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 DEMBELE Aladji Seydou

Le comité scientifique du congrès

Président : Dr Papa Ngalgou GUEYE

Membres :

Docteur Eric AMISI

Professeur Mamadou Diarra 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 Yapou

Directeur de Publication
Romain Tchoua

Comité de rédaction
*Brouh Yapou, 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 : brouhyapo17@gmail.com
Tel : (+225) 22 48 12 50, 22 48 12 49, 07 77 36 49

Secrétariat de la rédaction
Edith Koffi, Marie Laure Affro Tél : (+225) 22 48 12 50. E-mail : brouhyapo17@gmail.com

Impression
St Paul technologie.ekrapascalmaris@hotmail.fr. (225) 01216740

Mot du Président de la SARANF 2017

Le Congrès de la SARANF se tient cette année à Libreville, 11 ans après celui de 2006. Comme pour les éditions passées, il attire de plus en plus de personnes notamment les jeunes médecins.

En 33 ans d'existence nous avons assisté à l'émergence d'un nouveau monde de l'anesthésie et de la réanimation ; en effet, une véritable révolution s'est faite sous nos yeux et nous impose de prendre le bon virage pour sortir de nos difficultés, et de la vision pessimiste de notre avenir pour l'intérêt des jeunes générations qui nous accompagnent

La mondialisation, ou encore les révolutions qu'elles soient numérique, écologique, ou génétique ne doivent plus nous faire reculer mais au contraire nous faire avancer car elles s'inscrivent dans un vaste champ d'expérimentation pour notre continent. Nous devons donc repenser notre système de pensée et nos plans d'action. Chaque médecin ou technicien de l'anesthésie réanimation peut agir là où il exerce pour accélérer cette mutation par son

action individuelle. L'ambition de la SARANF est donc de continuer à offrir une tribune d'échange entre tous les professionnels de l'anesthésie réanimation de cet espace francophone d'Afrique.

De nombreuses propositions alternatives et initiatives existent déjà. Mais comment les rendre accessibles à tous, que l'on soit en CHU ou en poste isolé ? Et comment améliorer nos pratiques professionnelles ?

A Yaoundé vous vous êtes exprimés pour que soient traités un certain nombre de thèmes qui ont été pris en compte et regroupés sous forme de cours intensifs, de conférences plénières et sur l'état de l'art, de mise au point, de controverses et de communications orales. La SARANF met ainsi à votre disposition un congrès destiné à apporter toutes les informations à la fois scientifiques et pratiques.

Scientifique le contenu le sera et pratique pour nous permettre de vérifier nos connaissances, avec nos outils de travail

Bon congrès 2017 à tous.

Romain Tchoua

Le mot du Président de la Commission Scientifique

Chers congressistes
Chers collègues, chers amis

Libreville 2017, la SARANF tient son 33^{ème} congrès marqué par un programme scientifique riche, dense et diversifié.

Fidèle à ses valeurs et son attachement à son histoire, le programme offre une place privilégiée à ses pères fondateurs qui nous font l'honneur de nous exposer leurs visions et leur expérience avec les conférences de prestige tout au long des 3 jours.

Tourné vers l'avenir, la SARANF cultive un partenariat fort en amitié et en solidarité avec les sociétés amies du monde francophone du Maghreb, de France et du Belgique. Des talents

et des experts internationaux seront nos invités pour des conférences et des échanges de haut niveau.

Les Paramédicaux de l'Anesthésie-Réanimation, de la Réanimation et de l'Urgence trouveront comme chaque année un programme dédié favorisant l'amélioration de leur connaissance et leur partage d'expérience.

Enfin la SARANF réserve une part belle à ses jeunes par leurs communications orales et posters issus des meilleurs résumés retenus cette année, et valorisant ainsi leurs travaux initiaux d'évaluation et de recherche clinique dans leurs services.

Venez nombreux dans les salles pour profiter pleinement de la SARANF Libreville 2017.

Dr Papa Ngalgou GUEYE
Président de la Commission Scientifique de la SARANF
Chef de service du SAMU 972
CHU de Martinique Fort de France

Conférences médecins

Stratégie de réanimation pré-hospitalière du polytraumatisé : Scoop and run vs stay and play

Almeimoune A¹, Mangane MI¹, Diop Th M¹, Beye SA², Démbélé AS³, Kassogue A¹, Diango MD¹

1. *Département anesthésie-réanimation et médecine d'urgence CHU Gabriel Toure ;*
2. *Service anesthésie-réanimation hôpital de Ségou*
3. *Service d'anesthésie-réanimation IOTA*

Introduction

Le polytraumatisé est par définition un blessé dont le pronostic vital est mis en jeu à court terme. « Plus de la moitié des décès post-traumatiques évitables est liée à des erreurs dans la stratégie de prise en charge, au défaut d'organisation, ou à l'inexpérience de la structure d'accueil initiale » [1]. C'est en effet un malade rapidement évolutif pour lequel le facteur temps est l'une des composantes péjoratives de sa prise en charge. Les objectifs de la prise en charge pré-hospitalière sont de stabiliser les fonctions cardio-respiratoires, pour une évacuation sans délai vers le Service d' Urgence le plus adapté. Depuis les trente dernières années la prise en charge des traumatisés à l'extérieur de l'hôpital a subi une grande évolution. L'introduction des techniques de réanimation spécialisée et une meilleure compréhension de l'importance des premières heures des traitements « Golden Hour » ont permis le développement du concept de stabilisation préhospitalière dans la majorité des services médicaux d'urgence. La pratique du « Scoop and Run » a aussi évolué de manière parallèle avec la possibilité de transports très rapides par hélicoptères. Plusieurs revues de la littérature ont essayé de démontrer la supériorité d'une conception par rapport à l'autre [2,3]. En général, les auteurs anglo-saxons considèrent que la réanimation préhospitalière est inutile, voir dangereuse, car elle fait perdre du temps [04]. En fait, il n'existe pas d'argument définitif pour départager ces conceptions. Chacune d'entre-elles est adaptée à son système hospitalier et au type de patient à prendre en charge.

Le temps pré-hospitalier Stratégie générale de prise en charge :

Deux méthodes s'opposent :

- **le scoop and run** anglo-saxon préconise une évacuation rapide après une mise en condition minimale (selon des protocoles stéréotypés) par les « paramedics » formés à l'advanced trauma life support (ATLS). Le but est de limiter le temps préhospitalier qui est considéré comme perdu. Les blessés nord-américains qui bénéficient de ce système sont surtout des victimes de traumatismes balistiques ou par arme blanche. Cette stratégie devient pénalisante en cas d'incarcération ou lorsque le temps de transport est long.

- **la médicalisation préhospitalière** européenne permet de réaliser une mise en condition de qualité et d'élaborer une stratégie thérapeutique.

Les objectifs des équipes médicales sont :

- d'identifier les détresses vitales, et de réaliser les gestes adaptés
- d'effectuer un bilan lésionnel « de la tête aux pieds » et d'instaurer les thérapeutiques complémentaires pour lutter contre les facteurs aggravants (douleur, hypothermie...)
- d'évacuer le blessé vers un service d'accueil des urgences au plateau technique approprié, et mis en alerte par la régulation du SAMU,
- de surveiller le blessé et de poursuivre les soins pendant le transport [5].

Le Système Français

La prise en charge préhospitalière du polytraumatisé se déroule en plusieurs phases. L'appel du numéro 15 déclenche l'intervention du SAMU. En règle générale, l'équipe de réanimation préhospitalière la plus proche des lieux où se trouve le polytraumatisé est envoyée sur place, aidée par des secouristes (sapeurs-pompiers) [6]. Sur les lieux, cette équipe procède à une évaluation rapide des fonctions vitales, traite les détresses vitales et

diagnostique les principales lésions. Ces éléments sont transmis au médecin régulateur du SAMU qui se charge de déterminer la destination hospitalière. Le transport à l'hôpital est assuré par l'équipe médicale du SAMU qui l'a pris en charge. Le système des SAMU départementaux couvre une majorité du territoire français. De même le numéro (15) est disponible dans la majorité des départements. Néanmoins, il existe des différences importantes dans l'organisation et la qualité du service fourni d'un département à un autre [6].

