de la douleur postopératoire des patients opérés aux cliniques universitaires de Kinshasa en 2014.

Matériel et méthodes : Une étude rétrospective, descriptive, documentaire, mono centrique sur 223 patients opérés aux cliniques universitaires de Kinshasa sous anesthésie locorégionale aux cliniques universitaires de Kinshasa dans la période allant du 1^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2014. Les paramètres exploités ont été : l'âge, le sexe, le risque anesthésique, le caractère urgent ou programmé de l'acte, le type d'anesthésie locorégionale, l'anesthésique local ainsi que l'adjuvant, l'indication opératoire, la conversion en anesthésie générale, l'évaluation de la douleur postopératoire sur base des échelles, le traitement de la douleur postopératoire.

Résultats : Sur les 223 patients opérés dans cette période, l'âge moyen était de 35ans avec des extrêmes de 2 et 82 ans, ainsi qu'une prédominance féminine soit 83%. Le risque

ASA I était majoritaire à 61%. La majorité d'actes était programmée (50,40%). La rachianesthésie était la technique la plus pratiquée (93,27%) suivie de l'anesthésie péridurale (7,3%). La rachianesthésie était majoritairement pratiquée avec adjuvant (93, 73%).La morphine était la plus utilisée (34, 08%).les interventions gynéco – obstétricales ont été les principales indications (71,74%). L'échelle numérique était l'unique échelle de douleur utilisée. Le taux de conversion était de 15,17%. L'association d'antalgique du palier I et II de l'OMS a été prédominante en post opératoire (paracétamol - tramadol) soit 32,73%.

Conclusion : En somme, l'anesthésie locorégionale occupe une place non négligeable dans la prise en charge anticipée de la douleur postopératoire aux cliniques universitaires de Kinshasa.

Mots clés : Anesthésie loco-régionale, douleur, cliniques universitaires de Kinshasa

Références :

1. **Comité douleur –anesthésie locorégionale** et le comité des référentiels de SFAR, 2008, 1-7
2. **Mukuna P.**, évaluation et prise en charge de la douleur postopératoire de l'enfant, Ramur Spéciale congrès 2010,
3. **Aubrun F.**, Approche multimodale de l'analgésie, 2013, 1-16

R089. Evaluation de la prise en charge de la douleur chronique en rhumatologie oncologie

Bengono Bengono R ; Nnanga Nga, Metogo Mbengono J.A, Amengle A.L., Mbida G., Owono Etoundi P., Esiene Agnès, Zé Minkande J.

Département de chirurgie et spécialités/ FMSB

Auteur correspondant : Bengono Bengono R. Email : rodbeng@yahoo.fr,

Introduction : La douleur chronique se définit comme une douleur qui persiste au-delà du temps normal de guérison et qui n'a apparemment aucune fonction biologique, elle est fréquente chez les patients atteints de cancer et en rhumatologie. C'est un réel problème de santé publique avec l'accroissement du nombre de patients cancéreux. Notre objectif était d'évaluer la prise en charge pharmacologique des patients présentant une douleur chronique.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude cohorte multicentrique qui s'est déroulée sur six mois. Elle a été réalisée dans le service d'oncologie de l'Hôpital Général et le service de rhumatologie de l'Hôpital Central de Yaoundé. Nous avons inclus tous les patients présentant un syndrome douloureux chronique, et ayant donné leur consentement éclairé. Les éléments recherchés pendant le suivi étaient : l'intensité de la douleur, les pathologies en cause, le traitement (protocoles antalgiques) : les effets secondaires, l'observance et la satisfaction des patients. L'analyse statistique a été faite grâce au logiciel Epi info version 3.5.4. Les variables quantitatives l'ont été par leurs effectifs.

Résultats : Six cent six patients ont été recrutés avec une majorité de femmes (sex-ratio 1,8). La classe d'âge la plus représentée était celle comprise entre 51 et 60 (33,50%) soit 203 patients. Les pathologies les plus rencontrées en rhumatologie étaient : l'arthrose (71,22%), la hernie discale (20,1 %) et les pathologies les plus rencontrées en oncologie

étaient : le cancer du sein (24,14%) ; suivi du cancer du col de l'utérus (13,79%). L'intensité de la douleur était modérée dans 94,70% des cas ; sévères (3,80%) et légères dans 1,50% des cas. Le traitement antalgique était dominé par l'utilisation du paracétamol dans 56,14% des cas ; du tramadol dans 39,77% des cas et de la morphine dans 97,30% des cas. Les co-antalgiques utilisés étaient : les antiépileptiques (43,14%), les myorelaxants (34,51%) et les antispasmodiques (14,90%). Les bithérapies les plus utilisées étaient : l'association paracétamol et codéine (30,00%) et l'association paracétamol et Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (25,01%). Pendant le suivi, la douleur était modérée chez 402 patients soit (66,50%) et légère chez 33,50% des patients au premier rendez-vous. La douleur légère représentait au 2^{ème} et au 3^{ème} rendez-vous 501(82,70%) et 549(90,60%) respectivement. L'observance du traitement était moyenne au 1^{er} et au 3^{ème} rendez-vous respectivement chez 429 patients (70,80%) et 426 patients (70,30%). Les patients étaient satisfaits au premier et au troisième rendez-vous respectivement dans 95,70% des cas et dans 97,20% des cas.

Conclusion : La prise en charge de la douleur chronique est effective, elle fait appel aux antalgiques usuels en fonction de l'intensité de la douleur. Les co-antalgiques occupent une place non négligeable.

Mots-clés : Douleur chronique ; oncologie ; rhumatologie ; analgésie ; prise en charge

R090. Céphalées de l'adulte aux urgences : épidémiologie et prise en charge

Bengono Bengono R ; Metogo Mbengono J.A, Amengle A.L., Kamgno, Wanke Meli A., Owono Etoundi P., Esiene A., Ze Minkande J.

Département de chirurgie et spécialités, FMSB

Auteur correspondant : Bengono Bengono R. Email : rodbeng@yahoo.fr

Introduction : Les céphalées sont un symptôme courant, dont les causes sont diverses. Elles constituent un motif fréquent de recours aux urgences et représentent 1,2 à 4,5% des consultations d'après une étude faite aux Etats Unis. Toutefois, certaines céphalées peuvent révéler des pathologies graves engageant le pronostic vital ou fonctionnel. Le rôle de l'urgentiste est de diagnostiquer ces céphalées graves pour mettre en route un traitement précoce et adéquat. Notre étude avait pour objectif d'évaluer la prise en charge des céphalées aux services des urgences.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive, conduite chez les patients venus consulter dans les services des urgences de la ville de Yaoundé, de novembre 2015 à mai 2016. Etaient inclus dans l'étude : les patients de plus de 18ans, venus consulter aux urgences, et ayant consenti de participer à l'étude. Les variables étudiées étaient : les données socio-démographiques ; les antécédents ; les caractéristiques des céphalées ; les données cliniques. L'évaluation de l'intensité des céphalées était faite avec l'échelle visuelle analogique, à l'arrivée (H0), à H2, et H6 après la prise du traitement. Les données étaient analysées à l'aide de Microsoft Excel 2010. Les données catégorielles étaient exprimées en effectif et proportion. Les données continues étaient exprimées en moyenne et écart-type.

Résultats : Notre échantillon était constitué de 173 patients. La prévalence des céphalées était de 27,8%. L'âge moyen était de 41,02 ans avec une prédominance féminine, soit un sexe-ratio H/F de 0,51. Les céphalées étaient prédominantes chez les sujets fournissant un effort intellectuel, les salariés représentaient (25,43%) et les étudiants 22,54%. Les céphalées primaires représentaient 13,3% des cas, parmi lesquels : les migraines (69,57%) et les céphalées de tension (30,43%). Les céphalées secondaires représentant 86,7% de cas étaient dominées par les maladies infectieuses notamment le paludisme (57,33%). A l'arrivée (H0), 61,8% de patients avaient une douleur modérée, tandis que 32,4% avaient une douleur sévère. Lors de la réévaluation à H6, 1,73% de patients avaient une douleur d'intensité modérée et 1,73% de patients avaient une douleur d'intensité sévère. La prise en charge consistait à un traitement symptomatique basé sur l'administration des antalgiques, et au traitement étiologique. Les antalgiques de palier I étaient les plus prescrits (86,7%).

Conclusion : La prévalence des céphalées était de 27,8% dans les services des urgences. La prise en charge des céphalées était symptomatique et spécifique. L'évaluation de l'intensité de la céphalée montrait une régression significative après l'administration des antalgiques.

Mots-clés : Prévalence des céphalées, Services des urgences, Prise en charge

R091. Connaissances, attitudes et pratiques des médecins concernant la prise en charge de la douleur aux urgences dans les hôpitaux de 1^{ère} et 2^{ème} catégorie de la ville de Yaoundé

Ndom Ntock Ferdinand, OwonoEtoundi Paul, EndombaAngong Francky Teddy, Amengle Albert Ludovic, Metogo Mbengono Junette, Beyiha Gérard, Ze Minkande

Département de chirurgie et spécialités, FMSB/ UYI

Auteur correspondant : Ndom Ntock Ferdinand. Email : ferdilous@yahoo.fr:

Introduction : La douleur est le motif de consultation le plus fréquent, notamment dans les services d'urgence. Sa prise en charge ultérieure dépend de celle effectuée par les professionnels de santé qui s'y trouvent, notamment les médecins. Notre objectif était d'évaluer le niveau de connaissance, déterminer les attitudes et pratiques des médecins de la ville de Yaoundé vis-à-vis des de la douleur aux urgences.

Méthodologie : Nous avons ainsi mené durant 4 mois une étude transversale descriptive, ayant inclut les médecins de la ville de Yaoundé exerçant dans les services d'urgence des hôpitaux de 1^{ère} et 2^{ème} catégorie. Les données étaient recueillies à l'aide d'une fiche de 30 questions, et analysées via le logiciel SPSS.

Résultats : Au total 58 médecins ont été recrutés dont 19 résidents ou internes et 39 médecins généralistes. L'âge moyen était de 28,63±3 ans, et le nombre moyen d'années d'expérience de 2,98±2 ans. Le niveau de connaissance était en moyenne « mauvais », avec un score moyen de 11,86±4,32. Le statut de médecin généraliste était un facteur significativement associé à un mauvais niveau de connaissance (p=0,02 ; OR = 5,1). Une corrélation négative et significative a été retrouvée entre le score de connaissance et le nombre d'années d'expérience (p=0,04 ; r²=0,06). Nous avons ressorti l'utilisation d'une échelle d'évaluation de la douleur chez 82,8% des interrogés, l'échelle la plus utilisée étant l'échelle visuelle analogique (56,9%). L'antalgique le plus manipulé était le paracétamol mais seul 3,5% d'entre eux en connaissait la demi-vie, le délai et la durée d'action exactes.

Conclusion : La présente étude montre le faible niveau de connaissance des médecins concernant la douleur, ainsi que des pratiques non optimales. Ceci est d'autant plus vrai que l'on est médecin généraliste et que l'on voit croissant l'âge et le nombre d'année d'expérience.

Mots clés : Connaissances ; attitudes ; pratiques ; médecins ; douleur ; urgences.

R092. Intérêt de la kétamine dans la prise en charge de la douleur liée à la crise vaso-occlusive

Essola L, Ngomas JF, Soami V, Ossouka Igué N, Ikapit L, Bibalou P, Sima Zué A

Introduction : La kétamine, analgésique à faibles doses est préconisée comme adjuvant des opioïdes dans la douleur chronique. Le but était d'évaluer son efficacité et sa tolérance dans la douleur liée à la crise vaso-occlusive (CVO).

Patients et méthode : Nous avons mené une étude prospective sur une période de 3 ans aux Urgences Adultes du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (CHUL). Etaient inclus les patients homozygotes SS admis pour CVO. Trois groupes étaient comparés : le groupe témoin A recevant le protocole antalgique : paracétamol + kétoprofène + néfopam, le groupe B (placebo) : protocole antalgique + 5 ml de SS9% dans la solution de néfopam et le groupe C (kétamine) : protocole antalgique + 0,5mg/kg de kétamine associé au néfopam. L'Echelle Numérique Simple (ENS) permettait d'évaluer la douleur. Le tramadol était administré si l'ENS était ≥ 4 à la 24^{ème} heure. L'intensité et la durée de la douleur étaient comparées. La différence était significative, si p < 0,05. Les effets secondaires étaient analysés.

Résultats : 168 patients répartis en 56 (groupe A), 55 (groupe B) et 57 (groupe C) ont été retenus. L'intensité moyenne de la douleur à l'admission était de 9,1 ± 0,8 dans le groupe A vs 9,2 ± 0,8 dans le groupe B vs 8,9 ± 0,8 dans le groupe C sans différence significative (p= 0,67). A H60min, la moyenne était de 4,5 ± 0,7 dans le groupe A, de 4,8 ± 0,9 dans le groupe B et de 3,6 ± 0,8 dans le groupe C avec une différence significative entre le groupe kétamine et les deux autres groupes (p= 0,03), mais sans différence entre les groupes A et B. La durée moyenne de la douleur était de 2,1 ± 0,8 jour dans les groupes A et C, de 1,5 ± 0,6 jour dans le groupe C avec une différence significative (p= 0). Le tramadol était administré à 8 patients (14,2%) du groupe A et 5 (9,1%) du groupe placebo. Dans le groupe B, 11 patients (19,3%) avaient présenté des effets secondaires liés à la kétamine.

Conclusion : L'administration de kétamine en continue a permis de réduire l'intensité et la durée de la douleur. Une étude multicentrique pourrait être menée permettant ainsi d'établir un protocole commun de prise en charge de la douleur liée à la CVO.

Mots-clés : Douleur, CVO, ENS, Kétamine, SAU

R093. Douleur post-opératoire en chirurgie pédiatrique : évaluation et prise en charge

Bengono Bengono R ; Metogo Mbengono J.A; Amengle A.L., Mendo Mdo A. M., Owono Etoundi P., Afane Ela A Ze Minkande J.

Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales(FMSB) / Université de Yaoundé I

Auteur correspondant : Bengono Bengono R. Adresse Email : rodbeng@yahoo.fr

Introduction : La douleur post-opératoire est un effet indésirable attendu de la chirurgie. Sa prise en charge est un véritable problème pour le patient et le médecin. Elle reste sous-évaluée donc mal traitée, plus particulièrement chez les enfants.

Objectif : évaluer la prise en charge de la douleur post-opératoire (DPO) chez l'enfant à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY).

Matériel et Méthodes : Nous avons mené une étude transversale et descriptive sur six mois dans les services d'anesthésie-réanimation et de chirurgie pédiatrique de l'HGOPY. Etaient inclus tous les enfants de 0 à 15 ans opérés pendant la période d'étude, en chirurgie d'urgence ou programmée. Les variables étudiées étaient : l'âge, le sexe, les antécédents, les classes ASA et Altemeier, le type de chirurgie, les indications opératoires, la technique d'anesthésie, la durée de l'anesthésie, les médicaments utilisées, l'intensité de la DPO avec l'échelle visuelle analogique et l'échelle numérique chez les patients de plus de 5 ans, et l'échelle (EVENDOL) chez les moins de 5 ans aux heures 0, 6, 12, 24 et 48 ; les médicaments et les complications.

Résultats : Nous avons inclus 68 patients de 0 à 15 ans. Les nourrissons étaient majoritaires (38,23% des cas) ; le sex-ratio était de 4,2 en faveur des garçons. La classe ASA I représentait 64,7% des cas. Les chirurgies étaient

programmées dans 91,2% des cas. La chirurgie urologique était la plus pratiquée (47,06% des cas). L'anesthésie générale était faite dans 97% des cas. L'analgésie post-opératoire débutait 30 minutes avant la fin de l'intervention dans 79,4% des cas. Pour les patients de plus de 5 ans, à H0 5,9% présentaient une douleur sévère, 5,9% une douleur modérée et 88,2% n'avaient pas mal. A H48, aucun patient ne présentait une douleur sévère ; 17,7% de douleur modérée et 76,5% n'avaient pas mal. Pour les patients de moins de 5 ans, à H0, 31,37% avaient un score > 4/15 contre 68,62% qui étaient en dessous de ce seuil thérapeutique. A H48, tous les patients étaient en dessous de 4/15. Le paracétamol était l'antalgique le plus utilisé (94,12%) seul ou en association. Les complications présentées étaient à type de tachycardie et de tachypnée.

Conclusion : les nourrissons étaient les plus concernés. Les chirurgies étaient majoritairement programmées et la chirurgie urologique était la plus fréquente. L'évaluation de la DPO révèle une diminution de l'intensité de H0 à H48. Le paracétamol était l'antalgique le plus utilisé (94,12%) seul ou en association.

Mots-clés : Douleur post-opératoire, enfant, évaluation, prise en charge.

Divers

R094. Syndrome coronarien aigu : à propos de 13 observations au centre hospitalier d'Essos /Yaoundé

Nkoumou S. ; Amengle L. ; Alou'ze J. ; Ntyo'o A. ;
Nga S. ; Tchuem M. ; Ousman Mey M. ; Binam F.

Introduction : En Afrique, le syndrome coronarien aigu jusque-là relativement rare connaît une émergence notable. Le retard dans le délai de consultation et le déficit des moyens diagnostiques précoces sont autant de facteurs qui expliquent cette rareté relative.

Objectif : décrire les paramètres épidémiologiques et le traitement du syndrome coronarien aigu

Patients et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive réalisée dans le service de réanimation du centre hospitalier d'Essos /Yaoundé.

Période d'étude : 48 mois ; 1^{er} aout 2012-1^{er} aout 2016.

13 patients inclus à l'étude ; le diagnostic du syndrome coronarien (sca) repose sur des arguments électriques (ecg), biologiques et écho - cardiographiques.

Critères d'inclusion : tout patient présentant une douleur thoracique, une dyspnée ou une détresse hémodynamique ; -des signes électriques : sus- décalage du segment st supérieur à 2mm au moins dans 02 dérivation précordiales ; et sus- décalage du segment st > 1mm dans les dérivation standards avec ou sans ondes q. Des signes biologiques : élévation des enzymes et des marqueurs cardiaques (cpk-mb, troponine).

Critères d'exclusion : dossier médical incomplet, sans ecg ni bilan biologique.