Le système nord-Américain

Aux Etats-unis, la prise en charge des polytraumatisés repose sur la théorie du « Scoop and Run ». Elle consiste à déterminer très brièvement la gravité du blessé et à l'orienter en fonction d'un score prédéterminé vers le centre de traumatologie le plus proche. L'efficacité dans ce système est principalement évaluée sur la vitesse de la prise en charge préhospitalière. Lorsqu'une thérapeutique est envisagée, elle est réalisée soit par des secouristes (Emergency Medical Technician) ou des auxiliaires paramédicaux (paramedics), mais jamais par des médecins.

Il existe aussi une grande différence quant au type de blessés pris en charge entre les Etats-Unis et l'Europe. Aux Etats-Unis, la majorité des Traumatismes en milieu urbain sont des Traumatismes pénétrants avec une majorité de traumatismes par arme blanche et de plaies par balle. Le problème n'est pas diagnostique mais exclusivement thérapeutique : réaliser l'hémostase chirurgicale la plus précoce possible. Donc, la prise en charge chirurgicale immédiate de tels blessés peut donner de bons résultats. A l'inverse, en Europe où les traumatismes fermés sont de très loin les plus fréquents, l'indication de geste chirurgical est beaucoup plus difficile à poser a priori en l'absence d'examen complémentaire. Ainsi la prise en charge préhospitalière aux Etats Unis s'oppose point par point à la conception française prônant la STABILISATION des fonctions vitales au cours du transport. FEERO S. et Coll [7] dans une étude rétrospective réalisée à Portland dans l'Oregon, comparant les délais de prise en charge préhospitalière entre les survivants qui auraient dû mourir selon les données du TRISS et les morts qui auraient dû survivre, concluent que le délai de prise en charge hospitalière plus court influence favorablement le pronostic. Cependant à cause

des biais méthodologiques qu'elle connaît cette étude réalisée en ville ne permet pas d'extrapoler un quelconque résultat au système français ou à une zone rurale. Il n'en demeure pas moins vrai que le traitement d'une hémorragie repose sur l'hémostase chirurgicale dans les plus brefs délais. En somme, la situation d'un patient à 3 min d'un « trauma-center » extrêmement performant, atteint d'une plaie par balle responsable d'une hémorragie incontrôlée, est tout à fait différente de celle d'un polytraumatisé atteint d'une fracture du bassin et de lésions cérébrales se trouvant à une ou deux heures de l'hôpital .

La durée de la prise en charge

Le temps moyen de prise en charge par les paramedics est de 38.2 ± 6.3 minutes [8]. En Europe, il varie de 42 minutes en Allemagne (utilisation d'hélicoptères) [9] à 80 minutes en France (étude sur 53 patients) [10]. En zone rurale, les délais d'arrivée à l'hôpital sont de 50 minutes pour les paramedics [11] versus 101 minutes en région Bordelaise [12].

Une analyse objective de la durée de la prise en charge préhospitalière doit aussi intégrer le temps de mise en condition à l'arrivée à l'hôpital. En effet, les gestes qui n'ont pas été réalisés à l'extérieur de l'hôpital doivent être réalisés à l'arrivée. Ainsi, Yates et Coll [6] montrent que la prise en charge des polytraumatisés à Paris est plus longue à la phase préhospitalière qu'elle ne l'est en Angleterre. Par contre, le temps de prise en charge à l'arrivée à l'hôpital est plus court en France. En conséquence, si on considère la durée globale de la prise en charge depuis la survenue du traumatisme jusqu'à l'intervention chirurgicale, ce temps est plus court dans le système Français.

La Réanimation respiratoire

Schmidt [14], comparant la prise en charge préhospitalière des polytraumatisés aux Etats-Unis et en Allemagne, observe que la prise en charge médicalisée allemande diminue la mortalité initiale des blessés graves. Ceci est dû principalement à un meilleur traitement des détresses ventilatoires : l'intubation trachéale et la ponction de décompression des pneumothorax suffocants sont plus fréquentes et mieux réalisées par les médecins allemands que par les "paramedics" américains. L'intubation et la ventilation immédiate sont un bénéfice important de la réanimation préhospitalière sur le terrain. Son principal

avantage est d'assurer la liberté des voies aériennes tout en protégeant du risque d'inhalation du liquide gastrique. Cependant, ce geste réalisé à l'extérieur de l'hôpital expose au risque d'hypoxémie lors des tentatives infructueuses, d'inhalation de liquide gastrique à la suite de vomissement ou d'une régurgitation et de laryngospasme en cas d'intubation sans sédation. L'intubation oesophagienne accidentelle non détectée immédiatement peut être responsable d'accidents anoxiques catastrophiques.

La réanimation circulatoire

Depuis longtemps certains auteurs nord-américains pensent que la réanimation circulatoire des blessés peut être inefficace voire dangereuse lorsque l'hémorragie n'est pas contrôlée. Les effets délétères du remplissage vasculaire préhospitalier seraient : une coagulopathie de dilution, une augmentation des pertes sanguines, une hypothermie et des arythmies. En effet, il est clair que l'objectif de la réanimation n'a jamais été d'arrêter un saignement mais de maintenir en vie le patient jusqu'à l'hémostase chirurgicale. Le fait que le remplissage vasculaire augmente l'hémorragie ne semble pas être un problème, car le but n'est pas d'économiser du liquide de remplissage vasculaire mais de maintenir des paramètres vitaux et une oxygénation tissulaire suffisante. Certains ont fait même remarquer que les seuls patients qui arrêtent vraiment de saigner en peropératoire sont ceux qui sont en arrêt cardiaque [15].

Nature des lésions

Le bénéfice respectif de ces deux types d'organisation préhospitalière n'est pas clair mais il semble évident que les traumatisés doivent être pris en charge en fonction du type de leurs lésions et non pas globalement. Ainsi, l'intubation et la ventilation immédiate sont un bénéfice important de la réanimation préhospitalière sur le terrain alors que ce bénéfice apparaît moins net pour le versant circulatoire et la prise en charge des hémorragies qui seraient mieux traitées par la méthode « Scoop and Run » [15].

Sur le plan financier:

L'avantage du système français est encore plus difficile à mettre en évidence. On peut

considérer qu'un tel système est relativement onéreux et n'est possible que grâce à la couverture sociale qui existe en France. En effet, il privilégie l'individu atteint d'une pathologie aiguë et grave sans tenir compte de la faible fréquence statistique des urgences vitales à l'extérieur de l'hôpital et de leur mauvais pronostic éventuel.

Conclusion :

La comparaison des deux systèmes « Scoop and Run » et l'approche « Stay and play » (stabilisation) doit prendre en considération l'analyse de l'efficacité et de la qualité des soins préhospitaliers en termes de mortalité et morbidité, or les études publiées dans la littérature ne sont pas comparables et ne décrivent pas des situations identiques.

Références

1. **Stocchetti.** Trauma care in Italy : evidence of in-hospital preventable death. *J Trauma* 1994; 36:401-5.
2. **Carli P, Barriot P.** Rescue services and prehospital care of multiple trauma patients. *Cur op Aneth*, 1993, 6: 365-8.
3. **Trunkey DD.** Is ACLS necessary for prehospital trauma care? *J Trauma*, 1984, 24: 86-87.
4. **Border JR, Lewis FR, Aprahamian C et al.** Prehospital trauma care. Stabilize or Scoop and Run. *J.Trauma.* 1983, 23, 708-711.
5. **Ammirati Ch.** Stratégie de prise en charge extrahospitalière d'un polytraumatisé. In « SFAR. Conférences d'actualisation - 42e Congrès d'Anesthésie Réanimation », Elsevier : Paris ; 2000. pp 389-408.
6. **Carli P.** Réanimation préhospitalière. In traité d'Anesthésie Réanimation Samii K. Ed Masson Paris 1995
7. **Feero S, Hedges JR, Simmons E, Irwin L.** Does out-of hospital EMS time affect trauma survival? *Am J Emerg Med* 1995 ; 13 : 133 – 135
8. **Liberian M, Mulder D, Sampalis J.** Advanced or Basic Life Support for trauma: Meta-analysis and critical review of the literature. *J Trauma* 2000;49:584-99

9. **Schmidt U, Frame SB, Nerlich ML, Rowe DW, Enderson BL, Maull KI, Tscherme H.** On-scene helicopter transport of patient with multiple injuries : Comparaison of a German and an American system. *J Trauma* 1992;33:548-55
10. **Bajolet-Laplante MF, Ricard-Hibon A, Frederic M, Chollet C, Duchateau FX, Marty J.** Délais de prise en charge pré-hospitaliers des traumatisés. [Résumé] *Ann Fr Anesth Réanim* 2002;21:R264
11. **Grossman DC, Kim A, Macdonald SC, Klein P, Copass MK, Maier RV.** Urban-rural differences in prehospital care of major trauma. *J Trauma* 1997;42:723-9
12. **Dupont M, Tentillier E, Thicoïpé M, Mathieu F, Dabadie P, Poisot D.** Délais de médicalisation pré-hospitalière des traumatisés crâniens graves. [Résumé] *JEUR* 2000;1:A 79
13. **Yates DW, Carli P., Woodford M., Soleil C.** Towards statistical comparison of French and British systems of initial trauma care. *JEUR*, 1994, 2: 88-93.
14. **Shmidt V, Frame SB, Norlich ML et al.** One scene helicopter transport of patients with multiple injuries. Comparaison of a German and an American system. *J. Trauma*, 1992; 33: 548-55.
15. **CD. Deakin.** Strategies in the prehospital management of major trauma. *JEVR*, 1995, 140-146

Prise en charge péri-opératoire du patient immuno-déprimé

Définitions et rappels de l'Immunodépression

Les déficits immunitaires constituent une défaillance de l'immunité, pouvant être constitutionnelle (héréditaire) ou acquise.

Dans tous les cas, ces déficits exposent les individus, qui en sont atteints à des risques infectieux et/ou néoplasiques.

D'autres part, l'organisme où se déroule la réponse immunitaire, peut être l'objet de réactions pathologiques, à savoir des phénomènes d'hypersensibilité ou l'auto-immunité.

Causes d'Immunodépression

- Insuffisances Immunitaires congénitales
- Infection par le VIH
- Diabète sucré
- Leucémies
- Polytraumatisés, Polytransfusés, patients de réanimation lourde
- Transplantés (porteurs de greffe d'organe)
- Les traitements immunosuppresseurs

Pathogénie

Dans cette partie, nous aborderont quelques grandes pistes partant des étiologies fréquentes de l'immunodépression.

Insuffisances immunitaires congénitales

Ces insuffisances immunitaires diffèrent beaucoup de celles des enfants sains antérieurement. Et la particularité de cette immunodépression se situe au niveau de la susceptibilité aux infections. Ces enfants n'ont pas de porte d'entrée infectieuses et sont souvent atteints de différents pathogènes (*Pseudomonas Aeruginosa*, *E. Coli*, *Klebsiella*), aussi bien que des champignons (*Candida Albicans*, *Aspergillus*). Ces enfants peuvent faire des sepsis polymicrobiens ou avec une bactérie provenant du tube digestif.

Ces enfants développent peu ou pas de signes prémonitoires avant de présenter un choc septique. La fièvre est habituelle et précoce.

Infection par le VIH

Le VIH est un virus à ARN simple brin, lentivirus de la famille des rétrovirus, infectant préférentiellement les lymphocytes T auxiliaires ou CD4+. Le taux de CD4+ (normal entre 500 et 1 200/mm³) diminue au cours de la

réplication virale, ce qui détermine le risque de survenue de la maladie SIDA. La charge virale plasmatique (marqueur prédictif du risque évolutif et paramètre de surveillance de l'efficacité du traitement ant1-VIH) est exprimée en nombre de copies d'ARN viral/ml de plasma, soit charge virale faible : < 5 000 copies/ml et charge forte : > 1 0 000 copies/ml. Le diagnostic biologique fait appel à un test de dépistage rapide (Elisa à détection combinée des anticorps anti-VIH-1 et -2 et de l'Ag P24 du VIH-1) obligatoirement associé à un test de dépistage classique sur un 2^o prélèvement, et un test de confirmation par Western blot. La phase de complications ou SIDA survient lorsque les CD4+ sont < 200/mm³.

Système de classification de L'OMS en 4 stades du VIH de l'adulte (juin 2003)

- **Stade clinique I** : séropositivité asymptomatique, lymphadénopathie généralisée.
 - **Stade clinique II** : perte de poids < 10 %, manifestations cutanéomuqueuses mineures, zona, infections récidivantes des VAS.
 - **Stade clinique III** : perte de poids > 10 %, diarrhée chronique, fièvre prolongée, candidose buccale, leucoplasie orale chevelue, tuberculose pulmonaire, infections bactériennes sévères
 - **Stade clinique IV**: syndrome cachectisant du VIH, pneumopathie à *Pneumocystis jirovecii*, toxoplasmose cérébrale, cryptosporidiose intestinale, cryptococcose extrapulmonaire, maladie à Cytomégalovirus, infection par le virus herpès simplex cutané-muqueuse > 1 mois ou viscérale, leucoencéphalopathie multifocale progressive, toute mycose endémique disséminée (histoplasmosis, coccidioïdose ...), candidose de l'œsophage, trachée, bronches et poumon), mycobactériose atypique disséminée, septicémie à salmonelles non typhiques, tuberculose extra-pulmonaire, lymphome, sarcome de Kaposi, encéphalopathie du VIH (dysfonctionnement cognitif et/ou moteur à progression lente, sans cause autre que le VIH).
- Manifestations cliniques fréquentes sous traitement anti-rétroviral.**
- Atteintes du système nerveux fréquentes: atteintes neurologiques périphériques

plurifactorielles (VIH+toxiques): polyneuropathies ± myopathies; atteintes centrales multiples, infectieuses spécifiques du VIH et opportunistes (toxoplasmose, cryptococcose, CMV, histoplasmose, tuberculose, lymphome), d'origine vasculaire (ischémique ou hémorragique) et d'origine carencielle. Attention à certains cofacteurs neurotoxiques : alcool, drogue, co-infection VHC.

- Atteintes cardiovasculaires: myocardite fréquente à un stade avancé

(CMNO) avec troubles du rythme± conductifs, coronaropathie (athérosclérose accélérée sur dyslipidémie toxique des inhibiteurs de protéase). Le risque de resténose coronaire est plus élevé chez les patients VIH. D'autres facteurs de risque CV sont souvent associés (tabac, HTA) et les complications métaboliques des cART (dyslipidémies et dysrégulation glycémique) contribuent aux complications CV.

- Atteintes pulmonaires secondaires à infections opportunistes (Pneumocystis Carinii, tuberculose, nocardioses) ou sarcome de Kaposi.

- Atteintes hématologiques : thrombopénies fréquentes le plus souvent de type PTI ou microangiopathie thrombotique, hypercoagulopathies fréquentes (anticorps antiphospholipides, CIVO). Le risque thromboembolique est plus élevé chez les patients VIH+.

Le Diabète sucré

Chez les patients diabétiques, une immunodépression est décrite, favorisant le risque accrue d'infections.

Des altérations de la fonction leucocytaire dont une diminution du chimiotactisme, une altération de la phagocytose et une diminution de la capacité intercellulaire à lyser les staphylocoques et les pneumocoques sont décrit chez les diabétiques hyperglycémiques. Raison pour laquelle la glycémie devrait être gardée chez ces patients en dessous de 2,5 g/l.

Les patients transplantés

Les patients traités aux immunosuppresseurs présentent un risque accru de développer des infections opportunistes (bactériennes, fongiques, virales et à protozoaires) et peuvent conduire à des affections graves ou fatales. L'évolution des maladies infectieuses préexistantes est aggravée.

Les traitements immunosuppresseurs

Ciclosporine: forme per os (capsules et sol. Buvable) et injectable. La solution Buvable doit

être diluée dans une boisson froide (chocolat, lait, cola, jus de fruits) mais pas dilué dans l'eau. Inhibe les réactions immunitaires à médiation cellulaire en bloquant les lymphocytes quiescents du cycle cellulaire. Cette action apparaît spécifique et réversible.

2 prises par jour à heures fixe, contrôle de l'efficacité par dosage sanguin (ciclosporinémie).

- Très nombreuses précautions d'emploi: beaucoup de médicaments associés font varier le taux sanguin.

- Néphrotoxicité aiguë, réversible, dose dépendante et chronique.

- Modification du métabolisme hépatique: augmentation bilirubine et enzymes hépatiques

- Provoque hypertension, hypertrichose et hypertrophie gingivale, tremblements des extrémités.

Tacrolimus: forme per os (gélules) et injectable (incompatible avec les tubulures contenant du PVC).

Le tacrolimus est un immunosuppresseur très puissant dont l'activité a été démontrée in vitro et in vivo. Le tacrolimus inhibe notamment la formation des lymphocytes cytotoxiques qui sont principalement responsables du rejet du greffon.