Résultats : Nombre de patients : 13 ; sexe ratio : 02 femmes pour 11 hommes ; âge moyen : 61,4 ans avec un sexe ratio de 2/11 en faveur des hommes, une admission chez 100% des patients pour douleurs précordiales et un délai d'admission entre 24 et 48h chez 60% des patients. Chez nos 13 patients, on retrouvait des fdrcv à type d'hta chez 80%, tabagisme chez 60% ; diabète, dyslipidémie et obésité chez 40% des patients respectivement. Lors de la prise en charge des patients, nous avons eu un cas de thrombolyse (actilyse) avec succès ; 03 décès parmi les individus recrutés soit 27%.

Conclusion : Cette étude rétrospective et descriptive menée au centre hospitalier d'Essos sur une période de 48 mois du 1^{er} aout 2012 - 1^{er} aout 2015, nous montre à suffisance combien ces problèmes sont courants et la prise en charge complexe dans notre environnement.

Mots clés : Syndrome coronarien aigu, traitement.

R095. Insuffisance rénale aiguë post-opératoire : A propos d'un cas

Nze Pc^{1,2}, Nnang Jf¹, Vemba A¹, Bekale J¹, Nzoghe P¹

1. Département d'anesthésie-réanimation-urgences, Centre hospitalo-universitaire d'Angondje, Libreville.
2. Service d'anesthésie-réanimation, Centre hospitalier régional de l'Estuaire-Mélen, Libreville.

Introduction : L'insuffisance rénale aiguë post-opératoire (IRPO) se définit comme une altération précoce et durable de la fonction rénale au décours d'une intervention chirurgicale. C'est une complication rare mais grevée d'une mortalité encore importante. Les principaux facteurs de risque sont liés au terrain, au type de chirurgie et à la néphrotoxicité pharmacologique.

Observation : Nous rapportons un cas d'IRPO chez un patient de 73 ans, sans antécédents médico-chirurgicaux particuliers, ayant présenté un début d'encéphalopathie urémique neuf jours après une cure de hernie inguinoscrotale bilatérale et chez qui une épuration extra-rénale précoce a permis d'améliorer le pronostic vital.

Conclusion : L'interaction additive de multiples facteurs de risque en est souvent la principale cause. Une prévention efficace par l'appréciation de la clairance de la créatinine préopératoire, entre autres, permet d'éviter la survenue de cette complication.

Mot clé : insuffisance rénale aiguë post-opératoire.

R096. Mise en place et évaluation de l'impact d'un « Ventilator-bundle » aux Cliniques Universitaires de Kinshasa : étude avant-après

Mavinga N J¹, Nsiala M J^{1,2}, Mafuta M E³, Yangam Y M¹, Amisi B E¹, Ilunga J P¹, Kilembe M A¹

1. Département d'Anesthésie et Réanimation, Cliniques Universitaires de Kinshasa, République Démocratique du Congo (RDC).
2. Département d'anesthésie et Réanimation, Clinique Caron, France
3. Département des statistiques, Ecole de santé publique, RDC

Auteur correspondant : Mavinga Nyombo José. Email : joicemav@yahoo.fr

Introduction : En 2005, une conférence internationale de consensus a fait le point sur les différentes mesures à mettre en œuvre pour la prévention des PAVM [1]. Ces mesures sont souvent rassemblées par groupe de 3 ou 5 sous le vocable anglo-saxon de « ventilator-bundle ». L'efficacité de ces « bundles » a été peu évaluée en milieu africain.

Objectif : Mettre en place un programme de prévention des PAVM (ventilator-bundle) puis évaluer son impact sur la morbi- mortalité des patients placés sous ventilation mécanique dans notre service.

Matériel et méthode : Etude prospective, mono centrique, quasi-expérimentale de type avant-après. Elle s'est déroulée dans le service de réanimation polyvalente des Cliniques Universitaires de Kinshasa en République Démocratique du Congo. Ce service est équipé de 8 lits et d'un respirateur pour 2 lits. La phase pré-interventionnelle a été réalisée du 1er février au 31 décembre 2014 et la phase post-interventionnelle du 15 février 2015 au 15 février 2016. Tous les patients consécutifs intubés et ventilés mécaniquement pendant plus de 48 heures ont été inclus.

Les 5 mesures préventives qui ont fait partie de notre bundle étaient : l'hygiène des mains, la surélévation de la tête du lit à 30- 45°, la levée quotidienne de la sédation, la décontamination buccale à la chlorhexidine et le contrôle de la pression du ballonnet de la sonde d'intubation. La compliance à ce bundle était évaluée par observation directe à l'insu des soignants. Le diagnostic de « PAVM » était retenu cliniquement devant un score CPIS modifié > à 6. Les principaux critères de jugement étaient l'incidence des PAVM et le taux de mortalité. Logiciel statistique et valeur de P

Résultats : Nous avons inclus 44 patients dans la phase observationnelle et 58 patients dans la phase interventionnelle. Les caractéristiques de base des patients étaient similaires quel que soit le groupe. La compliance à

l'ensemble des mesures mises en place a été améliorée entre les 2 phases passant de 0 % à 32.75%. La densité d'incidence a baissé de 33,74 à 18,05 PAVM pour 1000 jours de ventilation mécanique entre la phase observationnelle et la phase interventionnelle mais la mortalité toutes causes confondues était presque égale dans les 2 groupes (88,6% vs 86%). Différence statistiquement significative ou non ? valeur de p

Discussion : Grâce à la mise en place de notre bundle, l'observance des équipes lors de la phase 2, s'est améliorée par rapport à la phase 1 et le taux de PAVM est passé de 33,74 à 18,05 pour 1 000 jours de ventilation artificielle entre les deux périodes. Ce résultat est cohérent avec la littérature. En effet, plusieurs publications dont une, montrent un même effet de prévention des PAVM avec une diminution de près de 50% de l'incidence des PAVM en implémentant un « ventilator –bundle [2].

Conclusion : La mise en place d'un « ventilator-bundle » a permis de réduire sensiblement l'incidence des PAVM dans notre service. Par contre, notre étude n'a pas réussi à mettre en évidence une baisse de la mortalité.

Mots clés : Pneumopathie acquise sous ventilation mécanique, bundle-ventilator, réanimation, m CPIS.

Référence

1. **American thoracic society;** infectious diseases society of America. Guidelines for the management of adults with hospital acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia. Am J Respir Crit Care Med. 2005; 171:388.
2. **Morris AC, Hay AW, Swann DG and all.** Reducing ventilator-associated pneumonia in intensive care: impact of implementing a care bundle. Crit Care Med. 2011 Oct;39(10):2218-24.

R097. Les consultations pré-anesthésiques aux Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK) en 2014

Kabango R¹, Manzombi J¹, Mbombo W^{1,2}, Ahadi G³, Kilembe A¹

1. Cliniques Universitaires de Kinshasa
2. Centre Hospitalier MONKOLE
3. Indépendant

Introduction : La consultation pré-anesthésique (CPA) est un élément essentiel de la sécurité anesthésique. Les données recueillies permettent de choisir la technique anesthésique et les soins péri opératoires adéquats [1].

Objectif : évaluer la pratique des CPA aux CUK.

Matériel et méthodes : il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive, sur 437 fiches de CPA faites aux cliniques universitaires de Kinshasa pendant une période allant du 1^{er} janvier 2014 au décembre 2014, soit une année. Les variables suivantes ont été étudiées : l'âge, le sexe, le type de chirurgie, le type d'anesthésie, la classification ASA.

Résultats : L'âge moyen était de 38,03 ans pour des extrêmes de 4 jours et 80 ans. Le sexe féminin était prédominant à 67%. La plupart des patients avaient vus pour le compte de la Gynéco-obstétrique (44,4%), la chirurgie viscérale venait en deuxième position (28,8%) et la traumatologie en troisième (11,2%). Dans l'ensemble, la majorité de nos patients était ASA I (49,4%), suivi des ASA II (31,6%) ; les ASA IV n'ont représenté que 1,1%. Les classes ASA I et II étaient respectivement prédominantes (54,6% ; 35,1%) pour la Gynéco-obstétrique ; la classe ASA II (40%) prédominante en ORL ; la classe ASA III prédominante (31,7%) en chirurgie viscérale et la classe ASA IV (3,2%) en chirurgie viscérale aussi. L'anesthésie générale était la technique la plus utilisée (50,6%), suivi de la rachianesthésie (43,7%).

Conclusion : Les CPA aux cliniques universitaires de Kinshasa concerne plus l'adulte de sexe féminin, cela suppose une activité génitale, de ce fait la gynéco-obstétrique est plus pratiquée. Les classes ASA I et II étaient plus représentées, cela suppose que les patients vus en CPA aux cliniques universitaires de Kinshasa avaient en majorité un état de santé.

Mots clés : Consultation pré-anesthésique Cliniques Universitaires de Kinshasa

Références :

1. **Haberer J.**, consultation pré-anesthésique, encyclopédie médico-chirurgicale, 36-375-A-05
2. **SFAR, recommandations** concernant la période pré-anesthésique, 1991, révision 1994
3. **Coulibaly Y., et al**, patient en consultation d'anesthésie : profil épidémiologique et risque opératoire, *saranf* 2012, P 7

R098. Pratique de l'anesthésie combinée aux Cliniques Universitaires de Kinshasa

Mbala R¹, Mbombo W^{1,2}, Manzombi J¹, Alutaka B³, Kilembe A¹

Introduction : Compte tenu de la rareté des études portant sur la pratique de l'Anesthésie combinée en Afrique et en particulier en République du Congo, il nous a paru nécessaire d'aborder une étude qui fait un état de lieux sur cette pratique aux cliniques universitaires de Kinshasa.

Matériel et méthodes : Une étude rétrospective, descriptive sur tous les patients qui ont bénéficié d'une anesthésie combinée dans la période allant du 1^{er} janvier au 2009 au 1^{er} janvier 2013. Les variables étudiées étaient : l'âge, le sexe, la classification ASA, la technique combinée, les produits utilisés, les types d'intervention et la spécialité chirurgicale.

Résultats : Cette étude a concerné 112 patients dont 59,8% étaient de sexe féminin. L'âge moyen était de 45 ans ±. Les actes étaient en majorité programmés, 92%. La classe ASA II a été majoritaire à 40,2%. La chirurgie digestive était le type de chirurgie le plus représentatif (33%), suivie de la chirurgie gynécologique (23%). Les techniques anesthésiques utilisées étaient : Anesthésie générale (AG) plus anesthésie locorégionale péri-médullaire (rachianesthésie (RA) ou anesthésie péridurale (APD) dans 92% des cas (103) dont 79,5% des cas (89) pour AG+APD et 14 cas (12,5%) pour AG+RA. Alors que la combinaison AG+Blocs périphériques n'était utilisée que dans 8% des cas, dont 7,1% pour AG+Bloc pléxique et 0,9% pour AG+autres blocs périphériques. Le propofol, la ketamine et les morphinomimétiques ont été les produits les plus utilisés pour l'AG avec respectivement 60,7%, 32,1% et 59,8%. La bupivacaine 0,5% et la lidocaïne 2% associées au Fentanyl ont été utilisés avec respectivement 15,2% et 7,1% pour réaliser l'ALR. Aucune complication n'a été observée.

Conclusion : L'anesthésie combinée est régulièrement pratiquée aux CUK surtout en chirurgie digestive et chez les patients ASA II, probablement pour tirer les bénéfices de la prise en charge de la douleur post opératoire.

Mots clés : Anesthésie combinée, Cliniques Universitaires de Kinshasa

Références :

1. SFAR, la pratique de l'anesthésie en France en 1996, *Ann.Fr Aneth-réa* 1998, 17, 1299-301
2. Merlin D., combined regional general anesthesia, *conferencias magistrales*, vol.33 suppl., 2010, pp s265-s 26

R099. Réhabilitation post-opératoire et ambulatoire après endoscopie digestive interventionnelle à l'Hôpital Militaire de Libreville : intérêt de l'association Propofol-Alfentanil

Edjo Nkilly G¹., Matsanga A¹., Sougoue¹., Manli D¹., Gombako A¹., Malonga H¹, Mihindou U¹., Manfoumbi JC¹., Kogou C¹, Ndaky H¹, Zue-Mba M¹, Touloubet F¹, Ersanty K³, Eya F²., Mandji-Lawson Jm¹, Tchoua R¹.

1. *Service d'anesthésie-réanimation, HIAOBO*
2. *Service de médecine, unité d'endoscopie digestive, HIAOBO*
3. *Service gastroentérologie, Hôpital Américain, Paris*

Auteur correspondant : G. EDJO NKILLY, edjo_ghislain@yahoo.com

Objectif : Démontrer la faisabilité d'une prise en charge ambulatoire au pris d'une organisation pluridisciplinaire rigoureuse.

Patients et méthode : Tous les patients ont bénéficié d'une consultation préanesthésique avant la chirurgie, en fonction du terrain et de l'examen clinique, un bilan complémentaire est demandé par l'anesthésiste, une attention particulière était portée sur la tolérance à l'effort évaluée par l'équivalent métabolique (MET). La veille, les patients étaient contactés par téléphone pour confirmation de l'heure de convocation (7h30) avec rappel des mesures de jeun et de la préparation colique. Le protocole anesthésique était une anesthésie générale avec ou sans intubation, passage systématique en service de surveillance post-interventionnelle (SSPI). Retour à domicile évalué selon le score de CHUNG, les patients reprenaient l'alimentation dès retour à domicile.

Résultats : 65 patients ont été éligible à l'ambulatoire. Les patients ASA I étaient majoritaire (56,92%), 64,61% des

patients avaient un équivalent métabolique entre 4 et 6. La marche était l'activité physique prédominante (52,30% des patients), la coloscopie était le geste prédominant (29,23%), la sédation était réalisée dans 87,69% des cas, le propofol était l'hypnotique le plus utilisé (90,77%) et l'alfentanil (89,23%) le morphinique le plus utilisé. Aucune complication n'a été noté.

Conclusion : cette étude démontre la faisabilité d'une prise en charge ambulatoire dans notre contexte. Elle nécessite une maîtrise du circuit du patient. Un choix de produits anesthésiques à demi-vie courte permet un réveil et une réhabilitation précoce, l'association propofol-alfentanil possède le meilleur profil pharmacocinétique pour atteindre de tels objectifs. Un élargissement de cette stratégie pourrait permettre une rentabilisation des lits dans des services médico-chirurgicaux souvent confrontés à une carence en lit d'hospitalisation

RS100. Aspects épidémiologique, clinique, paraclinique, thérapeutique et évolutif des patients polytraumatisés admis dans le Service de Réanimation Polyvalente du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, Burkina - Faso.

Bonkougou P, Lankoandé M, Kaboré M, Ouédraogo N, Traoré SIS, Bako YP, Kaboré RAF, Simporé A, Kinda B, Sanou J, Ouédraogo N.

¹Département d'Anesthésie - Réanimation CHU Yalgado Ouédraogo.

Introduction

Les polytraumatismes sont principalement provoqués par des accidents de la voie publique, qui deviennent la première cause de mortalité des hommes âgés de moins de 40 ans dans les pays développés. Il nous est paru important d'étudier les aspects épidémiologique, clinique, paraclinique, thérapeutique et évolutif des patients polytraumatisés admis dans le Service de Réanimation Polyvalente du CHUYO de Ouagadougou, afin de contribuer à l'amélioration de la PEC de cette pathologie dans ce service.

Patients et méthodes

Etude rétrospective analytique sur 61 dossiers cliniques de patients admis pour polytraumatismes de janvier 2011 à décembre 2015. Nous avons fait une analyse descriptive puis explicative par régression logistique binaire avec le logiciel SPSS 22. Le seuil de significativité était de 5 %.

Résultats

Au total, la fréquence des admissions pour polytraumatisme était de 4,1%. L'âge moyen était de 33,9±13,2 ans (7-70 ans) avec un sex-ratio de 6,63. La principale circonstance de survenue des traumatismes était l'accident de la voie publique (77,6%) suivies des agressions par arme (12,1%). A l'admission, 41,0 % des patients étaient dans un état de coma (GCS<8) ; 8,5% avaient une hypotension (PAS<80

mmHg), 20,0% une saturation insuffisante en oxygène (SpO₂<95%) et 46,3% étaient fébriles. La détresse neurologique (72,1%) et respiratoire (50,8%) étaient les plus retrouvées. L'ISS moyen était de 23,25±9,52 et 55,8% des patients avaient un score ≥25. En plus des mesures de réanimation, 63,9% des patients avaient bénéficié d'un traitement spécifique chirurgical (plâtre, suture, laparotomie, etc).

A terme, 50,8% des patients étaient stabilisés et transférés en hospitalisation, 3,3% étaient libérés et 45,9% décédés.

Les décédés avaient un séjour hospitalier moyen de 3,3 jours versus 10,9 jours, p<0,001.

En analyse multivariée, l'absence de traitement spécifique avant ou pendant l'admission était le seul facteur indépendant pouvant prédire le décès des patients (OR=4,17*).

Conclusion

Le polytraumatisme est un problème majeur de santé de par sa fréquence et sa mortalité. Pour améliorer le pronostic vital et / ou fonctionnel des patients victimes de polytraumatismes admis en réanimation, une prise en charge rapide pré hospitalière est nécessaire à mettre en place associée à une prise en charge médico-chirurgicale prompt et adéquate.

RS101. Evaluation des pertes sanguines et de leur compensation au cours des hystérectomies réglées : à propos de 51 cas colligés dans le Département de Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina-Faso).

Bonkougou P¹, Lankoandé M¹, Traoré SIS¹, Nebié YK², Ouédraogo E¹, Simporé A¹, Kaboré RAF¹, Ouédraogo A³, Sanou J¹, Ouédraogo N¹.

¹ Département d'Anesthésie - Réanimation, Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO)

² Centre National de Transfusion sanguine (CNTS)

³ Département de Gynécologie- Obstétrique, CHUYO

Introduction

L'hystérectomie demeure une des interventions chirurgicales la plus pratiquée au monde, avec des variations d'une région du monde à l'autre. Bien qu'elle soit de pratique courante, elle demeure une chirurgie lourde de complications hémorragiques en per opératoire faisant ainsi l'objet d'une hantise pour le chirurgien et l'anesthésiste réanimateur. L'objectif de ce travail était d'étudier les facteurs de risque de transfusion au cours d'une hystérectomie réglée (HR) au CHUYO de Ouagadougou, Hôpital de Référence nationale.

Patientes et méthodes : Etude transversale descriptive avec recueil prospectif des données sur 6 mois. Les patientes admises en gynécologie pour une hystérectomie réglée étaient incluses. Les variables démographiques, l'hémoglobine et hématocrite pré et post opératoire, les pertes sanguines non volumétriques (PSNV), volumétriques (PSV), le besoin pré transfusionnel (BPT), la voie d'abord, étaient étudiées. Le test de Chi carré et Fischer ont permis de comparer les variables ($p < 0,05$).

Résultats : L'incidence de HR était de 2,9 % avec un âge moyen des patientes de 51, 25 ± 6,1 ans. L'hémoglobine moyen pré et post opératoire étaient respectivement 11,92g/dl et 9,61 g/dl pour un hématocrite moyen pré et post

opératoire 36,3% et 29,5%. Les prolapsus génitaux (49%) et les myomes utérins (45,1%) étaient les principales indications. Les PSNV et PSV moyennes étaient respectivement 128 et 375 ml à 100% d'hématocrite versus 355 ml et 1042 ml à 36% avec un écart moyen de 247 ml et 687 ml. L'intervention, d'une durée, de plus de 2 heures était associée à une PSNV ($p = 0,021$) et le poids inférieur à 60 kg à une PSV ($p = 0,038$). Seuls les concentrés de globules rouges (CGR) étaient commandés avec un taux de couverture de 79,4%. La commande et la transfusion étaient pertinentes (BTP +) dans 15,7% et 15,3%. Les facteurs de risque de transfusion étaient la ménorragie ($p = 0,008$), le jeune âge (44,9 versus 53 ans, $p = 0,02$), l'abord chirurgical bas ($p = 0,002$), la rachi anesthésie ($p = 0,024$), les myomes hémorragiques ($p = 0,025$) et les prolapsus ($p = 0,0002$).

Conclusion : Les hystérectomies programmées constituent une chirurgie courante dans le DGO du CHUYO. Une meilleure gestion des PSL au cours des hystérectomies passera par le calcul du besoin transfusionnel prévisible avec l'implication du chirurgien et le contrôle du taux d'hémoglobine au bloc avant transfusion sanguine.

Mots clés : Perte sanguine, transfusion, hystérectomie réglée.

RS102. Blocs des nerfs sciatique et obturateur par bolus simple associés au bloc continu par cathéter perinerveux en fémoral dans la chirurgie prothétique du genou : première expérience au CHU d'Owendo.

Obame R., Matsanga A., Tchibenet A., Comlan E., Ada Sagbo V., Aubin S., Nzoghé Nguema P., Nzengue Moulet P., Sima Zué A.

Introduction : la pratique des blocs périphériques en anesthésie connaît un grand progrès en occidents. Au Gabon, certaines équipes amorcent déjà ces avancées aussi bien en chirurgie qu'en pratiques anesthésiques.

Objectifs : évaluer la pratique des blocs périphériques avec pose de cathéter perinerveux dans la chirurgie prothétique du genou.

Patients et méthodes : étude prospective et descriptive réalisée du 11 au 16 Avril 2016 et du 11 au 21 Juillet 2016 au centre hospitalier universitaire d'Owendo (CHUO). Tous les patients ayant bénéficié d'une Prothèse Totale du Genou (PTG) sous blocs nerveux périphériques (sciatique, obturateur et fémoral) ont été inclus. Un bloc continu du nerf fémoral par cathéter perinerveux y était assuré. Ces blocs étaient combinés soit à la rachianesthésie, soit à l'anesthésie générale. La Ropivacaïne à 7,5 mg/ml était l'anesthésique de choix pour les blocs. Le repérage des nerfs se faisait au moyen d'un neurostimulateur. Les variables étudiées étaient : l'âge, le sexe, la classification ASA, la durée des interventions, l'échelle verbale simple

(EVS) au repos en post opératoire. L'analyse des données a été faite au moyen du logiciel Excel 2010.

Résultats : Vingt-cinq patients ont été enregistrés. La prédominance était féminine avec 76% de cas (19 femmes). L'âge moyen des patients était de 63 +/- 7 ans. Neuf patients (36%) étaient classés ASA III et 11 (44 %) ASA II. L'obésité était retrouvée dans 20%. La durée moyenne des interventions était de 157,2 minutes. Seul 8% (2 cas) avait un EVS à 2 à la 4^{ème} heure post opératoire et 4% (1cas) un EVS à 3 à la 8^{ème} heure post opératoire. La durée moyenne du bloc moteur était de 8 heures avec des extrêmes à 5 heure et 13 h. La durée de séjour à l'unité de soins post anesthésie était de 24 heures.

Conclusion : La chirurgie prothétique du genou est une chirurgie articulaire lourde et douloureuse. Sa réalisation nécessite des techniques d'anesthésie adaptées qui tiennent compte non seulement de ces paramètres mais aussi de la réhabilitation post opératoire des patients.

Mots clés : blocs périphériques, cathéter perinerveux, PTG, Gabon

RS103. Rehabilitation post opératoire précoce : essai d'un protocole chez la patiente Gabonaise césarisée à l'hôpital universitaire d'Angondjé (HUA).

Obame R, Nzoghé Nguéma P, Essola L., Mandji Lawson JM, Sima Ole B, Sima Zué A.

Introduction : Dans les pays développés, la césarienne bénéficie d'un programme de réhabilitation postopératoire précoce. Au Gabon, ce concept n'est pas encore d'actualité.

Objectifs : Montrer les bénéfices d'une réhabilitation après césarienne chez la femme Gabonaise à partir d'un Protocole.

Matériels et Méthodes : Etude prospective, descriptive et observationnelle sur 3 mois. Les césariennes Programmées et en urgences relatives étaient inclus. Le protocole comprenait une technique de rachianesthésie, une analgésie multimodale, une reprise de l'alimentation et un lever précoce. Les variables étudiées étaient l'âge, la classification ASA, le statut obstétrical, les indications des césariennes, l'Echelle Verbale Simple (EVS), la reprise du transit, les complications liées à la rachianesthésie et à la reprise de l'alimentation et la satisfaction des patientes à la sortie.

Résultats : Au total 44,11 % des patientes ont bénéficié de ce protocole. L'âge moyen était de $28,04 \pm 4$ ans. Les multiples constituaient 58% de l'effectif et 67% des césariennes ont été réalisées en urgences relatives. La souffrance fœtale représentait 40% des indications. Seules 13% de patientes avaient un EVS = 3 à la 6ème heure. La moyenne de reprise du transit était de $20,68 \pm 7,84$ heures. Seules 11%, 4,50% et 2 % avaient présenté respectivement des nausées, des vomissements et un ballonnement abdominal. La satisfaction était totale dans 82% des cas.

Conclusion : la réhabilitation post opératoire de la césarienne au Gabon ne doit plus être un problème d'école ou de génération. Elle requiert une formation des personnels et une information documentée aux patientes.

Mots clés : césarienne, réhabilitation, postopératoire, Gabon

Références

Wyniecki A, Tecszy M, Benhamou D. La césarienne : une intervention qui doit maintenant bénéficier du concept de réhabilitation précoce postopératoire. Le Praticien en anesthésie réanimation 2010 ; 14 : 375-382

RS104. Prise en charge péri-opératoire des néphroblastomes à l'hôpital Aristide Ledantec-Dakar

Diaw M¹, Leye Pa¹, Moreira C², Ndour O³, Ndiaye Pi¹, Diouf E¹

1 : Service d'Anesthésie-Réanimation CHU Aristide Ledantec

2 : Service d'Oncologie Pédiatrique CHU Aristide Ledantec

3 : Service de Chirurgie Pédiatrique CHU Aristide Ledantec

Introduction : Le néphroblastome ou tumeur de Wilms est la tumeur rénale maligne la plus fréquente en Pédiatrie. Le traitement associant chimiothérapie, chirurgie voire radiothérapie permet la guérison dans 80% des cas. Le contexte péri-opératoire est marqué par la fragilité du terrain, les risques hémorragique, d'instabilité hémodynamique et d'effraction tumorale. Le but de ce travail est d'étudier la prise en charge anesthésique des néphroblastomes au CHU Aristide Ledantec.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur tous les patients ayant bénéficié d'une néphrectomie pour néphroblastome en chirurgie pédiatrique. Elle part du 1er Janvier 2016 au 31 Août 2016. L'âge, le sexe, les délais d'intervention, la technique anesthésique, l'état hémodynamique per-op, les drogues utilisées et l'issue du malade ont été les paramètres étudiés.

Résultats : Durant la période d'étude, nous avons colligé 17 patients dont 8 de sexe masculin (47%) et 9 de sexe féminin (53%). Le sex-ratio était de 0,8. L'âge moyen était de 4,8 ans (4 mois à 15 ans). Tous les patients étaient ASA II. Le principal motif de consultation était une tuméfaction abdominale (82%) et une masse abdominale de découverte fortuite (35%). La consanguinité était présente dans 41% des cas, une ambiguïté sexuelle dans 6% des cas. Le protocole de chimiothérapie était l'actinomycine D-Oncovin dans 88% pendant un mois (4 cures). En pré-opératoire, l'état général était conservé dans 65% des cas. L'anesthésie générale était pratiquée chez tous les patients avec une induction inhalatoire dans 70% des cas. L'hypnotique le plus utilisé était le propofol (88%) et l'entretien était réalisé avec l'halothane dans 96% des cas. En per-opératoire, la PAM moyenne était de 6,9cmHg, la diurèse de 45cc/h pour un remplissage moyen de 800cc par intervention. La fréquence des incidents per-opératoires était de 30%. La transfusion était nécessaire dans 41% des cas. La durée moyenne de la néphrectomie était de 212 minutes et de l'anesthésie 230 minutes. 11 patients (64%) ont été transférés en Réanimation essentiellement du fait de l'instabilité hémodynamique et la longueur de la chirurgie. La mortalité post-opératoire était de 11%.

Conclusion : Le néphroblastome illustre particulièrement l'intérêt d'une prise en charge thérapeutique multidisciplinaire et spécialisée des cancers de l'enfant.

RS105. Etude épidémiologique-clinique du tétanos en réanimation à l'hôpital régional de Thiès

Diaw M¹, Leye PA¹, Ndao CAT², Cisse BB², Ndiaye F², Diouf E¹

1. Service d'Anesthésie-Réanimation CHU Aristide Ledantec- UCAD Dakar
2. Service d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Régional Thiès - UFR Thiès

Introduction : Quasi disparu dans les pays développés, le tétanos demeure encore un problème de santé publique dans les pays en voie de développement. Au Sénégal, malgré la mise en œuvre du PEV, le tétanos est encore présent et pose un problème de prise en charge en milieu hospitalier.

Objectif : préciser les aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques du tétanos à Thiès.

Patients et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur les dossiers de patients admis en Réanimation de l'Hôpital régional de Thiès pour tétanos de Janvier 2013 à Mai 2016. Nous avons analysé les paramètres épidémiologiques, cliniques et évolutifs.

Résultats : Durant la période d'étude, nous avons colligé 21 cas de tétanos soit une incidence annuelle de 5 cas, avec 17 patients de sexe masculin (81%) et 4 de sexe féminin (19%). Le sex-ratio était de 4,25. L'âge moyen était de 38 ans (5 et 75 ans). Huit patients résidaient en dehors de la région de Thiès, 7 vivaient dans la région et 6 dans le département. Les patients provenaient des urgences médicales (10 cas), des urgences chirurgicales (5 cas), du service de pédiatrie de l'hôpital (2 cas) et 4 patients étaient référés par les districts sanitaires en périphérie de Thiès. La porte d'entrée du bacille tellurique était représentée par une plaie traumatique négligée dans 12 cas, une plaie dans les suites opératoires d'une chirurgie dans 2 cas, une otite purulente dans 1 cas ; dans 6 cas nous n'avions pas retrouvé

de porte d'entrée. La durée d'incubation était inférieure ou égale à 7 jours dans 7 cas (n=12), la période d'invasion était inférieure à 2 jours dans 7 cas (n=11). L'examen physique retrouvait un trismus dans 95% des cas, des paroxysmes dans 90% des cas, une température supérieure à 38°4 dans 28% des cas et une tachycardie dans 34% des cas. Selon le score de Dakar, les patients étaient répartis en 34% de tétanos groupe I, 52% de tétanos groupe II et 14% de tétanos groupe III tandis que selon le score de Mollaret nous avions 6% de tétanos fruste, 47% de tétanos aigu généralisé et 47% de tétanos grave. Le traitement était constitué de la sérothérapie antitétanique, des soins locaux de la porte d'entrée, de la sédation (diazépam), myorelaxation (Dantrolène, Baclofène) d'une antibiothérapie à base de métronidazole, céphalosporines de 3^e génération, d'une oxygénation par masque facial simple et d'une ventilation invasive en cas de blocage thoracique. L'évolution était favorable dans 48% des cas (transéat=7 et exéat=3) et le décès était survenu dans 52% des cas (n=11). Le séjour moyen en Réanimation était de 8 jours avec des extrêmes de 24h et 26 jours d'hospitalisation. Les causes de décès étaient dominées par le choc septique dans 7 cas et l'hyperkaliémie dans 4 cas.

Conclusion : Malgré le PEV, l'incidence du tétanos reste encore élevée, touchant principalement les hommes, avec une évolution rapide vers les formes graves.

RS106. Pratique anesthésique pour urgences digestives pédiatriques à l'hôpital Aristide Ledantec

Diaw M, Leye Pa, Ndiaye PI, Gaye I, Ba EB, Diop Ehn, Belem F, Diouf E

Service d'Anesthésie-Réanimation CHU Aristide Ledantec – Dakar

Introduction : La gestion anesthésique des urgences abdominales constitue toujours un véritable challenge du fait de l'état hémodynamique souvent précaire des patients et du risque d'estomac plein. Le but de ce travail est d'étudier la prise en charge anesthésique des urgences abdominales chez l'enfant au CHU Aristide Ledantec.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective allant du 1^{er} Juin 2016 au 31 Août 2016 portant sur les patients d'âge inférieur ou égal à 16ans, ayant bénéficié d'une anesthésie pour abdomen chirurgical. L'âge, le sexe, la pathologie chirurgicale, la technique anesthésique, les drogues utilisées et l'issue du malade ont été les paramètres étudiés.

Résultats : Durant la période d'étude, nous avons colligé 41 patients, avec 30 patients de sexe masculin (73%) et 11 patients de sexe féminin (27%) et un sex-ratio de 2,7. L'âge moyen était de 9 ans avec des extrêmes allant de 3 jours à 16 ans. Le délai moyen de consultation était de 4 jours. La classe ASA II-U était prédominante avec 44% des cas, suivie de la classe ASA I-U avec 36% des cas. L'étude de la pathologie chirurgicale montrait une pathologie appendiculaire dans 41,5% des cas, une péritonite dans 31,5% des cas, une invagination intestinale aiguë dans 17% des cas, un syndrome occlusif, une hernie ombilicale et une plaie pénétrante abdominale dans 2,5% des cas. Les signes

cliniques étaient dominés par la douleur abdominale (83%), les vomissements (83%), la fièvre (61%), un cri de l'ombilic (24%). La fréquence cardiaque moyenne était de 115 bpm. Une préparation hémodynamique pré-opératoire était nécessaire dans 53% des cas. Une antibiothérapie était réalisée chez 83% des enfants et une antibioprophyllaxie chez 17%. L'anesthésie générale a été pratiquée chez tous les enfants et 95% avaient bénéficié de l'administration de suxamethonium dans le cadre de l'induction à séquence rapide. L'hypnotique le plus utilisé était le propofol (63,5%) suivi du thiopental (34%) et de la kétamine (2,5%). L'entretien était réalisé par l'halothane dans 87% des cas et l'isoflurane dans 12%. En per-opératoire la PAM moyenne était de 8,6cmHg, la diurèse de 40cc/h pour un remplissage moyen de 650cc par intervention. Les actes chirurgicaux duraient entre 30 et 255 minutes et l'anesthésie entre 60 et 450 minutes. 38 patients (93%) ont été extubés sur table et transférés en SSPI tandis que 3 patients (7% des cas) ont été transférés en Réanimation essentiellement du fait de la longueur de la chirurgie et pour retard de réveil. La morbidité et la mortalité post-opératoires étaient de 4,8%.

Conclusion : L'anesthésie pour abdomen chirurgical chez l'enfant reste toujours un défi du fait du retard diagnostique, de la fragilité du terrain et de l'insuffisance des moyens techniques.

Résumés des conférences

C01. Le choc hypovolémique : démarche diagnostique, thérapeutique et pronostique

Pr WADE Khalifa Ababacar

Service d'Accueil des Urgences-Hôpital d'Instruction des Armées Principal de Dakar/Sénégal

Résumé

L'état de choc se définit comme une défaillance circulatoire aiguë dont le mécanisme peut être soit une hypovolémie, une défaillance myocardique, une obstruction du lit vasculaire ou des perturbations de la distribution et de l'extraction d'oxygène. C'est différents mécanismes peuvent s'intriquer surtout si l'état de choc se prolonge dans le temps. Le choc hypovolémique se caractérise par une baisse du volume intravasculaire responsable d'une chute du débit cardiaque secondaire à la diminution du retour veineux au cœur (diminution de la pré-charge cardiaque). Ils sont la conséquence d'une hypovolémie dite « absolue » suite à une hémorragie, des pertes digestives (diarrhées, vomissements importants), brûlures étendues, défaut d'hydratation. Nous limiterons notre propos à la prise en charge du choc hémorragique qui est le modèle type d'hypovolémie aiguë qui en sus de la baisse du débit cardiaque lié à l'hypovolémie associe une diminution du transport d'oxygène lié à l'anémie aiguë.

Nos objectifs seront de donner les principes de base de la prise en charge du choc hémorragique, à la phase précoce, en pré et en intrahospitalier.