Une (Advagraf) à deux (Prograf) prises par jour, à heures fixes.

Remplace de plus en plus souvent la ciclosporine Contrôle de l'efficacité par dosage sanguin (Tacrolémie).

Nombreuses interactions médicamenteuses faisant varier le taux sanguin de tacrolimus

Nombreux effets indésirables:

- Tachycardie, hypertension, ischémie coronaire,

- Anémie, baisse des globules blancs, des plaquettes,

- Tremblements, céphalées, paresthésie, vertiges, vision trouble, acouphènes,

- Dyspnée, toux, congestion nasale, Nausées, diarrhée

- Anomalie de la fonction rénale (insuffisance rénale, troubles Urinaires)

- Prurit, alopecie, hypersudation, arthralgies, crampes

- Hyperglycémie, diabète sucré.

- Insomnies

Les traitements antirétroviraux

- Les 22 spécialités utilisés en 2013 (dont 6 formes combinées dont 2 trithérapies en 1 seul cp appartiennent à 6 classes thérapeutiques (cf. tableau): 1) Inhibiteurs nucléosidiques de la

transcriptase inverse (INTI), 2) Inhibiteurs non nucléosidiques de transcriptase inverse (INNTI), 3) Inhibiteurs de protéase (IP), 4) Inhibiteurs d'intégrase, 5) Inhibiteurs de fusion (IF) et d'entrée, 6) Antagonistes du corécepteur CCR5.

- Objectif thérapeutique: restaurer CD4 > 500/mm³ en réduisant la CV < 50 cp/ml en combinant 3 anti-rétroviraux : le plus souvent 2 INTI + 1 IP, 2 INTI + 1 INNTI.

- Effets secondaires :

- Les INTI ont des effets toxiques cellulaires multiples, appelés " cytopathie mitochondriale " : lipoatrophie, neurotoxicité, hématotoxicité et hépatotoxicité avec acidose lactique. Les INNTI sont métabolisés par le foie (CYP450) et associés à de nombreuses interactions médicamenteuses. La coprescription de metformine et d'INTI peut favoriser la survenue d'une acidose lactique.

- Les inhibiteurs de protéase (IP) présentent une toxicité hépatique (inhibition des CYP450, le plus puissant étant le ritonavir dit " booster ») et des effets métaboliques multiples {diabète, dyslipidémie, lipohypertrophie, athérosclérose accélérée). Le traitement des hypercholestérolémies doit faire appel aux statines non métabolisées par le CYP450 /CYP3A (pravastatine, nuvastatine, rosuvastatine).

- Un risque de toxicité rénale est rapporté sous ténofovir et indinavir.

- Les interactions médicamenteuses (cf. sfar.org et hiv-druginteractions. org), multiples, résultent essentiellement de l'effet inhibiteur des IP

(ritonavir++lopinavir+), mais aussi des INNTI (efavirenz+) sur le cytochrome

P450. Le risque est de majorer les effets (prolongation et toxicité accrue) des médicaments substrats du cytochrome P450 3A4, tels que:

- Hypnotiques: thiopental, kétamine et benzodiazépines: midazolam, diazépam, triazolam, et anti-épileptiques

- Morphiniques: fentanyl > sufentanil > alfentanil

- Antiémétiques, anti-arythmiques (quinidine et amiodarone), macrolides et fluconazole (QT long et torsades de pointe)

- La rifampicine est contre-indiquée avec les IP non associés au ritonavir.

- Adaptations posologiques et gestion des arrêts :

- Adaptation des doses des INTI en cas d'insuffisance rénale sauf pour l'abacavir.

- Adaptation des doses d'IP et d'INNTI en cas d'insuffisance hépatique.

- L'interruption d'un cART est délétère (discuter avec l'infectiologue référent) ; le risque dépend de la durée et de la période de la maladie ; interruption ponctuelle en période de suppression virale possible (par ex. en chirurgie digestive, s 2 j, doit porter sur l'ensemble du traitement par risque d'émergence de résistance en monothérapie). La prise des IP nécessite une prise alimentaire (corps gras) concomitante (donc incompatible avec le jeûne). Un cART peut être administré sur sonde entérale avec apport alimentaire minimal (nécessité monitoring thérapeutique).

Prise en charge anesthésique

De la prise en charge anesthésique, nous considérerons certains terrains particuliers, en survolant les autres étant donné qu'ils font l'objet de chapitre à part entière. Le cas de l'Anesthésie du Diabétique, l'Anesthésie du patient VIH+. Pour les diabétiques on insiste sur le fait de diagnostiquer les complications du diabète en préopératoire et d'optimiser la glycémie.

Pour les patients VIH+, un accent est mis sur la protection des praticiens, le diagnostic du stade de la maladie, les infections opportunistes et aussi les immunosuppresseurs.

Les leucémiques posent des problèmes de coagulations dont il faudrait faire une balance entre le risque hémorragique et le bénéfice de l'intervention.

De manière générale, voici comment se résume la prise en charge anesthésique:

Evaluation pré-opératoire :

Elle comprend : le statut infectieux, le statut sérologique (surtout pour le greffe du foie) et le statut de rejet pour les greffes d'organes

- Très souvent ce sont des patients avec un risque anesthésique important vu les comorbidités (HTA, D.S, troubles de coagulation, troubles coronariens)

- Problème de Voies veineuses Périphériques difficiles

- Développement des stratégies transfusionnelles immunoprotectrices notamment du sang phénotypé, déleucocyté, CMV négatif ; ce qui n'est pas toujours disponible dans un contexte africain

- La surveillance post interventionnelle doit être prévue en réanimation

- Pour les greffes d'organes, tenir compte de : l'état du greffon et des os, organes presque avec des particularités d'immunodépression, on peut avoir une dysfonction de l'organe transplanté. Pour les patients HIV+ : les résultats de suivi de l'infection VIH (taux de CD4 et charge virale de moins de 3 mois, profil lipidique, contrôle glycémique), NFS-plaquettes, TP-TCA ± tests des fonctions plaquettaires, Ionogramme, bilan hépatique, ECG. L'examen clinique décrit le statut neurologique, cardiaque, respiratoire et hémorragique. Une radiologie pulmonaire récente est requise chez les patients VIH+ à risque d'infections opportunistes (CD4 < 200/mm³) et un infiltrat radiologique doit faire évoquer une mycobactériose à risque de contagiosité.

Prise en charge per opératoire

-Antibioprophylaxie systématique à cause d'un risque infectieux

-Asepsie rigoureuse

-Respect du capital veineux et protégez les voies intraveineuses

-Prémédication habituelle

-ALR possible doit être réalisée (combinée), mais la Rachi Anesthésie est souvent dangereuse

-Pour les transplantations d'organes, attention avec des halogénés, la vasoplégie d'induction et de posture doivent être prévus avec des vasopresseurs (Ephédrine,...)

-Le traitement immunosuppresseur est maintenu jusqu'au matin de l'intervention avec un peu d'eau ; il sera repris le soir Per Os ou IV

-La suppression d'un traitement immunosuppresseur peut entraîner le rejet de greffe

Post opératoire

Si greffe:

- Surveiller la fonction du greffon, continuer avec le traitement, immunosuppresseur

- Prévenir le risque infectieux (matériel, inflammation,...)

- Asepsie adaptée à la fonction rénale

- Eviter les AINS

- PCA (Analgesie contrôlée à la pompe de morphine souhaitable)

Conclusion

Ne pas aggraver risque immunosuppression

Privilégier ALR

Choix agents anesthésiques: CI Morphiniques à fortes doses?