A la phase initiale d'un choc hémorragique, le contrôle du saignement reste capital par des gestes d'hémostase chirurgicales, radio-interventionnelle et ou associés à des moyens pharmacologiques le tout dans le cadre de protocoles déjà mis en place et dans une approche

multidisciplinaire. Il faut éviter une aggravation du saignement par une dilution des facteurs de la coagulation, une recherche d'objectifs de pression artérielle excessifs, et un retard de traitement d'une éventuelle coagulopathie. Un certain degré d'hypotension artérielle (pression artérielle systolique (PAS) = 80-90 mmHg, en l'absence de traumatisme crânien grave) peut être toléré. Les cristalloïdes doivent être utilisés en première intention à la phase initiale sauf s'ils s'avèrent insuffisants pour rétablir la volémie auquel cas les spécialités à base d'hydroxyéthylamidons (HEA) si elles ne sont pas contre-indiquées peuvent être utilisées. Après avoir débuté un remplissage vasculaire, et en cas de persistance d'une hypotension (PAS < 80 mmHg), il faut probablement administrer un vasopresseur de préférence de la noradrénaline en première intention. La voie d'abord utilisée dans le cadre de l'urgence est une voie périphérique de gros calibre (18-16 gauge). L'utilisation d'antifibrinolytique tel que l'acide tranexamique doit être large et précoce dans les trois premières heures du choc hémorragique. Dès que possible dans les trois premières heures de la survenue d'un choc hémorragique. La transfusion de concentrés de globules rouges (CGR) doit être précoce associée au plasma frais congelé dans un ratio 1/1 ou 1/2 et éventuellement une transfusion plaquettaire pour un objectif de taux de plaquette de 50.000/mm³ (100.000/mm³ en cas de traumatisme crânien associé).

C02. Problèmes posés par l'anesthésie de la personne âgée

Nkoumou S ; Nga Nomo S ; Chewa G. Iroume C ; Ze Minkande J.

Centre hospitalier d'ESSOS Yaoundé - Cameroun

Introduction

Le vieillissement physiologique se caractérise par une altération des réserves fonctionnelles des organes. Ceux-ci ne peuvent plus faire face à une augmentation brutale des besoins.

L'âge chronologique joue un rôle chez le grand vieillard dans l'évolution des états morbides. Le bilan préopératoire doit donc évaluer les capacités d'adaptation restante de l'organisme.

La pharmacocinétique et la pharmacodynamie des médicaments d'anesthésie sont modifiées chez le grand vieillard. La prudence commande de minorer les posologies, d'utiliser les médicaments de durée et de délai d'action courts, de les titrer et de monitorer leurs effets.

PLAN

Objectifs

Introduction

Définition

Données épidémiologiques

Pathologies associées

Effets du vieillissement

Choix du monitoring

Choix de la technique d'anesthésie

Surveillance Spécifique

Période post opératoire

Conclusion

Objectifs

Objectif général : prise en charge médico-chirurgicale de la personne âgée lors d'une intervention chirurgicale pour un retour rapide à une autonomie optimale dans un environnement connu

Objectif spécifique : le vieillissement se caractérise par une altération des réserves fonctionnelles des organes qui doit être pris en compte.

Définition

Il n'y a pas de consensus sur la définition d'une personne âgée. Certaines études mettent la barre à 65 ans, d'autres beaucoup plus tardivement. Faute d'une définition claire, nous bâtissons notre propos sur la littérature disponible qui concerne souvent des personnes âgées de plus de 65 ans ou 70 ans et présentant un déficit fonctionnel.

Enfin, il est habituel d'affirmer que c'est l'âge physiologique et donc l'état de santé pré opératoire qu'il faut prendre en compte comparé à l'âge chronologique ; d'où l'importance de l'évaluation préopératoire.

Données épidémiologiques

On distingue :

Gérontins : entre 65 et 74 ans

Vieillards entre 75 et 84 ans

Grands vieillards 85 et plus

Après 85 ans, 1/2 est ASA 3 et plus

Age physiologique et âge chronologique

Pathologies associées

« Aging, natural death and the compression of morbidity » Fries *JF N Engl J Med*, 1980

Les conséquences du vieillissement :

Elles peuvent se résumer à une perte fonctionnelle de tous les organes ;

Il s'agit surtout du

Système nerveux avec le déclin cérébral et l'augmentation des concentrations tissulaires enzymatiques tel que le Monoamino – Oxydase. Il y a par ailleurs l'inactivation de certains neurotransmetteurs (*Muravchick S 1997*).

Fonctions respiratoires du sujet âgé *Donevan J Appl Physiol 1959*

Diminution la pompe ventilatoire

Diminution de la force des muscles respiratoires

Augmentation de la rigidité de la cage thoracique et altération des capacités élastiques

Altération du rapport ventilation – perfusion (V/P)

Altération du contrôle ventilatoire

Inadéquation à une augmentation de la consommation d'oxygène VO₂

Fonctions cardiovasculaires du sujet âgé

Diminution de l'adaptation aux situations de stress

Augmentation de la fréquence des maladies cardiovasculaires

Il n'y a pas de réserve à l'effort : il faudra donc :

Prévenir et traiter les hypotensions

Éviter les retards de remplissage

Tolérer les élévations modérées de la PA

Grand âge et facteurs de risques

« L'Age en soi ne semble pas être un facteur de risque de survenue de complications respiratoires postopératoires alors qu'il est un facteur prédictif de survenue de complications coronariennes en chirurgie non cardiaque » *Juvin P, SFAR 1999*

Fonction rénale du sujet âgé

On note une diminution de la vascularisation, de la filtration glomérulaire et des fonctions tubulaires. Ceci fait de la personne âgée un patient à haut risque d'insuffisance rénale aigüe (IRA) avec mauvaise adaptation au stress. Il faudra donc faire attention aux hypotensions artérielles et à l'hypovolémie

Squelette et peau du sujet âgé

Il y a un risque d'ostéoporose, d'arthrose, de fracture et de luxation voir un risque de nécrose cutanée. Il faudra donc attention à la posture.

Influence du vieillissement sur la pharmacocinétique des médicaments

Distribution

Diminution de la masse maigre et de l'eau et augmentation de la masse grasse avec comme conséquence augmentation de l'effet des médicaments tel que les benzodiazépines. Par ailleurs, on a une diminution de l'albuminémie et une augmentation l' α_1 glycoprotéine.

Élimination

Au niveau du foie : il ya une diminution du débit sanguin hépatique ; augmentation de la demie vie (T1/2Si le coefficient d'extraction hépatique est élevé (Etomidate)

Au niveau du rein : diminution du débit sanguin rénale et de la filtration glomérulaire ; les curares non dépolarisants devront donc utiliser à 50% de la dose habituelle.

La poly médication du sujet âgé

Le patient âgé est souvent l'objet d'une poly médication avec risque d'inter action médicamenteuse et de confusions.

Choix du monitoring

Le monitoring dépend de la chirurgie et de l'anesthésie ainsi que du terrain

Titration des hypnotiques

Etomidate

Souvent utilisé en agent d'induction, son administration doit se faire plus lentement en diminuant les doses.

Thiopental

Le volume central de distribution est diminué tandis la concentration plasmatique est augmentée (stansky DR, anesthesiology 1990), il faudra alors réduire la dose de 75%, et l'injection devra être lente (Avram MJ Anesth Analg, 1993)

Le propofol

Réduction des besoins

Diminution du volume central de distribution

Diminution des clairances d'élimination

Augmentation de la concentration plasmatique

L'Induction se fera à dose modérée : $< 0, 9\text{mg.kg}^{-1}$ en 2min (Peacock JE BJA, 1992)

L'injection à la seringue électrique se fera à des doses permettant de maintenir une concentration cible quelque soit l'âge

Le temps nécessaire pour voir diminuer la concentration cible à l'arrêt de la perfusion est plus court chez le grand vieillard

Propofol en mode AIVOC

Il faudra diminuer la vitesse d'induction ($> 2\text{min}$) et diminuer les posologies pour une stabilité hémodynamique

Les concentrations cibles seront inchangées

Les doses utilisées seront diminuées pour obtenir un réveil plus rapide que le sujet jeune

Halogénés

Ils modifient le rapport Ventilation /Perfusion

Ils augmentent le délai d'action

La masse grasse est augmentée

La CAM est plus faible chez sujet âgé

Le réveil est plus rapide si l'halogéné est peu soluble (desflurane > isoflurane > propofol) (Juvin P, Anesth Analg 1997)

Morphinomimétiques

Il faut Diminuer les posologies car ils augmentent l'intensité et la durée d'action de la morphine ainsi que la demie – vie d'élimination.

Sufentanil, fentanyl, alfentanil : ils augmentent les concentrations pour un même effet EEG

Remifentanil : diminuer des posologies

Les curares et le sujet âgé

Ils augmentent le délai d'action : célocurine, et du Norcuron : $0, 1\text{mg.kg}^{-1}$ 8min pour intubation (Koscielniak-nielsen ZJ, Anesthésiologie, 1993)

Diminution des besoins en entretien : norcuron, mivacron, esmeron

Pas de modification de la durée d'action de l'atracurium

Minorer les doses lors des réinjections

Monitorer la curarisation

Décurariser largement

Majoration des doses de néostigmine

Doppler œsophagien

Il a un intérêt en chirurgie orthopédique et viscérale

Il permet l'optimisation du remplissage. Ceci a pour conséquences une diminution des complications post opératoires ainsi que de la durée d'hospitalisation (Venn BJA 2002)

Choix de la technique

Anesthésie Générale vs Anesthésie rachidienne

Les idées reçues : Rachianesthésie : mortalité moindre (Mc kenzie BJA 1984)

Les 2 se valent quand elles sont correctement réalisées (Badner NH Anesthesio, 1998)

Attention rétention d'urine

Décompensation cardiaque

Troubles cognitifs et hypotension

Confort si chirurgie longue

Si position non physiologique

Anesthésie Générale vs Anesthésie locorégionale non rachidienne

Peu ou pas d'effets systémiques

Place des anesthésies péribulbaires $> 16\%$ tous âges confondus. Ceci est mal évalué

Place de l'anesthésie ambulatoire ?

Oui (Sager MA, Arch Intern Med, 1996)

Critères de sélection stricts

Pas de gêne à la vie habituelle (préhension, vision, audition)

Entourage familial fiable

Securite surveillance spécifique

Prévention de l'hypoxémie du sujet âgé. Pré oxygénation systématique

Induction ou anesthésie en VS en procubitus

Prévention de l'altération de la réponse à l'hypoxémie et à l'hypercapnie

Agents de courte durée d'action

Titration et monitoring de la curarisation

Oxygénation postopératoire

Seuils transfusionnels et économie de sang

Type de produits

Au delà de 65 ans

Sans ATCD cardiovasculaires : 9g. dL⁻¹Avec ATCD cardiovasculaires : 10g.dL⁻¹**Période postopératoire et analgésie post opératoire**

Expression et évaluation plus difficile

Paracétamol++ : délai d'action plus long > 1h → administration précoce

Morphine et titration et PCA

Place de l'ALR

AINS : NON

« Près du tiers des patients très âgés, hospitalisés pour une maladie aiguë et venant de leur domicile, développent une altération de leur vie de relation à leur sortie de l'hôpital. La moitié d'entre eux garderont un handicap définitif... »
(Sager MA, Arch inter Med 1996)

Confusion post opératoire de 7 à 72%

Facteurs déclenchant

Dépressifs

Parkinson

Démence

Alcoolisme

Traitements anticholinergiques

Troubles du sommeil

Hypoxémie

Hypothermie

Infection

Troubles métaboliques

Rétention urinaire

Complications

Traitements sédatifs

Neuroleptiques

Chutes

Syndrome de glissement

References

1. **Albaladejo P.**, Le grand âge, un facteur de risque indépendant de complications postopératoires, Le Praticien en anesthésie réanimation (2012) 16, 237-241 Story D.A., Leslie K., Myles P.S., Fink M., Poustie S.J., Forbes A., et al. Complications and mortality in older surgical patients in Australia and New Zealand (the REASON study) : a multicentre, prospective, observational study Anaesthesia 2010 ; 65 : 1022-1030 □
2. **Kontinen N.**, Rosenberg P.H. Outcome after anaesthesia and emergency surgery in patients over 100 years old Acta Anaesthesiol Scand 2006 ; 50 : 283-289 □

Augmentation de la durée de séjour

Augmentation de la mortalité

Confusion post opératoire : Prévention

Réchauffement

Oxygène

Mise à disposition des prothèses auditives et visuelles

Qualité de bonnes paroles (*Inouye SK N Engl j Med, 1999*)

« L'âge lui-même est le facteur de risque majeur d'altération des fonctions cognitives trois mois après la chirurgie »

Les personnes âgées représentent une part de plus en plus importante des patients confiés à l'anesthésiste réanimateur.

L'âge physiologique est un élément important à prendre en compte dans l'évaluation du risque péri opératoire. Il n'y a pas de technique d'anesthésie idéale pour les personnes âgées. Un contrôle méticuleux des paramètres hémodynamiques est plus important que la technique d'anesthésie

Conclusion

Une meilleure compréhension des modifications physiologiques et pharmacologiques induites par l'âge est une aide précieuse pour optimiser la prise en charge anesthésique.

Une bonne évaluation préopératoire avec correction des tares associées, une bonne planification et un monitoring adéquat représentent les pièces maîtresses de la prise en charge de la personne âgée.

Une équipe multidisciplinaire comportant des anesthésistes Seniors, des chirurgiens et des internistes doit être impliquée dans la prise en charge des personnes âgées qui ont des tares physiques et donc des risques opératoires élevés.

3. **Turrentine F.E., Wang H., Simpson V.B., Jones R.S.** Surgical risk factors, morbidity, and mortality in elderly patients J Am Coll Surg 2006 ; 203 : 865-877 □
4. **Haberer JP.**, Anesthésie du sujet âgé. EMC Anesthésie-réanimation 2013 ;10(4):1-17
5. **Janssens J.P., Pache J.C., Nicod L.P.** Physiological changes in respiratory function associated with ageing Eur Respir J 1999 ; 13 : 197-205
6. **Makary M.A., Segev D.L., Pronovost P.J., Syin D., Bandeen-Roche K., Patel P., et al.** Frailty as a predictor of surgical outcomes in older pati

C03. Risques et complications de la transfusion sanguine en Afrique

Tomta K., Mouzou T., Assenouwe S., Egbohoun P., Sama Hd., Akala M.

Service d'Anesthésie-Réanimation CHU Sylvanus Olympio de Lomé (Togo)

Auteur correspondant : TOMTA Kadjika. BP : 80542 Lomé-Togo. Tél : +228 90 26 22 84. E-mail : dountg@yahoo.fr

La transfusion sanguine (TS), acte thérapeutique essentiel en médecine et en chirurgie permettant de sauver des vies humaines et de réduire la morbidité d'un grand nombre de malades, n'est pas sans danger. Des risques d'accident dont certains peuvent engager le pronostic vital existent pour tout acte transfusionnel de produits sanguins labiles (PSL) : les concentrés de globules rouges (CGR), les plaquettes et le plasma frais congelé (PFC).

En Afrique, les nombreuses contraintes dont l'inadéquation besoins/disponibilité des PSL, les insuffisances technologiques et organisationnelles dans les procédures de transfusion sanguine, exacerbent la portée de ces risques par rapport aux pays développés, et font de la sécurité transfusionnelle un défi majeur dans nos milieux.

L'objectif de cette revue était d'analyser ces risques et complications.

Les risques transfusionnels sont de 4 ordres : immunologiques, infectieux, ceux en rapport avec la transfusion massive, et ceux liés à l'organisation des soins de transfusion.

Les risques immunologiques sont liés à des phénomènes humoraux ou cellulaires et comprennent les accidents d'incompatibilité érythrocytaire dans le système ABO, et plus rarement, dans le système RH, Duffi et Kell, incompatibilité Leucoplaquettaire, dans le système HLA, et les accidents dus aux allergies, à la réaction greffon contre l'hôte, et les phénomènes d'immunomodulation. Les manifestations cliniques majeures des accidents immunologiques sont les hémolyses aigues intravasculaires, le TRALI, et le choc anaphylactique.

Les risques infectieux liés à la transfusion sanguine existent dans toutes les familles d'agents infectieux. Parmi les virus le VIH, le VHB, et le VHC sont les plus dangereux ; des

infections par les virus HTLV1 et HTLV2, le CMV, Epstein Barr virus, herpès virus humain 8, et le parvovirus B19, peuvent être transmises par la transfusion sanguine. Les nouvelles menaces sont représentées par le virus du Nil occidental, de Chikungunya, Dengue, et surtout Ebola, ou plus récemment ZICA, et la résurgence du virus de la fièvre jaune.

Le risque d'infections bactériennes transfusionnelles est surtout lié à la transfusion des plaquettes, et les bactéries les plus fréquemment retrouvées sont les staphylocoques, streptocoques et propionibactéries. La transfusion des CGR expose à la transmission de bacilles gram négatifs dont yersinia entérocolitica, yersinia pseudotuberculosis, et klebsiella pneumoniae. Les parasitoses post transfusionnelles sont dominées par le paludisme, mais le risque existe également pour les trypanosomiasés, la toxoplasmose, et les filarioses. Les risques liés à la transfusion massive comprennent les accidents de surcharge (OAP), les hyperkaliémies et hypocalcémies, et l'hypothermie. Les risques transfusionnels liés à l'organisation des soins sont dominés par l'erreur humaine, les retards, l'insuffisance ou l'absence d'approvisionnement en PSL et leurs conséquences.

Conclusion : En Afrique, du fait de la présence de nombreux facteurs spécifiques, les incidences et les conséquences de ces risques sont élevés, mais difficiles à quantifier du fait de l'hétérogénéité des pratiques et des contextes. Des efforts en termes d'organisation, de plateau technique pour améliorer la qualité et la disponibilité des PSL, et de technique de transfusion, sont indispensables, pour atteindre les objectifs de sécurité transfusionnelle.

Mots clés : Transfusion sanguine, risque immunologique, risque infectieux, produit sanguin labile, Afrique

C04. Anesthésie chez le patient avec hypertension artérielle sévère

Kilembe A.

Département d'Anesthésie-Réanimation. Cliniques Universitaires de Kinshasa

Objectifs pédagogiques de la présentation :

Etre capable de comprendre les notions de l'Anesthésie sur l'hypertension Artérielle sévère

Etre capable de préparer le patient hypertendu sévère pour une anesthésie

Etre capable de choisir le protocole anesthésique adapté

Etre capable de surveiller le patient hypertendu en per et post opératoire

PLAN :

Introduction

1. Epidémiologie
 2. Physiopathologie
 3. Prise en charge péri-opératoire
- Conclusion

Introduction

L'hypertension artérielle est une maladie fréquente. Elle représente la comorbidité la plus fréquente chez les patients opérés [1,2]. Sa prise en charge de plus en plus codifiée nécessite une attention particulière afin de pouvoir garantir des meilleures suites opératoires chez les patients pris en charge en chirurgie non cardiaque.