Gestion traitement en cours

Maintien si possible

Relais iv si nécessaire et si possible (greffé)

Interférences médicamenteuses

Prévention infection

Références

1. **P. Forget, M. De Kock:** Could anesthesia, analgesia and sympathetic modulation affect neoplasia recurrence after surgery? A systematic review central over the modulation of natural killer cells activity, AFAR 2009
2. **O. Ahlers 1*, 1. Nachtigall 1, J. Lenze 1, A. Goldmann 1, E. Schultze 1, C. Hohn 2, G. Fritz 3 and O. Keh 1:** British Journal of Anesthesia 101 (6): 71-7 (2008)
3. **T. Kawasak P, M. Ogata 1*, C. Kawasaki!, K. Okamoto 2 and T. Sata 1 :** British Journal of Anesthesia 98 (2): 196-203 (2007)
4. **Horlocker T** Reg Anesth Pain Medicine 2006
5. **Xavier Capdevila. Sophie Bringuier, Pharm.D., M.Sc., 1 Alain Borgeat. :** Infectious Risk of Continuous Peripheral Nerve Blocks; Anesthesiology 2009.
6. **Patrice Forget, Valérie Collet, Patricia Lavand'homme et Marc De Kock ;** Eur J Anesthesiol 2010 ; 27 :233-240
7. **Rivka Melamed, MSc*, Shahar Bar-Yosef, MDt, Guy Shakhhar, PhD*, Keren Shakhhar, MA*, and Shamgar Ben-Eliyahu, PhD*:** Suppression of Natural Killer Cell Activity and Promotion of Tumor Metastasis by Ketamine, Thiopental, and Halothane, but Not by Propofol: Mediating Mechanisms and Prophylactic Measures
8. **Comité des référentiels de la SFAR :** Recommandations formalisées d'experts ; Gestion périopératoire des traitements chroniques et dispositifs médicaux Juin 2009
9. **Anesthésie du patient VIH+.** MAPAR 2016 : 115-117

La césarienne : vers un Fast-track surgery ?

Mandji Lawson Jean Marcel¹, Obame Richard², Nkilly Edjo Ghislain¹

1. Hôpital d'Instruction des Armées Omar BONGO ONDIMBA

2. CHU Owendo Libreville GABON

Introduction

Le taux des césariennes atteint 20 à 30 % des accouchements dans la plupart des pays. Ce pourcentage fait de la césarienne, l'une des interventions chirurgicales les plus pratiquées chez la femme dans le monde.

Le grand nombre de césariennes réalisées incite à une logique d'optimisation poussée dans divers domaines notamment dans les pays développés. Cette optimisation doit pouvoir profiter aux patientes, en réduisant le retentissement de l'acte chirurgical sur leur autonomie et sur leur relation avec leur enfant ; pour les opérateurs et les soignants, en simplifiant les procédures et en réduisant la charge de soins ; pour le bailleur de fonds, en réduisant les coûts

Concept

Le concept de réhabilitation, développé dans les années 90 par Kehlet dans le cadre de la chirurgie digestive, a été initialement soutenu par des exigences médico-économiques. Par une approche multidisciplinaire, ce concept vise à favoriser la récupération rapide des capacités physiques et psychiques antérieures du patient opéré.

La réhabilitation postopératoire précoce (ou « fast-track surgery » pour les anglo-saxons) repose sur un certain nombre de mesures visant à réduire les facteurs impliqués dans la limitation de la récupération comme la douleur, les dysfonctions d'organes, l'immobilité... Parmi ces principales mesures on retiendra : l'analgésie postopératoire multimodale efficace et limitant le recours aux opioïdes ; les apports oraux précoces ; le retrait rapide des cathéters, drains et sondes, y compris la sonde urinaire ; la mobilisation précoce des patients ; la prévention des nausées et vomissements. . Les grands principes de la réhabilitation sont applicables à la césarienne et dans ce cadre, elle devra prendre en compte et favoriser des aspects particuliers comme la facilitation de la relation mère-enfant, de l'allaitement et de la mise en oeuvre de soins au nouveau-né.

Analgésie

La douleur post opératoire après césarienne est décrite comme une douleur forte pendant les 48 premières heures postopératoires. La prise en charge de la douleur de façon multimodale paraît donc indispensable afin, d'une part, d'être plus efficace et, d'autre part, de limiter autant que possible les effets indésirables des antalgiques et en particulier des morphiniques. Actuellement, la césarienne étant réalisée sous ALR, cette analgésie postopératoire doit associer des morphiniques en périmédullaire à des antalgiques non morphiniques comme le paracétamol, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), le tramadol ou le néfopam. Les doses de morphine recommandées pour le meilleur compromis efficacité analgésique – effets indésirables sont en intrathécal de 100 µg et en péridural de 2 mg. Les nausées et le prurit restent fréquents. Les molécules habituellement recommandées dans la prise en charge de ces effets indésirables sont l'ondansétron, le dropridol ou la dexaméthasone.

Les techniques de blocs de la paroi (TAP bloc, bloc ilio-inguinal ilio-hypogastrique) peuvent être proposées en alternative à la morphine périmédullaire. Plusieurs études, regroupées dans

une méta-analyse récemment publiée, montrent l'efficacité des TAP (Transversus Abdominis Plane) blocs bilatéraux. Cette technique de bloc consiste en une injection, de façon bilatérale, d'anesthésique local au niveau du plan abdominal transverse.

Le relais per os doit se faire précocement, dès la reprise de l'alimentation. C'est ainsi que certains ont proposé le concept de PCOA (Patient Controlled Oral Analgesia) qui s'adapte tout à fait à la césarienne.

Alimentation postopératoire

Dans les césariennes, comme dans toute chirurgie abdominale, il était d'usage d'attendre la reprise du transit pour lever le jeûne. L'intérêt de ce jeûne postopératoire n'a jamais été clairement décrit. Il trouve sa justification dans la tradition chirurgicale. De nombreux travaux ont été menés sur la tolérance et la sécurité

d'une alimentation postopératoire avec des expériences qui introduisaient progressivement des boissons, puis des alimentations semi-liquides et enfin des alimentations légères à normales. Cette attitude n'a pas montré d'augmentation des complications chirurgicales, mais elle a entraîné une très nette augmentation du taux de satisfaction des patientes.

Cathéters veineux

Le maintien d'une perfusion en postopératoire peut être un frein à la reprise de l'autonomie et se justifie par la prévention de l'hémorragie du postpartum qui repose encore pour la plupart des structures sur l'administration prolongée d'ocytocines. Cependant plusieurs études ont montré que le maintien d'une perfusion d'ocytocine au-delà de la 4^e heure postopératoire serait inutile. Le recours à la carbétocine (Pabal®) proposée en prévention de l'hémorragie du postpartum pourrait être une alternative. Cette molécule a une efficacité et des effets secondaires comparables à l'ocytocine et une durée d'action plus longue (4-5 heures versus 30 min pour l'ocytocine). Son administration en dose unique sans relais nécessaire pourrait éviter le maintien d'une voie veineuse et donc favoriser le processus de réhabilitation. Malheureusement son coût plus élevé que l'ocytocine pourrait empêcher sa généralisation dans nos pays.

Sonde urinaire

Aujourd'hui, dans la plupart des protocoles, une sonde urinaire est mise en place immédiatement avant l'intervention afin de vider la vessie et de réduire le risque de traumatisme vésical pendant l'intervention, mais elle est généralement laissée en place pendant les 24 premières heures postopératoires. L'ablation de la sonde urinaire après césarienne est une option réaliste puisqu'elle n'est associée qu'à un nombre très faible de re-cathétérisations urinaires pour rétention et est associée à un taux plus faible d'infection urinaire. Un retrait précoce de la sonde urinaire peut donc être proposé sans majoration du risque de recathétérisme pour rétention urinaire. Néanmoins, il sera important d'associer cette stratégie à un protocole de surveillance de la miction

Information aux patientes

Une information sur tous les éléments de la prise en charge aux patientes dans le contexte d'une chirurgie programmée semble un élément déterminant pour l'adhésion à une procédure de

réhabilitation accélérée et l'obtention d'un raccourcissement du séjour

Conclusion

La réhabilitation post-césarienne n'est pas qu'une réhabilitation postchirurgicale. Elle vise à un retour rapide de l'autonomie maternelle en permettant une analgésie efficace, une reprise précoce de l'alimentation et de la mobilisation sans perfusion ni sonde urinaire. La restauration rapide de l'autonomie maternelle est primordiale pour la création des liens mère-enfant. Il est urgent de mettre en œuvre des programmes sur ce thème dans chaque centre ayant une activité obstétricale.