Définition

L'hypertension artérielle est définie par l'élévation de la pression artérielle systolique supérieure ou égale à 140 mmHg ou supérieure ou égale à 90 mmHg pour la PA diastolique [3,4].

Nous nous intéresserons à l'**Hypertension artérielle sévère** qui est défini par une PA systolique est supérieure ou égale à 180 mmHg et une PA diastolique supérieure ou égale à 110 mmHg [3,4]. Cette dernière entraîne une mise en jeu du pronostic vital à court terme et sa prise en charge est ambulatoire avec des molécules prise par voie orale en quelques semaines pour stabiliser les chiffres tensionnels. Il est important de définir les situations suivantes :

Les urgences hypertensives : situation où l'élévation de chiffres tensionnels s'accompagne de signes de souffrances viscérales, mettant en jeu le pronostic vital à très court terme entraînant de ce fait une hospitalisation et un traitement hypotenseur par voie parentérale (IV).

La Pré-éclampsie : Présence d'une urgence hypertensive en dessous des valeurs définies par le grade 3 (HTA sévère) et qui s'accompagne d'une souffrance viscérale.

La prise en charge tient compte de la grossesse qui est le cadre dans lequel elle se développe.

En ce qui concerne les urgences hypertensives, notre préférence a été portée sur la définition Française [5] qui diffère un peu de certains groupes anglo-saxons [6], qui distinguent dans ce groupe 2 sous entités notamment,

L'Urgence extrême dite « **Emergencies** » avec mise en jeu immédiate du pronostic vital et nécessite une efficacité thérapeutique dans un délai d'une heure.

L'Urgence différée (« **Urgencies** ») qui s'accompagne d'un retentissement organique sévère mais ne met pas en jeu immédiatement la vie du patient et nécessite une efficacité thérapeutique dans les 24 heures. Le traitement P.O en général suffit.

Epidémiologie

La prévalence de l'hypertension artérielle dans la population adulte est de 15 % et de 25 % après 80 ans [2]. Au total, 31 % de patients de plus de 18 ans sont hypertendus [2]. Trente pour cent seulement des hypertensions artérielles sont connues et traités [6,7,8,9].

Étiologie

La grande majorité de cause d'hypertension artérielle est essentielle ; soit 95 %. Dans seulement 5 % de cas, on retrouvera une cause secondaire spécifique [2].

Dans le tableau suivant, l'auteur présente des causes secondaires d'hypertension artérielle. Il est important de connaître ces causes en vue de maximiser la stratégie anesthésique.

Tableau 1. Causes secondaires d'HTA

Pathologie médicales fréquentes	Pathologies médicales rares	HTA d'origine pharmacologique	Urgences hypertensives
Pathologies rénales : -Néphropathie parenchymateuse -HTA Réno-vasculaire Endocrinopathie : -Phéochromocytome -Maladie de Cushing -Hyperaldostéronisme -Hyperthyroïde -Tumeurs sécrétante de la rénine -Coarctation de l'Aorte -SAOS	Tumeur à rénine Sd adréno-génital Acromégalie Hypercalcémie Dysautonomie familiale	Caféine Chlorpromazine Cocaïne Ethanol Ciclosporine Inhibiteur de la MAO Nicotine AINS Contraceptifs oraux Corticoïdes Sympathomimétiques Décongestionnants nasal Anorexigènes	Iers signes d'HTA essentielle

Il existe en outre des facteurs de risque qui se répartissent en facteurs de risque modifiables et en facteurs de risque non modifiables.

Les facteurs de risque non modifiables : L'âge, le sexe, Les facteurs materno-fœtaux et les facteurs génétiques

Les facteurs de risque modifiables : La consommation sodée, la sédentarité, la surcharge pondérale, la consommation d'alcool, le stress et les facteurs socio-économiques

Physiopathologie

Les déterminants de la Pression artérielle

$$PA = Q \times RVP$$

La Pression artérielle est la conséquence des interactions cœur-vaisseaux. La pression artérielle est régulée par :

Des boucles de régulation neuroendocriniennes

Le système Rénine Angiotensine Aldostérone

Le système nerveux autonome

L'excrétion endothéliale de facteurs vasoactifs [7,8,9]

Très sollicité en péri-opératoire, ces différents facteurs permettent de limiter les variations hémodynamiques. Ainsi, les interactions entre ces déterminants doivent être connues pour limiter les variations hémodynamiques péri-opératoires.

Le système nerveux autonome agit à la fois sur le cœur et les vaisseaux. Une stimulation adrénergique a pour conséquence :

L'augmentation de la contractilité du myocarde : Inotrope +

L'augmentation de la fréquence cardiaque : Chronotrope +
L'accélération de la conduction auriculo-ventriculaire.

Sur les vaisseaux, le système nerveux sympathique réagit plus au niveau artériel entraînant une vasoconstriction. Ce système nerveux sympathique stimulé par l'intubation ou la chirurgie présente des effets qui peuvent être limités par l'action de « l'arc réflexe » avec les barorécepteurs du sinus carotidien et de la crosse aortique (Haute pression) et de l'oreillette droite, la veine cave et l'artère pulmonaire (Basse Pression).

Les barorécepteurs à haute pression auront une action frénatrice en inhibant le tonus sympathique.

Le Parasympathique inhibiteur a une action moins importante.

Le système Rénine Angiotensine Aldostérone :

L'Angiotensine II qui est effecteur de ce système agit sur la pression artérielle par :

L'Augmentation du tonus des systèmes résistifs et capacitifs grâce à la présence des récepteurs à l'Angiotensine II (Effet direct) et la diminution de la complication de grosses artères aura pour conséquence une augmentation de la pression artérielle.

L'augmentation de l'inotropisme majoré par l'augmentation du retour veineux grâce à un effet direct de l'Angiotensine sur le myocyte cardiaque (Loi de Starling)

La potentialisation du système sympathique ou l'inhibition du parasympathique qui entraîne l'augmentation de la pression artérielle (Effet indirect)

L'excrétion de l'Aldostérone qui entraîne une réabsorption rénale de sel et de l'eau ; ce qui augmente le volume sanguin circulant.

L'action des facteurs locaux tel que la vasopressine, les endothélines, le monoxyde d'azote qui interviennent moins en péri-opératoire.

Altérations du système cardio-vasculaire consécutives à l'hypertension

L'HTA essentielle, liée à une augmentation isolée des résistances vasculaires artérielles, s'accompagne d'anomalies de la paroi artérielle, de la régulation de la PA et de la fonction cardiaque [3,4,7].

Nous aurons ainsi comme conséquences : des anomalies de la paroi artérielle, des altérations du système de régulation de la pression artérielle et une dysfonction diastolique myocardique.

Prise en charge et stratégie anesthésique péri-opératoire Période préopératoire

Cette stratégie ne peut se concevoir qu'en évaluant précisément le risque cardiaque des patients.

Il faut réaliser une préparation préopératoire des patients à risque, équilibrer de la pathologie et l'institution de traitements cardioprotecteurs [1, 6].

Deux circonstances différentes peuvent être envisagées.

Chirurgie programmée : Une HTA sévère non contrôlée est découverte, il est préférable de pouvoir pratiquer l'anesthésie chez un patient dont les chiffres de pression artérielle sont inférieurs à 200/110 mmHg.

En Urgence: Il n'y a pas suffisamment de temps pour corriger les chiffres tensionnels de manière progressive et durable. Ce qui expose davantage le patient.

Il existe essentiellement deux motifs pour justifier le renvoi d'une intervention chirurgicale [7] :

Améliorer l'état pathologique lié à des lésions d'un organe cible si cela peut diminuer le risque opératoire (exemples : ischémie coronarienne, sténose carotidienne) ; Investiguer une lésion organique suspectée si les résultats peuvent modifier la prise en charge du patient (exemple : phéochromocytome).

Évaluation du risque lié à l'HTA

La première étape consiste à mesurer les chiffres de PA et à procéder à des examens cliniques et électrocardiographiques.

Il faut ensuite rechercher toutes les pathologies sous-jacentes, fréquemment associées à la maladie hypertensive, en particulier les pathologies coronaires, cérébrales, rénales et oculaires.

La deuxième étape consiste à évaluer le risque de complications postopératoires du patient en fonction des données de l'examen et de l'intervention chirurgicale programmée.

-La principale complication cardiovasculaire postopératoire est le dommage myocardique. La survenue d'épisodes d'ischémie myocardique périopératoire est majorée chez les opérés hypertendus. Elle est particulièrement élevée chez les opérés dont la pression artérielle n'est pas parfaitement contrôlée par un traitement médical adapté avant l'intervention [5,7].

Évaluation du risque cardiaque inhérent à l'anesthésie et à la chirurgie

Les cardiopathies hypertensives ne sont pas considérées comme faisant partie des facteurs de risque cardiaque en chirurgie non cardiaque. L'hypertension artérielle représentant un risque de complication viscérale intervient dans la morbidité péri-opératoire. Equilibrer une hypertension artérielle mal contrôlée et éventuellement une cardiopathie hypertensive devrait être un préalable incontournable [8,11,12].

Gestion des médicaments antihypertenseurs

Des études ont démontré l'intérêt d'administrer lors de la prémédication le traitement bêtabloquant et/ou inhibiteur calcique pris habituellement par le patient.

Dans toutes les études où les bêtabloquants ont été administrés à titre préventif pendant la période opératoire pour limiter la survenue d'événements ischémiques, aucune anomalie circulatoire n'a été notée chez les patients ayant reçu un bêtabloquant [1].

De même, la fréquence de survenue des épisodes d'hypotension artérielle n'a pas été majorée. C'est pourquoi les bêtabloquants peuvent être administrés avec une relative sécurité dans le cadre de la période opératoire.

Pour les Anticalciques,

La tolérance péri-opératoire des inhibiteurs calciques de la classe des dihydropyridines est bonne, avec un effet additif modéré sur la baisse de la PA [1].

Ces médicaments, poursuivis jusqu'à la prémédication, permettent de garder une HTA bien contrôlée, mais ils sont inefficaces pour éviter les poussées hypertensives per opératoires.

Les Autres Antihypertenseurs,

Sous anesthésie ; - la contribution du SRA au maintien de la PA est importante, et

Pourrait être altérée par certains agents anesthésiques [1, 3,10]. Le blocage de l'action de l'angiotensine II par les IEC ou les antagonistes AT-1 peut donc conduire à la survenue d'hypotensions parfois sévères et réagissant mal aux catécholamines, notamment en cas d'hypovolémie ou sous anesthésie locorégionale. D'autre part, il n'y a pas de bénéfice hémodynamique au blocage du SRA et l'arrêt du traitement n'entraîne pas de sevrage [1,3,10]. Le traitement doit donc être interrompu avant l'intervention.

La sympatholyse centrale induite par les agonistes beta 2-adrénergiques comme la clonidine, atténue les réponses hémodynamiques aux stimulations nociceptives et peut réduire l'incidence de l'ischémie myocardique.

Cependant, la réduction de la mortalité péri-opératoire n'est pas démontrée et elle exerce un effet sédatif qui rend son maniement malaisé. Lorsqu'il s'agit d'un traitement habituel du patient, la clonidine doit être poursuivie car son arrêt brutal expose à un syndrome de sevrage.

Période per opératoire

L'anesthésie générale est préférée si l'HTA n'est pas équilibrée [6]. Sinon seules les anesthésies locales peuvent être envisagées, les anesthésies rachidiennes sont contre-indiquées.

L'objectif est d'éviter l'instabilité hémodynamique ou plus exactement d'en limiter l'amplitude car il est pratiquement impossible de la supprimer compte tenu des caractéristiques intrinsèques du système circulatoire.

L'hypotension reste en pratique le risque principal associé à une surmortalité et à une surmorbidity.

L'opportunité d'administrer un traitement antihypertenseur en urgence avant l'induction anesthésique ne se justifie que si l'hypertension a des conséquences néfastes concrètes (OAP, ischémie myocardique, céphalées).

Induction :

L'utilisation de morphiniques à doses suffisantes pour supprimer ou atténuer fortement les conséquences de la laryngoscopie ou de l'intubation est impérative. Ceci est obtenu généralement par l'injection de fentanyl 4 à 6 mcg/kg ou de sufentanil 0,4 à 0,6 mcg/kg au moins 3 minutes avant l'induction. Celle-ci est réalisée par un hypnotique à dose suffisante pour obtenir une narcose de bonne qualité sans provoquer une hypotension trop marquée. Le choix du curare est de moindre importance [6].

Entretien :

En phase de maintien, la poussée hypertensive peut se présenter sous des aspects variables, mais la première

mesure est de s'assurer que la profondeur de l'anesthésie est adéquate et que l'analgésie est suffisante.

Ensuite, une palette d'antihypertenseurs est à disposition. Le choix entre ces différentes possibilités peut se faire sur base de la simplicité d'administration.

Ces antihypertenseurs peuvent avoir pour conséquence telles que la tachycardie pour le patient coronarien ; Action inotrope négative ; action préférentielle sur la postcharge ou la précharge ; effet sur les coronaires : augmentation du flux distal, risque de vol, durée d'action.

En pratique, l'attitude pour le traitement de la crise hypertensive per opératoire consiste en approfondissement de l'anesthésie/analgésie ; Isoflurane 5% ; Phentolamine, bolus répétés 1 mg ; Nitroprussiate de Na, 0.3-3 mcg/kg/min.

En cas d'ischémie myocardique associée : Nitroglycérine, bolus 20 mcg, perfusion 1-10 mcg/kg/min ; Esmolol, bolus répétés 10 mg.

Si spasmes coronariens : diltiazem 0.1-0.1 mg/kg/h.

Réveil

Le réveil est la période où le risque d'accès hypertensif est important. Seules les élévations durables, importantes ou mal tolérées de la PA devront faire l'objet d'une action thérapeutique. Certaines phases du réveil (extubation, mobilisation, douleur, pression,) sont habituelles avec des accès hypertensifs de durée brève ne justifiant pas souvent une action thérapeutique.

Période Post-opératoire

Le traitement et la prévention des accès hypertensifs en post-opératoire repose sur 3 points :

Identification du facteur déclenchant curable ; défaut d'analgésie, hypercapnie, anxiété, arrêt de la thérapeutique antihypertensive initiale.

En cas de persistance de l'hypertension malgré la correction des facteurs ci-haut cités, la mise en route d'un traitement spécifique se verra justifiée. Dans l'attente d'une reprise de traitements antérieurs, la voie intraveineuse avec des médicaments à courte demi-vie seront privilégiés.

Le risque de voir apparaître une chute trop importante de la pression artérielle lors du traitement des épisodes hypertensifs post-opératoires : ce risque est faible avec les inhibiteurs calciques et la sédation post-opératoire.

Les bêta-bloquants ont une utilisation limitée dans l'HTA post-opératoire. En diminuant la contractilité du myocarde et le débit cardiaque sans lever la vasoconstriction artériolaire périphériques, ils exposent à la survenue d'une insuffisance ventriculaire gauche.

Mais une fois la vasoconstriction artérielle périphérique levée par un vasodilatateur, des doses fractionnées de bêtabloquant peuvent être administrés pour limiter un éventuel Sd hyperkinétique. L'Esmolol, du fait de sa demi-vie courte peut être proposé à cet effet.

Conclusion

La gestion de la période anesthésique chez le patient hypertendu sévère doit être adaptée aux modifications physiologiques que la pathologie et ses traitements entraînent.

L'HTA péri-opératoire survenant le plus souvent chez l'hypertendu déséquilibré devait être géré d'abord par une stratégie anesthésique correcte puis par des agents antihypertenseurs si nécessaire.

Le réveil et le post-opératoire nécessitent également une surveillance particulière avec les adaptations qui s'imposent.

References

1. **Benjamin Bonnot, Romain Pirracchio**, Management of arterial pressure in hypertensive patients during anesthesia, *Le Praticien en Anesthésie Réanimation* (2012) 16, 256-262
2. **Sene Biram E.J.**, Prise en charge péri-opératoire de patients souffrants de pathologie cardiovasculaire en chirurgie non cardiaque, Thèse, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Décembre 2002
3. **E. Samain, E. Brocas, J. Marty**, Hypertension artérielle et Anesthésie, *Manuel Pratique d'Anesthésie*.
4. **Recommandations et argumentaire**, Poussé hypertensive de l'adulte, Elévation tensionnelle sans souffrance viscérale immédiate et urgences hypertensives, Agence Française de sécurité sanitaire de produits de santé, Mai 2002
5. **J. Marty**, Anesthésie de l'Hypertendu non traité, IV^e journée normande d'Anesthésie Réanimation, Novembre 2005
6. **N. Sekkali, L. Ouaha, I. Lahlou, H. Akoudad**, Les Urgences Hypertensives, *Journal Marocain de Cardiologie III*, 2011
7. **T. Barbry, P. Coriat**, Hypertension artérielle anesthésie, *EMC -Anesthésie Réanimation 1* (2004) 25-53
8. **6^e Conférence des Ministres de la santé de l'union Africaine**, Etat de l'hypertension artérielle en Afrique, Avril 2006
9. **Longo Mbenza, Beya Efini, Ekwanzala, Mbuyamba Kabangu, Bieleli, Mupepe M et coll**, Enquête sur les facteurs de risques des maladies non transmissibles à Kinshasa, Novembre 2006
10. **S. Samy Modeliar, I. Vaida, J. Maizel, N. Airapetian, B. de Cagny, M. Slama**, Hypertension artérielle en Réanimation, *Réanimation* (2008) 17,137-145
11. **F. Lenfant et al.** Evaluation du risque cardiologique en vue d'une anesthésie pour une chirurgie non cardiaque : Qu'attend le médecin Anesthésiste-Réanimateur de la consultation spécialisée auprès d'un cardiologue ? *Annales de Cardiologie et d'Angéologie* 54 (2005)179-183
12. **Précis d'Anesthésie cardiaque**, Affections médicales en Anesthésie cardiaque, Novembre 2013.

C05. Méningo-encéphalites tropicales

Tetchi Y. D, Netro D, Tanoh C.

Introduction

La méningo-encéphalite est une inflammation du cerceau et des méninges. Elle relève des causes infectieuses primaires et post infectieuses. En zone tropicale, les causes virales sont dominées les arboviroses transmises par les arthropodes (moustique, tique). Les formes cliniques chez les immunodéprimés sont graves et de mauvais pronostic. La suspicion diagnostique nécessite la recherche des complications et leur prise en charge.

Epidémiologie

- Les zones intertropicales entre les tropiques capricorne et cancer de l'Afrique, l'Amérique latine et l'Asie ont pratiquement les mêmes problèmes. Les arboviroses à l'origine des méningo-encéphalites sont transmises par des arthropodes (moustique, tique) soit de l'espèce animale à l'homme soit interhumain. Elles constituent un problème majeur de santé publique se traduisant soit par une épidémie soit par une pandémie.
- Les arboviroses d'importation (Dengue, virus Chikungunya) menace l'Europe : France métropolitaine, Grèce, Italie, Europe orientale, centrale et septentrionale.

Etiologies

- Méningo-encéphalites primaires
 - Virus : Herpes Simplex 1 et 2, Virus varicelle et Zona, Entérovirus (VH, VIH ...), autres herpes Virus, Arbovirus, Virus de la rage
 - Bactéries : Bactéries spécifiques (BAA), les bactéries gram négatifs et gram positif (Méningocoques, pneumocoques...)
 - Parasites : plasmodium falciparum, Toxoplasmose, Cryptococcose,
 - Mycose : Candida albicans
- Méningo-encéphalites post-infectieuses

Les méningo-encéphalites sont secondaires à une infection respiratoire, gastro-entérologique ou éruptive.

- Méningo-encéphalique sur terrain immunodéprimé (Tuberculose multi résistante polyviscérale).

Diagnostic

Le diagnostic clinique est basé sur l'anamnèse, le syndrome méningé et le syndrome neurologique central avec ou sans signes de focalisation. Le tableau clinique grave associe la

profondeur des troubles neurologiques avec convulsion, sepsis sévère ou choc septique et détresse vitale.

Le diagnostic para clinique est basé sur le scanner cérébral (bilan lésionnel), sur l'analyse du LCR : culture, sérologies spécifiques et les marqueurs viraux

Traitement

Le traitement des méningo-encéphalites est basé sur les mesures de réanimation, le traitement étiologique spécifique (antibiothérapie, anti rétroviraux) et surtout le traitement préventif (la vaccination et la lutte contre les vecteurs)

Mots clés : Méningo-encéphalite/Arboviroses / Antirétroviraux /traitement préventif

Références

- 1- Bridgette Jeanne Billioux, Bryan Smith, Avindra Nath. Neurological complications of Ebola virus infection *Neurotherapeutics* 2016; 13:461- 470
- 2- Le Van Tan, Le Hong Thai, Nguyen Hoan Phu, Ho Dang Trung Nghia et all. Viral aetiology of central nervous system infections in adults admitted a tertiary referral hospital in southern Vietnam, over 12 years. *PLOS Neglected diseases* 2014; 8 (8):1-11
- 3- Nowrozy Kamar Jahan, Mohtar Pungut Ahmed, Amreeta Dhanoa et al. A community based prospective cohort study of dengue viral infection in Malaysia: the study protocol. *Infections diseases of poverty* 2016; 5 (76): 1- 11
- 4- Kra O, Aba YT, Yao KH, Ouattara B, Abouo F et al. Profil clinic-biologique, thérapeutique et évolutif des patients infectés par le VIH hospitalisés au service des maladies infectieuses et tropicales d'Abidjan (Côte d'Ivoire). *Bull soc. Pathol Exot* 2013; 10 : 37-42
- 5- Christophe Rapp, Olivier Aoun, Cecile Ficko et al. Travel Related cerebro-meningeal infections : the 8-year experience of a french infectious diseases unit. *Journal of travel medicine* 2010; 17 (1): 1-7
- 6- Emmanuel N Chapp-Jumbo. Neurologic infections in a Nigerian university teaching hospital *African health sciences* 2006; 6 (1): 55-58

C06. Insuffisance hépatocellulaire : Diagnostic, pronostic et traitement

Lokossou Th, Houannou V.

CNHU Cotonou Bénin

Introduction

L'insuffisance hépatocellulaire est un syndrome caractérisé par une insuffisance hépatique grave et brutale dont l'origine peut être toxique ou infectieuse. Son évolution est marquée par la survenue d'une défaillance multiviscérale. Son pronostic est extrêmement sévère et son traitement est symptomatique et étiologique mais peut consister en une transplantation hépatique en urgence.

Généralités

Définition :

L'insuffisance hépatique aiguë (IHA) est la perte de la fonctionnalité du foie survenant chez un patient avec un parenchyme hépatique antérieurement sain. [1]

Elle se distingue des insuffisances hépatiques aiguës survenant dans un contexte d'hépatopathie connue (cirrhose le plus souvent) et correspondant à la décompensation de la pathologie.

L'insuffisance hépatique est dite sévère si le taux de prothrombine (TP) est inférieur à 50 %.

Etiopathogénie :

Il est classique d'attribuer l'insuffisance hépatique à une cause déterminée (virus de L'hépatite B, médicament). Il apparaît de plus clairement que l'insuffisance hépatique aiguë résulte souvent d'un processus multifactoriel.

L'insuffisance hépatique aiguë résulte d'une altération massive et brutale des fonctions hépatocytaires. Trois mécanismes cellulaires distincts ont été identifiés, pouvant aboutir cette altération fonctionnelle : (a) la nécrose hépatocyttaire, (b) l'apoptose (largement impliquée dans la toxicité du paracétamol) et (c) la stéatose microvésiculaire aiguë. Ces mécanismes peuvent être associés chez un même malade. Des agents anti-apoptotiques pourraient avoir un intérêt dans le traitement de l'insuffisance hépatique et certains de ces agents devraient être testés dans le cadre d'études cliniques. Récemment, un quatrième mécanisme, l'autophagie, a été identifié. Ce dernier mécanisme, correspondant à une autodestruction des composants intracytoplasmiques des hépatocytes, est impliqué dans l'insuffisance hépatique aiguë observée chez certains anorexiques ayant une dénutrition majeure. On ne sait pas encore si ce mécanisme est également impliqué dans des insuffisances hépatiques aiguës liées à d'autres causes.

Diagnostic

Diagnostic positif :

Aspects Cliniques :

-Ictère cutanéomuqueux : constant au cours de la maladie, se développe avant l'encéphalopathie et s'accroît en quelques jours

-Encéphalopathie hépatique : définie comme la modification des fonctions neurologiques résultant d'une

maladie hépatique, elle se rencontre aussi dans les maladies chroniques du foie. On la classe en 4 grades selon Trey et Davidson

Grade 1 : Ralentissement idéo-moteur

Grade 2 : Astérisis

Grade 3 : confusion

Grade 4 : Coma

L'œdème cérébral est une complication majeure de l'encéphalopathie hépatique, contribuant au développement de l'HTIC

-Hypertension portale et ascite (50% des patients)

-Défaillances multiviscérales : associées défaillance neurologiques, rénales, hémodynamiques et pulmonaires

Aspects biologiques :

Anomalies du bilan hépatique :

Cholestase intra-hépatique : augmentation des γ GT, des phosphatases alcalines et de la bilirubine conjuguée

Cytolyse hépatique : élévation des ASAT et ALAT

Anomalies de la coagulation :

Baisse des facteurs II, V, VII, IX et X

INR supérieur à 1.5 (utilisation controversée)

Thrombopénie possible

Désordres de l'équilibre acido-basique :

Alcalose respiratoire+++

Acidose métabolique

Anomalies hydro-électrolytiques

Anomalies métaboliques : hypoglycémie et hyperammoniémie

Diagnostic différentiel :

Autres causes d'ictère, d'encéphalopathie, d'ascite et d'hypertension portale

Diagnostic étiologique :

-causes infectieuses : virales, bactériennes, fongiques et parasitaires

-Causes médicamenteuses : Paracétamol+++

-Hépatite alcoolique aiguë

-Foie cardiaque

-syndrome de Budd -Chiari aigu

Traitement

Il est en 2 volets : symptomatique et étiologique

Traitement symptomatique :

-Repos

-Arrêt de tout médicament hépatotoxique

-Prise en charge d'un syndrome hémorragique

-Prise en charge d'une insuffisance rénale

-Correction des troubles hydroélectrolytiques

-Administration de laxatifs et disaccharides non absorbables : Lactulose

-Prise en charge de l'œdème cérébral : surélévation de la tête, hypothermie modérée, osmothérapie

-Prise en charge nutritionnelle

-Antibiothérapie et antibioprophylaxie : Néomycine, Vancomycine

Toutes les recommandations concernant la prise en charge des patients en IHA comportent l'administration quasi systématique d'une antibiothérapie. Les recommandations actuelles restent extrêmement larges en prônant une antibiothérapie probabiliste en cas d'écouvillons de surveillance Positifs, en cas d'aggravation de l'encéphalopathie ou si l'encéphalopathie est sévère, en cas d'hypotension nécessitant des catécholamines et en cas de syndrome inflammatoire systémique généralisé. De même, une antibiothérapie prophylactique et un traitement antifongique sont proposés dès que les patients sont inscrits sur liste de transplantation

Traitement étiologique :

Les traitements étiologiques spécifiques sont peu nombreux. Lorsqu'ils existent, ils doivent néanmoins être débutés précocement. La N-acétyl- Cystéine, précurseur du glutathion doit être administrée le plus précocement possible par voie IV en cas de suspicion d'intoxication au paracétamol. Le schéma posologique le plus fréquemment utilisé comprend une dose de charge de 150 mg/kg sur 1 heure, suivie d'une perfusion d'entretien de 12,5 mg/kg/h sur 4 heures puis 6,25 mg/kg/h jusqu'à l'obtention d'une amélioration clinique et biologique. Son utilisation systématique quel que soit l'origine de l'IHA tend à se répandre.

Place de la transplantation hépatique :

La transplantation hépatique est envisagée quand la régénération hépatique

Semble peu probable dans un délai compatible avec la survie.

Les critères de Clichy et du Kings College restent quotidiennement utilisés en dépit de leur manque de sensibilité.

En pratique, les patients sont inscrits sur une liste nationale en super-urgence en s'aidant de ces critères.

Pronostic :

Le pronostic spontané de l'IHA est directement lié à la capacité de régénération du foie agressé. Ceci varie de façon spectaculaire en fonction de l'étiologie de l'IHA. Dans le groupe pronostic favorable, on trouve les intoxications au paracétamol dont la survie spontanée peut aller jusqu'à 65 %, les IHA en rapport avec une hépatite A (50 % de survie spontanée).

À l'opposé, les IHA secondaires à une infection par le virus de l'hépatite B, d'origine indéterminée ou en rapport avec

une réaction médicamenteuse idiosyncrasique a une survie spontanée inférieure à 20 %

De très nombreux critères pronostiques utilisés seuls ou en association ont été proposés dans la littérature. Historiquement, les critères de Clichy puis ceux du Kings Collège ont été publiés et ils sont toujours utilisés actuellement pour prédire la nécessité de transplantation

Critères de Clichy

Confusion ou coma (encéphalopathie grade 3 et 4)

Facteur V < 30 % si âge > 30 ans ou

Facteur V < 20 % si âge < 30 ans

Critères du Kings College

-*Hépatite fulminante liée au paracétamol*

pH < 7,3 ou Lactate artériel > 3 (après remplissage vasculaire)

ou Créatinine > 300 µm/l plus INR > 7 plus encéphalopathie hépatique grade 3 ou 4

-*Hépatite fulminante non liée au paracétamol*

INR > 7

Ou au moins trois des critères suivants :

-INR > 3,5

-Bilirubine > 300 µm/l

-Âge < 10 ans ou > 40 ans,

-étiologie non A non B ou toxique

-Délai ictère-encéphalopathie > 7 jours

Conclusion

Le recours à la transplantation hépatique a transformé le pronostic de l'insuffisance hépatique aiguë.

La réanimation de cette pathologie vise à assurer une prise en charge symptomatique des différentes défaillances d'organe associées afin de permettre d'attendre la récupération spontanée de la fonction hépatique ou bien d'amener le patient à la transplantation dans les meilleures conditions. La prise en charge de ces patients doit être assurée dans des centres spécialisés disposant d'une équipe multidisciplinaire comprenant hépatologue, anesthésiste réanimateur et chirurgien transplanteur.

Références :

1. Aubrun F, Duperret S., Insuffisance hépatique aiguë quand y penser ? in Hépatologie aiguë en anesthésie réanimation urgence, ed Arnette 2013, PP :3-57
2. F. Belaïa, B. Jung, S. Jaber, C. Paugam-Burt, *Insuffisance hépatique aiguë*, in session commune sfmu/sfar urgences digestives (journée des urgences vitales) SFMU 2012

C07. Anesthésie pour chirurgie cardiaque infantile

Ehounoud Hyacinthe

Service d'anesthésie réanimation. Institut de Cardiologie d'Abidjan

Introduction

La chirurgie cardiaque pédiatrique qui a fait de grands progrès au cours des deux dernières décennies a vu la mortalité opératoire descendre à moins de 5%. Cette chirurgie intéresse principalement les cardiopathies congénitales qui sont des anomalies cardiaques survenant au cours de la formation du cœur pendant la vie intra utérine. L'incidence est estimée entre 7 à 8 pour 1 000 naissances donc assez fréquentes. Bien que d'innombrables malformations aient été décrites, les trois quarts d'entre elles font partie des anomalies suivantes : CIV (26%), persistance du canal artériel (14%), CIA (11%), tétralogie de Fallot (9%), sténose pulmonaire (8%), coarctation de l'aorte (6%), transposition des gros vaisseaux (6%) et sténose aortique (5%).

1-Physiopathologie

Circulation fœtale : sang oxygéné du placenta (SO₂ 75%) → v ombilicale → foie (ductus venosus) → VCI → OD → foramen

Ovale → OG → VG → coronaires, cerveau, membres supérieurs. Sang désaturé de VCS (SO₂ 40%) → VD → AP → canal artériel → viscères, membres inférieurs.

Circulation transitionnelle : période instable pendant laquelle se ferment le ductus venosus (1-2 heures), le canal artériel (< 24 heures) et le foramen ovale (25% reste perméable). L'hypoxie, l'acidose, l'hypothermie ou le stress réaugmentent la PAP et induisent un retour à la circulation fœtale

Le cœur néonatal est peu compliant et peu performant, n'a que peu de réserve fonctionnelle et ne tolère pas les surcharges de volume ou de pression. Seule la fréquence lui permet de varier son débit.

Les shunts des cardiopathies congénitales

Les shunts peuvent être de type droit - gauche (cyanogène), gauche - droit (non-cyanogène), ou thérapeutique (pour améliorer le débit pulmonaire). Leur débit est fonction du diamètre de l'orifice (ou du conduit), de la pression dans la cavité d'amont et de la résistance au flux dans la cavité d'aval. Ces shunts sont à l'origine de l'augmentation ou de la diminution du flux sanguin pulmonaire. L'augmentation du flux sanguin pulmonaire par un shunt G-D entraîne une élévation progressive des résistances artérielles pulmonaires (RAP), responsable secondairement d'une hypertrophie du VD. L'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) est définie par une PAP moy > 25 mmHg au repos

Classification des cardiopathies congénitales

Cardiopathies congénitales avec shunt gauche-droite

CIA, CIV, Persistance du canal artériel, Canal atrio-ventriculaire complet

Cardiopathies congénitales avec shunt droite-gauche

Tétralogie de Fallot

Cardiopathies congénitales avec lésions obstructives

Coarctation de l'aorte

Rétrécissement aortique congénital

Rétrécissement pulmonaire

Rétrécissement mitral congénital

Cardiopathies congénitales avec lésions intriquées

Transposition des gros vaisseaux

Retours veineux pulmonaires anormaux

Ventricule droit à double issue

Prise en charge anesthésiologique

Evaluation préopératoire et prémédication

L'équilibre des patients souffrant d'une cardiopathie congénitale dépend d'une délicate balance entre la pathologie hémodynamique et les mécanismes de compensation. Les facteurs de risque majeurs pour l'intervention sont les suivants :

Lésions complexes, Anomalies extracardiaques associées (30% des cas), Hypoxémie sévère (SaO₂ < 80%) avec crises cyanogène, Viscosité élevée (Ht > 60%), Hypertension pulmonaire (RAP ≥ 0.5 RAS), Jeune âge (< 3 kg, < 2 mois), Retard de croissance, Insuffisance ventriculaire et Ischémie coronarienne.

L'échocardiographie et le cathétérisme sont les éléments déterminants pour construire la stratégie anesthésique. Il est capital d'en bien comprendre les résultats, de connaître les opérations palliatives ou correctrices antérieures, et d'observer la réponse du patient aux traitements instaurés. L'anamnèse, l'examen physique et les résultats de laboratoire permettent de déterminer l'état général de l'enfant et de se rendre compte des répercussions de la maladie.

Difficulté d'alimentation, retard de croissance, cachexie, sudation, cyanose, crises cyanogène éventuellement gérées par squatting (position accroupie qui augmente les RAS).

L'hyperviscosité engendre des céphalées, des syncopes, des symptômes visuels et des paresthésies.

Les obstructions serrées se manifestent par une intolérance à l'effort et un retard de croissance.

Les infections pulmonaires à répétition sont habituelles dans les maladies cyanogènes avec surcharge vasculaire pulmonaire ; l'hyper-réactivité bronchique est fréquente.

L'insuffisance cardiaque congestive est caractéristique des shunts G-D.

Les cardiopathies sont associées à d'autres malformations dans 30% des cas (anomalies génétiques).