Références:

1. **Tarekegn F, Eshetie S, Moges K (2015)** Efficacy of Transversus Abdominis Plane (TAP) Block as Part of Multimodal Analgesia after Cesarean Section Delivery. *J Anesth Crit Care Open Access* 3(3): 00100. DOI: [10.15406/jaccoa.2015.03.00100](https://doi.org/10.15406/jaccoa.2015.03.00100).
2. **Kehlet H.** Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *Br J Anaesth* 1997; 78(5):606-17.
3. **Abboud TK, Dror A, Mosaad P, et al.** Mini-dose intrathecal morphine for the relief of post-cesarean section pain : Safety, efficacy, and ventilatory responses to carbon dioxide. *Anesth Analg* 1988; 67:137-43.
4. **George RB, Allen TK, Habib AS.** Serotonin receptor antagonists for the prevention and treatment of pruritus, nausea, and vomiting in women undergoing cesarean delivery with intrathecal morphine: systematic review and meta-analysis. *Anesth Analg* 2009; 109(1):174doi:10.1213/ane.0b013e3181a45a6b [published Online First: Epub Date].
5. **Mishriky B.M., George R.B., Habib A.S.** - Transversus abdominis plane block for analgesia after caesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. *Can. J. Anaesth.*, 2012; 59(8):1.766-778.
6. **Benhamou D, Tecszy M, Parry N, et al.** Audit of an early feeding program after Cesarean delivery: patient wellbeing is increased. *Can J Anaesth* 2002; 49(8):814-9 doi:

- 10.1007/BF03017414 [published Online First: Epub Date].
7. **Mockler JC, Murphy DJ, Wallace EM.** An Australian and New Zealand survey of practice of the use of oxytocin at elective caesarean section. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2010; 50(1):30-5 doi: AJO1108 [pii].
8. **Higgins L, Mechery J, Tomlinson AJ.** Does carbetocin for prevention of postpartum haemorrhage at caesarean section provide clinical or financial benefit compared with oxytocin? *J Obstet Gynaecol* 2011; 31(8):732-9 doi:10.3109/01443615.2011.595982 [published Online First: Epub Date].
9. **Ghoreishi J.** Indwelling urinary catheters in caesarean delivery. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2003; 1.83: 267-270.

Douleurs chroniques post-chirurgicales : cas des douleurs neuropathiques (DNPC)

Professeur Elisabeth DIOUF

*Service d'Anesthésie-Réanimation CHU le Dantec
Faculté de médecine UCAD, Dakar*

Résumé

La chirurgie induit des douleurs qui peuvent se prolonger au-delà de la période des premiers jours postopératoires. Elles peuvent être prolongées sur plusieurs mois après la chirurgie. Elles deviennent chroniques quand elles persistent 2 à 3 mois après la chirurgie. La douleur chronique postchirurgicale (DCPC) ou douleur chronique postopératoire (DCPO) a été définie par Macrae en 1999 par 4 points :

- la douleur apparaît après la chirurgie ;
- persiste plus de deux mois après la chirurgie ;
- les autres causes de douleur ont été éliminées, notamment une infection et/ou récurrence tumorale ;
- elle est sans lien avec la douleur préopératoire [1-3].

Les douleurs chroniques post-chirurgicales ne doivent pas avoir d'autres causes que la chirurgie et ne doivent pas s'inscrire dans la continuité d'un problème préopératoire [1]. Perkins et al. ont fait la synthèse des données épidémiologiques concernant la douleur chronique postopératoire pour cinq types de chirurgie : thoracotomie, chirurgie du sein, cholécystectomie, hernie inguinale, amputation. Il apparaît que la douleur chronique postopératoire a une fréquence élevée variant de 10 à 80 % selon les situations chirurgicales et les études [3].

La douleur neuropathique est officiellement définie par l'association internationale pour l'étude de la douleur (*International Association for the Study of Pain, IASP*) depuis 2011 comme une «douleur étant la conséquence directe d'une lésion ou une maladie affectant le système somato-sensoriel » [4]. Les douleurs neuropathiques postopératoires correspondent à des douleurs engendrées par une lésion traumatique d'un nerf au cours de la chirurgie. La douleur neuropathique induite par les lésions nerveuses a été considérée à plusieurs reprises comme une cause majeure de DCPC [5]. Bien que d'origine iatrogénique, les douleurs neuropathiques post-chirurgicales restent sous diagnostiquées en médecine de ville et en chirurgie. La part de la douleur neuropathique

dans la DCPC est importante, mais varie de 6 à 68 % selon le type de chirurgie. Chaque année, des milliers de patients opérés, présentent des douleurs chroniques postopératoires (DCPC) dont la majorité ont des caractéristiques neuropathiques et mettent en échec un acte chirurgical considéré par ailleurs comme réussi. Pour certains d'entre eux, l'intensité, la persistance et le retentissement de la douleur neuropathique postopératoire affectent la qualité de vie de façon importante[4].

Les facteurs de risques cliniques et la physiopathologie de la DCPC sont des sujets en pleine évolution. Des travaux chez l'homme ont permis de mieux saisir aussi bien les aspects neurophysiologiques que psychologiques du développement d'une DCPC. Enfin les possibilités de prévention pharmacologique de la DCPC semblent se préciser. Les médecins anesthésistes réanimateurs jouent un rôle primordial dans cette démarche. Ils sont impliqués dans la prise en charge des patients en pré, per et postopératoire et doivent jouer un rôle dans l'évaluation du risque, dans le développement de stratégie préventive, dans la détection précoce et le traitement de la DCPC.

Les outils de dépistage de risque de chronicisation les plus attractifs associeraient à la fois des facteurs préopératoires et postopératoires et combindraient des facteurs à la fois cliniques, psychologiques et chirurgicaux. Certains sont facilement identifiables lors de la consultation d'anesthésie. La douleur neuropathique postopératoire précoce doit être considérée comme un facteur de risque majeur. Il est important de rechercher les facteurs de risques et de détecter précocement la DNPC afin de proposer des stratégies individualisées de prise en charge multidimensionnelle comme pour toutes les douleurs chroniques, associant des mesures préventives et un renforcement de l'analgésie postopératoire. Le bénéfice à long terme des antihyperalgiques utilisés en périopératoire reste encore à préciser. Une utilisation raisonnée réservée aux patients

présentant des facteurs de risque est la réponse clinique la plus adaptée aux données de la science actuelle.

Références bibliographiques

- 1- **Macrae WAD, H.T.O.** Chronic postsurgical pain. In: Crombie IKL, Croft P, Von Korff M, Leresche L, editors. Epidemiology of pain Seattle: International Association for the study of pain. 1999. p. 125–42.
- 2- **Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ.** Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet* 2006; 367: 1618-25.
- 3- **Perkins FM, Kehlet H.** Chronic pain as an outcome of surgery. A review of Predictive factors. *Anesthesiology* 2000;93:1123–33.
- 4- **Martinez V.** La douleur neuropathique postopératoire. In SFAR Le Congrès Médecins 2014. Conférence d'essentiel. 10p

Conférences ISAR

Check- list en anesthésie

Otiobanda G.F^{1,2}, Mawandza P.D^{1,2}, Elombila M^{1,2}, Niengo Ontsoua G¹, Mpooy Emy M¹

1- : Service de réanimation polyvalente

2- : Faculté des Sciences de la Santé UMNG

Auteur correspondant : Gilbert Fabrice Otiobanda. e-mail : otiobandagilbertfabrice@yahoo.fr

Introduction :

La sécurité du malade est l'ensemble des moyens permettant de supprimer (prévenir) les résultats indésirables ou les dommages qui proviennent des processus de soins [1]. La check-list est une liste de contrôle comportant les différents éléments qui doivent être vérifiés avant, pendant et après toute intervention chirurgicale permettant ainsi d'améliorer la « sécurité du patient en chirurgie » elle a été initiée par l'OMS avec les objectifs suivant [2]:

- Identification correcte du patient et du site opératoire
- Amélioration de la sécurité interventionnelle et anesthésique
- Diminution du risque infectieux
- Développer travail d'équipe et la coordination interprofessionnelle

C'est une obligation légale pour l'exercice de l'anesthésie en France (arrêté du 03 octobre 2015).

Avant induction anesthésique

Préparation de la salle

Lutte contre l'hypothermie : Vérification de la température de la salle souvent 21° C, couverture à air pulsé, réchauffeur de soluté
Table d'opération : Vérification de mobilisation de la table, protection gélose, appui-bras, coussin ; matériel spécifique à la chirurgie : billot, barres de traction des écarteurs ou piquets

Ventilateur : branchement électrique + gaz

Auto test : arrivée des gaz et pression O₂ > air > N₂O (ide des gaz et pression (idem entrée du bloc), évacuation des gaz viciés, asservisseur O₂ / N₂O, test de fuite, contrôle des pressions d'insufflation (alarme et sécurité), Préréglage des paramètres (Vt 8 à 10 ml, fq 12c/mn, Rapport I/E.), cuve d'Halogéné remplie et branchée, canister de chaux sodée (couleur.), Vérification du circuit d'induction, filtres antibactérien sur circuit patient, système de ventilation manuelle (masques de différentes tailles, ballons...

Aspiration branchée, vérifiée, sondes différents calibres, sonde gros calibre montée

Plateau d'intubation : laryngoscope, lames de différentes tailles, sondes d'intubation, seringue de 10 ml, mandrin d'Eschmann, guide rigide, pince de Magill, canule de Guedel, lubrifiant, spray d'anesthésique local, sparadrap, masques faciaux, stéthoscope. Chariot pour intubation difficile vérifié et présent dans le bloc.

Agents de réanimation : atropine, éphédrine, adrénaline ;

Dispositifs de secours : ballon auto-remplisseur à valve unidirectionnel, obus d'oxygène avec O₂ > 50 bars ;

Défibrillateur fonctionnel, scope et pression artérielle automatique fonctionnels et alarmes, saturimètre en O₂.

Matériel de ponction veineuse et de perfusion, matériel spécifique à l'intervention.

Vérification en salle d'induction :

Identité du patient. Acte chirurgical + coté à opérer

Feuille d'anesthésie :

Importance: renseignements sur l'anesthésie, inscription des médicaments (Noms, doses), surveillance clinique et paraclinique, document légal, statistiques et études

Préparation des agents d'anesthésie et des drogues d'urgence en fonction du patient et de l'intervention : dilution, étiquetage.

Avant incision chirurgicale

Juste avant l'incision

Vérification «ultime» croisée au sein de l'équipe : identité du patient, intervention prévue, site opératoire, installation, documents nécessaires ;

Partage des informations essentielles, oralement au sein de l'équipe : sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, identification des matériels nécessaires...), sur le plan anesthésique (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus...);

L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur.

Après intervention**Avant la sortie de la salle d'opération**

Confirmation orale par le personnel : de l'intervention enregistrée, du compte final correct des compresses, aiguilles..., de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, si des événements indésirables ou porteurs de risques spéciaux ;

Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe entre les équipes chirurgicale et anesthésiste.

Conclusion

La check list est un outil indispensable qui mérite d'être vulgariser dans toutes les équipes

de soins notamment en Afrique sub saharienne ou sa pratique reste encore limitée. Elle s'inscrit dans le cadre de la démarche qualité incluant tout acteur du système à savoir le personnel administratif et soignant pour efficacité optimale et une adhésion de tous.

Références.

1. Sécurité du patient au bloc opératoire : connaissance et impact de la "check-list" sur les pratiques du personnel.
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00989672>

RESUMES

DES COMMUNICATIONS

Thème 1

Anesthésie Loco-Régionale

1. Pratique de l'anesthésie locorégionale écho-guidée à Lubumbashi / RDC présentation de 32 premiers blocs axillaires réalisés à l'hôpital s-Sendwe
2. Profil Doppler Mitral et Morbidité peropératoire de la rachianesthésie chez le sujet de plus de 60ans : dysfonction diastolique versus profil doppler mitral de type "normal-pseudo normal"
3. Prise en charge de la douleur péri-opératoire en chirurgie pédiatrique : regain d'intérêt pour l'anesthésie caudale
4. Echec de la rachianesthésie
5. Intérêt du bloc cervical superficiel dans la chirurgie de la thyroïde
6. Résultats d'un protocole d'ALR sans sédation pour une chirurgie du membre supérieur à réhabilitation précoce au Centre Hospitalier de Beauvais : à propos de 49 cas
7. Complications de la rachianesthésie pour chirurgie programmée au CHU Sylvanus Olympio de Lomé
8. La prise en charge anesthésique des urgences obstétricales au Centre Hospitalier Universitaire du point G -Bamako
9. Pratique de l'anesthésie péridurale à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé
10. Rachianesthésie pour césarienne à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé
11. Anesthésie du sujet âgé : expérience du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (CHUL)
12. Evaluation à distance de l'impact de la formation aux techniques ultrasonores en anesthésie réanimation en Inter Région EST de France
13. Hémorragie intraventriculaire après rachianesthésie : A propos de 1 cas au CHU « Le Luxembourg» de Bamako

T1-1 Pratique de l'anesthésie locorégionale écho-guidée à Lubumbashi/ RDC présentation de 32 premiers blocs axillaires réalisés à l'hôpital S-Sendwe

Use of ultrasound for locoregional anesthesia in lubumbashi/DRC: Presentation of first 32 axillary blocks made at sendwe hospital

Tshisuz NC¹, Mbuyi MS², Tumbula R², Kazadi L²

1. *Service d'anesthésie – réanimation Hôpital Sendwe/Faculté de médecine, Université de Lubumbashi*
2. *Service d'anesthésie-réanimation, Hôpital Sendwe*

Présentation : orale

Orateur : Tshisuz Naweji Christian tshisuzna@yahoo.fr

Résumé

Objectif : Présenter notre première expérience en anesthésie locorégionale écho guidée à Lubumbashi en RDC.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude prospective descriptive sur 6 mois soit du 01 juin au 31 décembre 2016 n'intéressant que le bloc axillaire.

Résultats : L'âge de nos patients était de 34,34 ($\pm 14,61$) ans avec une médiane à 33 ans et des extrêmes d'âge allant de 16 à 62 ans. Le sexe ratio était de 7/17 en faveur des hommes. Sur les 32 coupes échographiques transversales, nous avons observé que : Dans 29 cas soit 90,62%, l'ensemble des nerfs à anesthésier ont été visualisés sur un même écran. 71,87% des blocs ont été réalisés dans un intervalle de temps compris entre 5 et 10 minutes. Le taux de succès était de 81,25%. 6 patients sur 32 soit 18,75% ont bénéficié d'une anesthésie générale de complément. Nous n'avons pas observé de complications dans 93,75% des cas.

Conclusion : L'anesthésie locorégionale écho guidée est une technique bénéfique car elle procure un taux de succès élevé et moins de complications

Mots clés : Echographie, Anesthésie

locorégionale, bloc axillaire

Summary

Objective: To present our first experience of ultrasound guidance for loco regional anesthesia in Lubumbashi/DRC.

Methodology: It was a prospective and descriptive study of axillary blocks of 6 months from June first to December 31, 2016.

Results: The mean age was 34, 34 ($\pm 14, 61$) years with a median of 33 years and the extremities of 16 to 62 years. The sex ratio was 7/17 in favor of man. On 32 ultrasound transversal cross-section, we observed that: In 29 cases or 90, 62%, all the nerves were observed in the same screen. 71, 87% of blocks were realized between 5 and 10 minutes. The success rate was 81, 25%. 6 patients out of 32 or 18, 75% received a complement of general anesthesia. Complications were not observed in 93, 75% of case

Conclusion: Ultrasound guidance for loco regional anesthesia is a technique with good income because of its high success rate and fewer complications.

Key words: Ultrasound, loco regional anesthesia, axillary block

T1-2 Profil Doppler Mitral et Morbidité per opératoire de la rachianesthésie chez le sujet de plus de 60 ans : dysfonction diastolique versus profil doppler mitral de type "normal-pseudo normal"

Edjo Nkilly G¹, Okoue Ondo R¹, Olagui G1, Nnang Essone JF², Ondo Mba LR¹, Sougou ER¹, Manli DR¹, Mandji-Lawson JMR¹, Tchoua RR¹

1. *Hopital d'instruction des armées Omar Bongo Ondimba. Libreville(Gabon)*
2. *Centre Hospitalier Universitaire Angondje.Libreville(Gabon)*

Présentation : orale

Orateur : Edjo Nkilly ghislain edjo_ghislain@yahoo.com

Introduction : l'hypotension artérielle est redoutée au cours de la rachianesthésie, particulièrement chez le sujet âgé. L'objectif du travail était d'évaluer la morbidité péri-opératoire de la rachianesthésie chez le sujet âgé ayant des troubles de la relaxation, comparativement aux sujets ayant un profil doppler dit "normal"

Matériels et Méthodes : tous les patients ont bénéficié d'une chirurgie urologique (RTUP) et d'une échographie cardiaque préopératoire. La rachianesthésie a été réalisée avec 7.5mg de Bupivacaïne et 2.5µg de sufentanyl. Ont été évalué le différentiel pré-per opératoire de la pression artérielle systolique(PAS), diastolique (PAD) et de la fréquence cardiaque(FC) déterminant un delta PAS (PAS initiale-PAS minimale peropératoire), un delta PAD et delta FC. La consommation d'éphédrine a aussi été évaluée et la survenue d'au moins un épisode d'hypotension artérielle considérée comme significative (chute de la PAS supérieure à 30% de la PAS initiale)

Résultats: ont été inclus 35 patients, 15 patients avaient un profil mitral dit "Normal", 17 patients présentaient des troubles de la relaxation et 3 patient avaient des troubles de la compliance. L'âge moyen était de 69ans, le score ASA moyen était de 2.1, le groupe trouble de la relaxation avait un delta PAS brut supérieur au groupe Normal (53.3mmhg versus 35.5mmhg) sans différence statistique significative ($p=0.07$), la PAS initiale était l'élément prépondérant dans la valeur du delta PAS ($p=0.0021$) et non le profil doppler mitral

Conclusion : les troubles de la relaxation du ventricule gauche ne semblent pas être un facteur de risque indépendant surajouté d'hypotension au cours de la rachianesthésie chez le sujet de plus de 60ans.