Prémédication

La prémédication n'est pas nécessaire < 6 mois. A partir de 6 mois, il s'agit de trouver le meilleur compromis entre la sédation (diminution du stress) et le risque d'hypoventilation (crise hypertensive pulmonaire)

- Midazolam (0.5 mg/kg per os ou rectal, 0.2 mg/kg intra anal)

- Fentanyl transmuqueux (10-15 mcg/kg)

Le traitement cardiovasculaire et antiarythmique n'est pas interrompu en préopératoire (y compris l'aspirine)

Une prophylaxie antibiotique est requise pour toute opération de chirurgie cardiaque

- Amoxicilline (50 mg/kg per os, im ou iv)

- Si allergie : céfazoline (50 mg/kg per os ou iv), clindamycine (20 mg/kg per os ou iv)

Le jeûne préopératoire, gage de sécurité, ne doit pas faire courir le risque de déshydratation ou d'hypoglycémie aux petits enfants cyanosés et hémococoncentrés ; au besoin, ils bénéficient d'une voie veineuse installée la veille de l'opération. Selon les recommandations actuelles, les délais sont fonction de l'âge

< 6 mois : lait, jus de fruit, solides jusqu'à 4 heures, eau sucrée jusqu'à 2 heures avant l'intervention (10 mL/kg) ;

> 6 mois : lait, jus de fruit, solides jusqu'à 6 heures, eau sucrée jusqu'à 2 heures avant l'intervention (10 mL/kg).

Arrivée au bloc opératoire

Température de la salle, réchauffeur, matériel adapté à l'âge

Équipement et monitoring

ECG, SpO₂ (membre supérieur + inférieur), PetCO₂, saturation cérébrale (ScO₂), ETO (selon tolérance si < 3 kg), T°C (oesophagienne/tympanique + rectale), sonde urinaire, sonde gastrique

Voie(s) veineuse(s) périphérique(s), cathéter artériel (éventuellement radial + fémoral), voie centrale 2-3 lumières, éventuellement

PiCCO pour la période post CEC/postopératoire

Agents d'anesthésie

Les halogénés ont tous un effet inotrope négatif plus marqué chez le nourrisson que chez le grand enfant ; cet effet est maximal avec l'halothane (ordre d'importance : halothane >> desflurane, sevoflurane > isoflurane). Caractéristiques :

- Halothane : retiré du marché

- Isoflurane : baisse des RAS

- Sevoflurane : adapté à l'induction en spontanée

- Desflurane : stimulation sympathique, augmentation des RAP

Agents intraveineux

- Midazolam : sympatholyse centrale, baisse de précharge, pas d'effet inotrope négatif

- Propofol : baisse marquée de précharge et de postcharge, effet inotrope négatif

- Etomidate : le plus stable, pas d'effet inotrope négatif, mais baisse de synthèse du cortisol

- Kétamine : stimulation sympathique (RAS), effet inotrope négatif direct

Les opiacés bloquent la réaction au stress et freinent le risque d'HTAP

- Fentanyl : pas d'effets hémodynamiques, discrète bradycardie

- Sufentanil : idem

- Remifentanil : bradycardie et hypotension artérielle

Pharmacothérapie hémodynamique périopératoire

Le but de la prise en charge pharmacothérapeutique des cardiopathies congénitales est triple :

- Optimiser le débit cardiaque

- Assurer la pression de perfusion des organes

- Maintenir une balance optimale entre le pulmonaire et le débit systémique (Q_p/Q_s = 1)

L'inotrope de premier choix est la combinaison adrénaline + milrinone, additionnée de NO en cas d'HTAP ou d'insuffisance droite

Induction

Selon l'état de l'enfant, trois méthodes d'induction sont proposées :

- L'enfant est en état hémodynamique de supporter une induction aux volatils : l'induction au masque avec sevoflurane est possible ; dès que la voie veineuse est en place, l'agent halogéné est stoppé et l'anesthésie intraveineuse débute : fentanyl, midazolam, propofol ou kétamine selon les contraintes hémodynamiques.

- L'enfant est calme et somnolent en raison de la prémédication : la pose d'une voie veineuse pour l'induction est faisable sans provoquer de réaction excessive.

- L'enfant est épuisé par sa cardiopathie ou déjà porteur d'une voie veineuse ; l'induction se fait par voie intraveineuse au fentanyl avec midazolam ou etomidate selon besoin.

- En cas de bradycardie, l'atropine (0,01 mg/kg i.v. dose Minimale 0,1mg) est recommandée avant la Manipulation des voies aériennes chez les enfants jusqu'à l'âge de deux ans.

Curarisation : une myorelaxation rapide avec 0.3 mg/kg de vécuronium

L'intubation par voie nasale est préférable jusqu'à 5 kg ou lors d'intubation prolongée jusqu'à 2 ans

La ventilation : L'hyper- ou l'hypo-ventilation permettent ainsi de diminuer ou d'augmenter les RAP et de modifier le rapport Q_p/Q_s selon la direction désirée. La ventilation en mode volume-contrôlé permet d'administrer un volume courant (VC) identique

Hyperventilation (PaCO₂ 30-35 mmHg) avec FiO₂ élevée (≥ 0.8) en cas d'HTAP pour diminuer les RAP ;

Hypoventilation (PaCO₂ 45-50 mmHg) avec FiO₂ basse (0.21-0.3) pour diminuer un flux pulmonaire excessif (Q_p > Q_s).

Crise cyanogène

Certaines situations peuvent déclencher une crise cyanogène (*blue spell*) entre l'induction et la CEC, notamment en cas de sténose dynamique de la chambre de

chasse du VD ; elles peuvent être déclenchées par deux mécanismes.

La vasodilatation systémique augmente le shunt D-G ; le traitement habituel est l'administration d'agent vasopresseur (phényléphrine 1 mcg/kg) et l'augmentation du volume circulant (10 mL/kg albumine ou colloïde).

La stimulation sympathique (douleur, dissection de la racine de l'aorte à l'ouverture du péricarde) peut induire un spasme de la chambre de chasse du VD ; le traitement est un approfondissement de l'anesthésie et l'administration d'un b-bloqueur de courte durée d'action (esmolol, 0.5 mg/kg). L'opérateur peut réduire la réactivité sympathique de la dissection en administrant de la lidocaïne dans le péricarde au moment de l'ouverture de celui-ci.

Comme la CEC représente un apport liquidien massif souvent supérieur au volume circulant de l'enfant, on le réduit.

Perfusions peropératoires

L'apport intraveineux au minimum

Aucune perfusion avant la CEC ;

Correction de la volémie avec de l'albumine ou un colloïde (gélatine) ;

Correction de l'hypoglycémie.

CEC chez l'enfant

Volume d'amorçage voisin ou plus grand que le volume circulant de l'enfant

Débit de CEC en normothermie :

- < 2.5 kg : 175 mL/kg/min

- 2.5-5.0 kg : 150 mL/kg/min

- 5-15 kg : 100 mL/kg/min

- > 15 kg : 80 mL/kg/min

Pression de perfusion 40-60 mmHg

Régulation du pH selon le mode a-stat en hypothermie modérée et pendant les plateaux de température, mais de type pH-stat pendant le refroidissement à basse température et le réchauffement

Diminution de la réaction inflammatoire systémique : circuits héparinés, biocompatibles, ultrafiltration, corticostéroïdes

Hémofiltration modifiée de routine en sortant de CEC pour freiner le syndrome inflammatoire et diminuer l'excès liquidien

Conduite de la CEC

Maintenir prioritairement le débit de la pompe ; manipuler les RAS en fonction des besoins

Risque de réveil et de mouvement au début de la CEC (hémodilution aiguë)

Assurer le sommeil > 30°C

Sevrage de la CEC

Ventilation : FiO₂ 1.0, PetCO₂ 30-35 mmHg, NO si HTAP ou insuffisance du VD

Soutien inotrope : adrénaline-milrinone, dobutamine, Ca²⁺ Vasoconstricteur si RAS basses (noradrénaline)

Pace-maker si fréquence < 70 batt/min

Contrôle ETO : fonction ventriculaire, volémie, correction chirurgicale, éventuel défaut résiduel

Si défaillance ventriculaire réfractaire : ECMO

En chirurgie néonatale (< 7 jours, < 3 kg), ne pas hésiter à laisser le sternum ouvert (12-48 heures) en cas de longue CEC, distension ventriculaire, hautes doses d'inotrope, instabilité hémodynamique, HTAP ou compliance pulmonaire altérée.

Réveil et extubation

Situations à bas risque ou inclinant à une extubation rapide (dans les 4 premières heures)

- Opération sans CEC ou CEC de courte durée (< 90 min)

Sans hypothermie (T° > 34°C)

- Agents d'anesthésie et dosages adaptés à une reprise rapide de la respiration spontanée

- Fentanyl ≤ 20 mcg/kg, sevoflurane/isoflurane/propofol en perfusion

Situations à haut risque nécessitant une ventilation postopératoire

- Enfant en bas âge, retard staturo-pondéral, cyanose importante, HTAP

- CEC prolongée, long clampage aortique, hypothermie profonde

- Instabilité hémodynamique, insuffisance congestive du VG ou du VD

- Fentanyl 50-75 mcg/kg, midazolam

Période post opératoire très délicate.

Maîtriser les problèmes hémodynamiques et gérer les complications.

Séquelles neurologiques

Les séquelles neurologiques (6-25% des cas) sont essentiellement de nature ischémique et non embolique chez l'enfant (hypothermie-réchauffement, arrêt circulatoire, hypoxie, hypoperfusion, hypoglycémie).

- Délire, agitation

- Convulsions

- Choréoatétose

- Retard psychomoteur

Particularités en fonction de la cardiopathie

Communication inter auriculaire (CIA)

Caractéristiques :

- Shunt G → D non cyanogène avec augmentation du débit pulmonaire (Qp ↑, Qp/Qs > 1.5)

- Petite composante D → G possible (risque ↑ si HTAP ou P OD)

- Dilatation des chambres de réception : OD, VD, AP

- Surcharge de volume pour le VD

- HTAP peu fréquente (< 10% des adultes : RAP 300-500 dynes•cm•s⁻⁵)

- Indications opératoires : Qp/Qs > 1.5, dilatation du VD, dyspnée d'effort

Prise en charge : diminuer le shunt en baissant les RAS et en augmentant les RAP

Recommandations pour l'anesthésie :

- Vasodilatation avec isoflurane (ou sevoflurane)

- Ventilation : FiO₂ 0.3, normo- ou discrète hypercarbie, P ventil basse, pas de PEEP

- Hypovolémie mal tolérée à cause de la séquestration de volume dans la circulation pulmonaire

- Eviter toute bulle dans les tubulures (risque de passage D-G), utiliser des filtres à bulles
- Extubation rapide

Canal auriculo-ventriculaire (CAV)

Défaut de septation centrale du cœur avec association de :

- CIA ostium primum
- CIV au niveau de la chambre d'admission
- Fente dans le feuillet septal de la valve tricuspide et dans le feuillet antérieur de la mitrale
- Shunt complexe entre OG-OD, VG-VD, OG-VD
- Insuffisances tricuspidiennes et mitrales

La CIV provoque une surcharge de volume pour le VG. Dans le canal AV partiel (absence de CIV), la CIA provoque une surcharge de volume pour le VD.

Si la CIV est majeure : risque élevé d'HTAP et de dysfonction secondaire du VD. Si la CIV est minime, évolution comme une CIA. Si large fente dans le feuillet antérieur, évolution comme une insuffisance mitrale.

Prise en charge : augmenter les RAP et baisser les RAS ; si HTAP, baisser les RAP par hyperventilation, NO, alcalose, magnésium, fentanyl. Support inotrope souvent nécessaire. Choix de l'anesthésie en fonction de la contrainte prioritaire : shunt G-D, HTAP, insuffisance ventriculaire, ou régurgitation mitrale.

Complications postopératoires : bloc AV, crise d'HTAP, insuffisance ventriculaire droite ou gauche, fuite valvulaire

Communication interventriculaire (CIV)

Caractéristiques :

- Shunt G → D non cyanogène, débit pulmonaire augmenté ($Q_p \uparrow$, $Q_p/Q_s > 1.5$)
- Chambres de réception dilatées : AP, OG, VG
- Surcharge de volume pour le VG
- Shunt restrictif : PAP à la limite supérieure de la norme
- Shunt non-restrictif : HTAP, surcharge secondaire de pression pour le VD, HVD

Prise en charge : diminuer le shunt en abaissant les RAS et en augmentant les RAP

Recommandations pour l'anesthésie :

- Ventilation : FiO_2 0.3, hypercarbie (sauf si HTAP), P ventil basse
- Anesthésie : halogéné (isoflurane)
- Hypovolémie mal tolérée à cause de la séquestration de volume dans la circulation pulmonaire
- Si HTAP : hyperventilation, NO, alcalose, magnésium, fentanyl

- Post-op : extubation précoce (si PAP normale), risque de bloc AV

Tétralogie de Fallot (TdF)

Caractéristiques :

- CIV sous-aortique (septum membraneux) - Aorte à cheval sur la CIV - Sténose pulmonaire (CCVD, valve pulmonaire, tronc de l'AP) - HVD (VD connecté à la pression systémique)

Shunt D → G cyanogène, débit pulmonaire abaissé ($Q_p \downarrow$, $Q_p/Q_s < 1.0$) Pour diminuer le shunt, augmenter les RAS (stimulation alpha), diminuer les RAP (hyperventilation) Si composante dynamique (CCVD) : bêta-bloqueur SAO_2 proportionnelle au Q_p/Q_s

Recommandations pour l'anesthésie :

- AG sevoflurane ou fentanyl/midazolam ou etomidate - Ventilation : hypocapnie, FiO_2 sans effet significatif sur la SpO_2

- Augmenter les RAS pour $\uparrow SpO_2$ - Eviter la vasodilatation systémique

- Maintenir la précharge : l'hypovolémie augmente le shunt D → G cyanogène

Si le débit pulmonaire est assuré par un shunt palliatif (type Blalock-Taussig) ou des collatérales Ao → AP (flux fixe)

- Q_p proportionnel à la PA systémique

- Maintenir les RAS \uparrow

- Hypovolémie/hypotension : $Q_p \downarrow$, cyanose \uparrow

Canal artériel

Shunt G-D qui surcharge le VG et peut induire une HTAP sur le long terme

Deux situations possibles :

- Nouveau-né : ligature en urgence à cause de l'insuffisance congestive du VG et de la surcharge pulmonaire

- Enfant : risque d'HTAP

Anesthésie

- Saturomètre et manchette à pression au bras droit et au membre inférieur

- Extubation rapide

- Après ligature : augmentation de la PA diastolique et risque de surcharge congestive du VG

Conclusion

L'anesthésie pour chirurgie cardiaque infantile présente des défis dans les périodes pré, per et post opératoire. Il est donc important que chaque anesthésiste ait des notions de base sur les cardiopathies congénitales, même si les cas complexes doivent être pris en charge dans des centres où pratiquent des médecins investis dans ce domaine.

C08. Anesthésie-réanimation pour atrésie de l'œsophage

Marie Diop Ndoye

Hôpital d'Enfants Albert Royer. Dakar Sénégal

Introduction : L'atrésie de l'œsophage est l'absence congénitale d'un segment du tube digestif thoracique, très souvent associée à une fistule œsotrachéale. L'obstacle œsophagien est source d'encombrement du pharynx et de fausse route. Mais c'est l'aspiration du contenu gastrique à travers la fistule œsotrachéale qui constitue le facteur déterminant dans le développement des foyers de nécrose pulmonaire, point de départ de l'état septique. Les progrès enregistrés ailleurs en matière de néonatalogie a réduit considérablement la mortalité liée à cette malformation. Ce n'est pas encore le cas dans de nombreux pays africains où l'hécatombe qui élimine jusqu'à 80% des cas est pour une grande part liée aux conditions de la prise en charge périnatale. C'est une anesthésie à risque pour une chirurgie lourde qui concerne un terrain particulier.

1-Le tableau clinique, si le diagnostic n'est pas fait en anténatal, est assez évocateur chez ce nouveau-né à la bouche encombrée de salive, et qui est sujet à des accès de suffocation à chaque tétée. Une sonde molle passée à travers la narine butte contre l'obstacle à une dizaine de cm en aval. Souvent, on a l'impression qu'elle passe librement, alors qu'elle s'enroule au fond du cul de sac œsophagien, d'autant plus que l'aspiration ne ramène pas de liquide gastrique, de même l'injection d'air ne produit non plus de gargouillement audible au niveau de l'épigastre. La radiologie confirme la réalité de l'atrésie : un simple cliché de profil centré sur la base du cou montre le refoulement plus antérieur de la trachée par le bout proximal de l'œsophage distendu avec la sonde qui ne progresse pas. Le bilan clinique général évalue, outre le degré du retentissement pulmonaire et de l'état systémique, les stigmates d'une anomalie associée : anomalies chromosomiques, associations VATER, VACTERL, VACTERL-H, syndromes CHARGE, Feingold, Opitz, Pallister-Hall, Potter, « schisis syndrome », Goldenhar, G syndrome. Les malformations associées urgentes à dépister systématiquement sont : cardiopathies+++, crosse aortique droite, malformation anorectale, atrésie duodénale / jéjuno-iléale, malrotation intestinale. La classification anatomique adoptée est celle de Ladd dont le type III est le plus fréquent.

2- Modalités thérapeutiques

La cure de l'atrésie de l'œsophage est laborieuse et complexe. Elle comporte deux volets aussi déterminants l'un et l'autre comme facteurs de succès :

- * La prise en charge, au sens large, consiste à préparer le nouveau-né à une intervention majeure, en tenant compte du terrain, des critères de risque, et à assurer les conditions de confort physiologique et nutritionnel jusqu'à la cicatrisation des plaies opératoires. La disponibilité et la qualité de ces soins primaires sont affaire avant tout de discipline plus que de moyens matériels, et sont le lot d'une équipe soignante motivée et éduquée

- * Le volet chirurgical a pour objectifs de contrôler le reflux gastrotrachéal puis d'établir la continuité anatomique de l'œsophage. Ces deux interventions gagnent à être menées en un seul temps opératoire quand les conditions physiques et anatomiques sont favorables, sinon, on se concentre dans l'immédiat sur l'élimination du reflux, dans l'attente de conditions meilleures pour mener à bien l'oesophagoplastie.

Les critères d'ordre pronostique établis par Waterston il y'a un demi-siècle restent d'actualité ; ils distinguent :

- * les cas qui relèvent d'un traitement radical en un seul temps (groupe A : enfants vigoureux, de poids de naissance supérieur à 2500 gr, sans anomalie associée ni pneumopathie),

- * ceux qu'il serait sage de traiter en plusieurs temps (groupe B: nouveau-nés de poids limite, infectés ou porteurs d'une anomalie surajoutée).

- * Quant au groupe C qui est celui de bébés immatures, ou polymalformés, à l'état physiologique instable, il ne relève que de gestes salvateurs mineurs sans prétention. Cependant, quand les structures sanitaires sont insuffisantes ou mal adaptées, les défauts de dépistage et du transfert des nouveau-nés à risque font qu'on observe rarement les cas appartenant aux groupes extrêmes (A et C). Ainsi, on a affaire plutôt

à un groupe intermédiaire où prédominent des bébés orientés vers le milieu spécialisé avec un retard de plusieurs heures ou jours, et pour lesquels toute tentative de cure radicale doit être exclue dans l'immédiat.

L'anesthésie comporte une phase des plus délicates, celle de l'intubation. En effet, l'antéposition du larynx du nouveau-né rend laborieuse la mise en évidence de la glotte, et le risque d'une fausse route est réel. La sonde est glissée dans la trachée avec douceur ; l'auscultation des champs pulmonaires et de la région épigastrique permet de positionner son extrémité à mi-chemin entre l'orifice de la fistule et la caréna.

3- Les complications :

Les dix premiers jours post-opératoires constituent la période critique durant laquelle peuvent survenir des événements d'une extrême gravité comme le lâchage des sutures pratiquées sur l'oesophage ou la trachée.

3-1 Le lâchage de l'anastomose oesophagienne survient au cours des cinq premiers jours, il se manifeste par une détresse respiratoire avec collapsus. Elle peut être minuscule avec la constitution d'un foyer médiastinal à bas bruit.

3-3 La re-perméabilisation de la fistule oesotrachéale est aussi grave que le lâchage de l'anastomose.

rapidement fatal en l'absence de tout geste salvateur. La constatation radiologique d'un épanchement médiastinal associé ou non à un pneumothorax incite à intervenir en extrême urgence.

La prévention de cette redoutable complication incite à:

- * accomplir les gestes opératoires avec le maximum de douceur,
- * préférer l'abord rétropleural qui limite au médiastin le risque d'épanchement,
- * renoncer à l'anastomose si l'écart est de plus d'un cm.
- * utiliser le procédé de Haight ou tout autre qui comporte deux plans de suture, muqueux et musculaire.

* réduire la tension appliquée sur l'anastomose par paralysie de la musculature du segment proximal, ou tout simplement par son amarrage au fascia prévertébral (Swenson)

3-2 La fistulisation:

On lui reconnaît, à un moindre degré, les mêmes causes que pour le lâchage. La fistule peut être large et donner lieu à l'inondation du médiastin avec détresse respiratoire et développement d'une cellulite extensive.

Mots clés : Atrésie oesophage, malformations associées, complications

C09. Prise en charge des blessés par balles : « Damage Control » des premières heures

P-Y. Gueugniaud¹ – A. Puidupin²

¹. SAMU de Lyon – Pôle des Urgences – CHU - Lyon

². DCSSA (Direction Centrale du Service de Santé des Armées) - Paris

Initialement décrit par les marins militaires pour pallier sommairement à une voie d'eau sur un navire de guerre, ce concept a été dans un premier temps chirurgical (« Damage Control Surgery »). Il avait pour objectif de contrôler chirurgicalement de façon sommaire, grâce à une intervention écourtée, une hémorragie potentiellement létale, en excluant de ce fait toute chirurgie réparatrice définitive trop consommatrice en temps, en personnel, et en matériel. Ce concept s'est ensuite inscrit dans une prise en charge plus globale, c'est le « Damage Control Resuscitation ». Il a pour but de prendre en compte précocement la triade létale représentée par l'association d'une coagulopathie, d'une hypothermie, et d'une acidose métabolique. Le « Damage Control » a donc été prolongé au niveau de la réanimation (réchauffement, contrôle du saignement, restauration de la volémie sanguine complétée par un apport précoce de facteurs de coagulation et d'agents hémostatiques, et réanimation circulatoire basée sur une hypotension permissive, associant une expansion volémique limitée et un emploi précoce de vasopresseurs). Finalement, ce concept s'est étendu à la phase pré-hospitalière qui se doit également d'être écourtée. Elle se résume principalement par le contrôle des saignements extériorisés (avec utilisation de pansements compressifs, de garrots tactiques, et/ou de pansements hémostatiques), par la lutte contre l'hypothermie et par le maintien minimal des paramètres vitaux (ventilation et circulation considérées comme satisfaisantes en cas de conscience normale).

Le concept de « Damage Control » a également évolué, notamment depuis les attentats parisiens responsables de nombreuses victimes par armes de guerre d'un objectif initialement individuel (contrôler au plus vite les paramètres vitaux d'un individu), vers un objectif collectif permettant le traitement du plus grand nombre de blessés avec les personnels et les moyens dont on dispose, éventuellement au détriment de cas individuels.

Ainsi, à la suite des attentats de ces deux dernières années, la France a développé son organisation pour la prise en charge de ces victimes potentielles en renforçant ses moyens pré- et intra-hospitaliers, tant au niveau du secours que du soin, et en déployant des formations au « Damage Control » destinées conjointement aux urgentistes, anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens dans l'ensemble du pays, grâce à une collaboration civilo-militaire particulièrement efficace.

Objectifs pédagogiques

- . Rappeler les origines du concept de Damage Control
- . Préciser l'évolution du paradigme en fonction du contexte actuel
- . Détailler son application dans la phase initiale de la prise en charge, notamment pré-hospitalière
- . Expliquer l'importance de la formation de tous les acteurs médicaux à ce concept.

C10. Recommandations 2015 pour la Réanimation Cardio-Pulmonaire de l'adulte. Résumé des principales évolutions

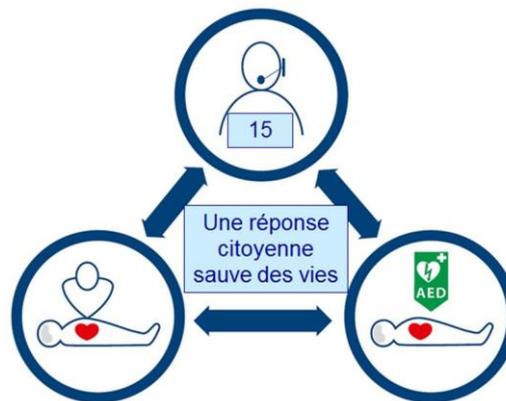
Pr P-Y. GUEUGNIAUD

Ce résumé décline et synthétise les principales modifications proposées en 2015 par l'ERC par rapport aux recommandations 2010 pour la Réanimation Cardio-Pulmonaire (RCP) de l'adulte.

Parmi les rares évolutions notables dans cette synthèse, les experts ont souhaité regrouper en un seul chapitre la RCP de base et la défibrillation automatisée et externe (DAE), donné une part importante aux circonstances particulières de l'arrêt cardiaque (AC) (causes, contexte, et pathologies spécifiques), et enfin, développer dans le chapitre de la prise en charge post-RCP une partie réhabilitation secondaire.

RCP de base (« BLS ») et DAE

- Les recommandations 2015 de l'ERC insistent sur l'importance capitale que revêt l'interaction entre le répondeur du centre d'urgences médicales (l'assistant de régulation médical et/ou le médecin régulateur du Centre 15 en France), le témoin qui pratique la RCP et la mise à disposition rapide d'un DAE. Ainsi, le rôle du permanencier et/ou du médecin régulateur du Centre 15 est central pour permettre un diagnostic précoce d'AC, une mise en route sans délai d'une RCP guidée par téléphone, et l'activation d'un DAE situé à proximité.



- Un témoin, lorsqu'il est compétent et entraîné, doit pouvoir évaluer très vite la situation clinique et déclencher les secours dès la constatation d'une absence de réponse et de respiration normale chez la victime, suspectant ainsi un AC, et donc nécessitant la mise en place d'une RCP immédiate. Les témoins comme le permanencier doivent également évoquer l'AC devant tout épisode convulsif, et, dans ce cas, s'attacher à évaluer scrupuleusement la présence ou non d'une respiration normale.
- Le sauveteur doit réaliser des compressions thoraciques (CT) sur toute victime d'AC. Un

sauveteur compétent et entraîné doit associer CT et insufflations : l'insuffisance d'arguments pour affirmer que les CT seuls ont une efficacité équivalente à une RCP standard ne permet en effet pas à ce jour de modifier nos pratiques.

- Une RCP de grande qualité reste un facteur majeur d'amélioration de la survie :
- Les recommandations concernant la fréquence et la profondeur des compressions n'ont pas changé : profondeur des CT entre 5 et 6 cm pour un adulte avec un rythme entre 100 et 120 CT/minutes.

- Après chaque compression, la décompression doit être complète et l'interruption des compressions réduite au maximum.
- Lorsqu'elles sont réalisées, les insufflations durent chacune environ une seconde et sont réalisées avec un volume suffisant pour soulever de façon visible le thorax.
- La séquence CT/ventilation reste à 30/2.
- L'interruption des compressions pour permettre la réalisation des insufflations ne doit pas dépasser 10 secondes.
- La défibrillation réalisée dans les 3 à 5 minutes suivant l'arrêt peut permettre une survie dans 50 à 70 % des cas. Ainsi, une défibrillation précoce peut être réalisée par le secouriste grâce au défibrillateur grand public éventuellement disponible. Les programmes d'accès au DAE grand public doivent être activement développés pour tous les lieux publics accueillant des fortes densités de population.
- Le schéma de RCP de base pour l'adulte peut être appliqué en toute sécurité aux enfants présentant les mêmes signes d'AC : la profondeur des CT chez l'enfant doit être d'au moins 1/3 de la profondeur du thorax (en pratique 4 cm chez le nourrisson et 5 cm chez l'enfant).
- La présence d'un corps étranger entraînant une obstruction aiguë des voies aériennes est une urgence médicale et nécessite un traitement immédiat débutant par des « claques » dorsales suivies, en cas d'échec, par des compressions abdominales. Enfin si le patient devient inconscient, une RCP doit être débutée immédiatement, simultanément au déclenchement de l'alerte.
- **RCP-S spécialisée (« ALS »)**
- Concernant les AC intra-hospitaliers, la priorité reste la prévention et l'organisation d'une réponse adaptée à la prise en charge des détresses vitales
- La qualité des CT et l'absence d'interruption du massage en dehors d'interruptions brèves et ponctuelles, comme lors de la réalisation d'un choc électrique, restent une priorité.
- Concernant la défibrillation, il faut privilégier l'utilisation d'électrodes autocollantes pour réduire le délai avant le choc électrique même si l'utilisation des palettes reste acceptable.
- Un nouveau chapitre a été rédigé mettant en valeur l'intérêt du capnogramme (capnographie quantitative avec affichage de la courbe du CO₂ expiré) permettant de valider le bon positionnement de l'intubation trachéale, de monitorer de façon continue la RCP, et de détecter précocement une récupération d'activité circulatoire spontanée (RACS).
- Il existe de multiples techniques de prise en charge des voies aériennes au cours de la RCP-S et il est souhaitable d'avoir une approche raisonnée de cette prise en charge en tenant compte des particularités du patient et surtout du niveau de compétence de l'intervenant.
- Les recommandations concernant le traitement médicamenteux au cours de la RCP-S n'ont pas changé (notamment concernant l'adrénaline, et l'amiodarone), mais l'incertitude se confirme quant à l'efficacité des drogues.
- L'utilisation en routine des dispositifs de CT mécaniques n'est pas recommandée bien que ce soit une alternative acceptable lorsque les compressions manuelles de qualité ne sont techniquement pas réalisables ou deviennent à risque pour l'intervenant.
- L'investigation ultrasonique peut avoir un intérêt pour détecter une étiologie curable de l'AC.
- Les techniques d'assistance circulatoire extracorporelle peuvent avoir un intérêt comme mesure de sauvetage, uniquement pour des patients sélectionnés pour qui la RCP-S habituelle est un échec.
- **Arrêt cardiaque et circonstances particulières**
- **Causes particulières d'AC**
- Ce chapitre a été ajouté pour aborder les causes réversibles potentielles d'AC qui doivent être recherchées lors d'une RCP. Ces causes réversibles sont réparties en deux groupes de quatre situations regroupées de façon mnémotechnique en quatre « H » et quatre « T » : « H » pour hypoxie, hypo/hyperkaliémie (auxquels s'ajoutent les autres désordres hydroélectrolytiques), hypo/hyperthermie, hypovolémie ; et « T » pour tamponnade cardiaque, thrombose (coronaire ou pulmonaire), toxiques (pour

- intoxications), et pneumothorax sous tension (en anglais, « tension pneumothorax »).
- L'AC d'origine asphyxique a un pronostic très péjoratif avec de lourdes séquelles neurologiques. La ventilation avec suroxygénation est essentielle pour ces AC asphyxiques.
 - L'AC par troubles hydroélectrolytiques doit être anticipé par un traitement agressif. Un nouvel algorithme pour guider la prise en charge d'une hyperkaliémie menaçante est proposé.
 - Concernant les AC par hypothermie :
 - - les patients en hypothermie sans signe d'instabilité cardiaque doivent bénéficier d'un réchauffement principalement par voie externe ;
 - les patients en hypothermie avec signes d'instabilité cardiaque doivent être transférés directement vers un centre disposant de techniques de circulation extracorporelle.
 - La reconnaissance précoce et le traitement immédiat par adrénaline intramusculaire reste le pivot du traitement d'urgence de l'anaphylaxie.
 - Un nouvel algorithme pour la prise en charge de l'AC traumatique a été conçu pour structurer les mesures de sauvetage spécifiques à mettre en place.
 - Le transport sous RCP mécanique continue directement vers un service d'angiographie expérimenté peut être utile dans certaines indications.
 - La fibrinolyse, lorsque l'embolie pulmonaire est la cause suspectée d'un AC, reste indiquée.
 - **Environnement spécifique**
 - Ce chapitre concerne les AC survenant dans des lieux particuliers, que ce soit au sein des établissements de santé (par exemple, blocs opératoires, chirurgie cardiaque, angiographie, services de dialyse, chirurgie dentaire), lors de transports aériens, sur un terrain de sport, dans un contexte d'hostilité environnementale (par exemple noyade, haute altitude, avalanche, foudre et électrisation) ou en cas de nombreuses victimes.
 - Ce chapitre passe en revue de façon très synthétique les grandes lignes de ces prises en charge :
 - Procédure nouvelle pour le patient au bloc opératoire.
 - Intérêt particulier en post-opératoire de chirurgie cardiaque de la réalisation précoce d'une réouverture de sternotomie, notamment dans un contexte de tamponnade ou d'hémorragie.
 - Priorité donnée au choc électrique en cas d'AC par rythme choquable au cours d'un cathétérisme cardiaque, une série de 3 chocs électriques successifs devant être réalisée d'emblée avant de débiter les CT.
 - Nécessité de disposer de DAE dans tous les transports aériens.
 - Prise en charge et défibrillation précoce de tout athlète au cours d'une épreuve sportive.
 - Priorité à la ventilation et la suroxygénation des noyés dont le pronostic au-delà de 10 minutes d'immersion reste particulièrement sombre.
 - Critères pour une RCP prolongée et une indication d'un réchauffement par CEC des victimes d'avalanches en AC revus pour réduire le nombre de réanimations futiles.
 - Mesures de sécurité essentielles lors la prise en charge d'un AC par électrisation.
 - Pas de RCP en l'absence de signes de vie débutée en cas d'afflux massif de victimes.
 - **Contexte pathologique particulier**
 - Ce chapitre a été conçu pour proposer des conduites à tenir en cas d'AC survenant chez des patients porteurs de comorbidités importantes (asthme, défaillance cardiaque avec assistance circulatoire, atteinte neurologique, obésité) ou dans des contextes physiopathologiques particuliers (femmes enceintes, personnes âgées). Trois cas particuliers sont retenus dans ce résumé :
 - Chez les patients victimes d'une hémorragie méningée, des modifications de l'ECG peuvent évoquer un syndrome coronarien aigu. En cas d'AC, se pose la question de prioriser la réalisation d'une TDM cérébrale ou d'une angiographie percutanée.
 - La RCP chez le patient obèse pose la question de son efficacité. Pour la ventilation, l'intubation oro-trachéale précoce est d'autant plus indispensable. Pour les CT, il est souhaitable de changer plus fréquemment d'intervenants (durée des séquences de CT inférieures à 2 min).
 - Enfin, chez la femme enceinte en AC, les priorités sont de mettre en oeuvre une RCP de

grande qualité réalisée en refoulant manuellement l'utérus, de débiter au plus vite la RCP-S et de réaliser une césarienne de sauvetage sans délai en l'absence de RACS immédiate.

- **Prise en charge post-RCP**
- Ce chapitre est également nouveau, alors qu'il était intégré préalablement dans le chapitre RCP-S. Les points essentiels sont :
- Une priorité encore plus affirmée pour la réalisation d'une angiographie coronaire avec angioplastie précoce après un AC de cause cardiaque probable.
- Un contrôle ciblé de la température (et non plus une hypothermie) reste essentiel mais la cible d'une température à 36°C remplace la cible de 32 à 34°C. En pratique, une fourchette entre 32 et 36°C paraît acceptable. Quoiqu'il en soit la prévention de l'hyperthermie reste indispensable.
- L'évaluation du pronostic est maintenant sous tendue à une stratégie multimodale et il est indispensable d'avoir un recul suffisant pour évaluer la récupération neurologique et

permettre l'élimination de toute sédation (≥ 72 heures).

- Un nouveau chapitre traitant de la réhabilitation post-AC a été ajouté. Les recommandations préconisent une prise en charge stricte des soins de suites, comprenant, notamment une approche multimodale associant examen clinique, EEG, PES, suivi biologique (enolase) et imagerie cérébrale (IRM), puis une évaluation des déficits cognitifs et émotionnels potentiels.
- Ce résumé de l'évolution des recommandations de l'ERC 2015 met en lumière le peu de modifications significatives proposées par les experts, l'essentiel de l'évolution concernant la forme et le périmètre d'application.
- **Objectifs pédagogiques**
- Rappeler les recommandations internationales 2015 sur la RCP
- Préciser les principales particularités européennes et françaises
- Aborder les pistes d'évolution en cours d'évaluation depuis 1 an