Néanmoins, une optimisation de la PAS préopératoire pourrait réduire la fréquence et la profondeur de l'hypotension artérielle au cours de la rachianesthésie chez le sujet âgé.

Mots clés : profil doppler mitral-rachianesthésie- sujet âgé_

T1-3 Prise en charge de la douleur périopératoire en chirurgie pédiatrique : regain d'intérêt pour l'anesthésie caudale

Oliviera Stéphane, Essola Laurence

Présentation : orale

Orateur : Oliviera Stéphane.

Résumé

Objectif : évaluer l'efficacité et la tolérance de l'anesthésie caudale dans la prise en charge de la douleur post opératoire en chirurgie pédiatrique

Patients et Méthode : nous avons mené une étude prospective d'une durée de 30 mois (1er janvier 2015 au 30 juin 2017) au bloc opératoire du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville. Etaient inclus les enfants de moins de 8 ans bénéficiant d'une chirurgie intéressant la région sous-ombilicale. Le consentement parental était requis lors de la consultation anesthésique. L'anesthésie caudale était pratiquée après une anesthésie générale. La bupivacaïne à 0,25% ou à 0,125% était associée au fentanyl ou à la clonidine. Le volume administré était compris entre 0,5ml et 1 ml/kg. Etaient évalués : l'âge, le sexe, la classe ASA, le type de chirurgie, les difficultés techniques, la durée de l'analgésie, les complications liées à

la technique et celles liées aux médicaments utilisés.

Résultats : 120 patients dont 112 garçons (93,3%) et 8 filles (6,7%) ont été inclus. L'âge moyen était de 2,6 ans. Tous les patients étaient ASA 1. La principale indication chirurgicale était la hernie inguinale (87,5%). 1 cas (0,8%) de réalisation difficile était observé. 1 patient (0,8%) présentait des douleurs vives à la sortie du bloc. 9 patients (7,5%) signalaient une douleur modérée à H24. La durée de l'analgésie était comprise entre 4 h et de 11h. Aucun effet secondaire n'était observé.

Conclusion : technique anesthésique de réalisation facile, l'anesthésie caudale présente des avantages énormes pour la gestion de la douleur post opératoire tant sur le coût des antalgiques que sur le contrôle de la douleur elle-même.

Mots clés : Enfants, Anesthésie caudale, Bupivacaïne, Fentanyl

T1-4 Echec de la rachianesthésie

Daddy Hadjara

Auteur correspondant : Daddy Hadjara daddyhadjara@yahoo.fr **ORATEUR** : DADDY Hadjara daddyhadjara@yahoo.fr

Présentation : orale

Objectif : Etudier les échecs de la rachianesthésie

Matériels et Méthode : Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et multicentrique sur trois (3) mois, du 1^{er} Mai 2016 au 31 Juillet 2016 réalisée dans les deux hôpitaux nationaux et à la maternité Issaka Gazobi de Niamey. Etait inclus, tout patient, admis dans la période d'étude dont la prise en charge a nécessité la réalisation d'une rachianesthésie et qui a échoué. Les variables étudiées étaient l'établissement, le sexe, les antécédents, le type d'intervention, la classe ASA, l'aiguille, la position du patient, l'Anesthésique local (AL), le Fournisseur d'AL, la solution d'AL, l'Adjuvant. Pour les variables quantitatives : l'Age, le poids, la taille, le nombre de tentative de ponction, la concentration de l'AL, le volume (AL, adjuvant), la durée avant le changement de position, le nombre de tentative de ponction.

Résultats : Au cours de cette période 1299 patients avaient été admis au bloc opératoire pour une rachianesthésie dont 42 échecs ; soit

3,23%. Dans 2% des cas, il s'agissait de chirurgie programmée et dans 52% d'urgences chirurgicales. Les patients étaient classés ASA I dans 58% des cas. La tranche d'âge la plus touchée était celle des 18-47 ans avec 88,09%. Le sexe féminin était prédominant, le sex-ratio de 0,35. Les aiguilles utilisées étaient de type whitacre de calibre 22G et 25G ; le niveau de ponction était de L3-L4 (71,42%) et L4-L5 (28,58%). Deux types d'échec étaient identifiés, l'échec de la ponction (5%) et l'anesthésie insuffisante (95%). L'anesthésique local utilisé était la bupivacaïne hyperbare associée au fentanyl. La prise en charge de l'échec avait été une conversion en AG dans 79%. Aucun décès per opératoire n'avait été enregistré.

Conclusion : Malgré sa réalisation accrue la rachianesthésie présente un taux d'échec pouvant être amélioré par le recyclage du personnel et aussi par la mise à disposition de produit de qualité.

Mots-clés : échec rachianesthésie Niamey

T1-5 Intérêt du bloc cervical superficiel dans la chirurgie de la thyroïde

Nze Obiang Pascal Christian

Présentation : poster

Auteur correspondant : Nze Obiang Pascal Christian nzepascal@gmail.com

Introduction : La présente étude évalue l'efficacité du bloc cervical superficiel (BCS) dans la prise en charge péri opératoire de la douleur au cours de la chirurgie thyroïdienne, au Centre Hospitalier Régional de l'Estuaire-Mélen.

Patients et méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive du 01^{er} juin 2014 au 31 décembre 2016. Tous les patients ayant bénéficié d'un BCS pour chirurgie thyroïdienne ont été inclus. Les paramètres étudiés étaient les données sociodémographiques, les variations hémodynamiques, les besoins per opératoires en morphinique, et les scores de douleur (EVS) durant les premières 24h.

Résultats : Quatorze patients ont été inclus. L'âge moyen était de 44 ans. Le sex-ratio était de 0,3. La lobo-isthmectomie (5/14 ; 35,7%) était la technique la plus pratiquée. Huit patients étaient classés ASA I et six ASA II. Après induction anesthésique, le BCS était réalisé par infiltration du point de Erb avec de la ropivacaïne à 0,5%. Les variations des constantes hémodynamiques étaient de moins 25% en moyenne par rapport aux valeurs initiales. Le temps opératoire moyen était de 146 minutes. La consommation moyenne en fentanyl était de 168 µg. Le score EVS était inférieur à 3 sur 10 chez 12 patients pendant les premières 24 heures.

Conclusion : Le BCS est efficace dans le cadre de l'analgésie multimodale péri-opératoire pour chirurgie thyroïdienne.

Mots clé : Thyroïdectomie Analgésie Bloc cervical superficiel

T1-6 Résultats d'un protocole d'ALR sans sédation pour une chirurgie du membre supérieur à réhabilitation précoce au Centre Hospitalier de Beauvais : à propos de 49 cas

Ondo Mba Leo Bony

Présentation : poster

Auteur correspondant : Ondo Mba Leo Bony. Email: leobony@yahoo.fr

Introduction : Favoriser l'autonomie du patient et un retour à domicile rapide après une chirurgie, c'est l'objectif de la réhabilitation précoce. Pour cela nous avons élaboré un protocole de fast tracking afin d'envisager de court-circuiter le passage en SSPI des patients opérés tout en respectant les recommandations de la SFAR et le texte réglementaire. Objectif : étudier la faisabilité de la chirurgie du membre supérieur sous ALR périphérique seule.

Patients et méthode : Il s'agissait d'une étude prospective menée du 1er juillet au 1er octobre 2015 au Centre Hospitalier de Beauvais. Etaient inclus, les patients ayant bénéficié d'une chirurgie du membre supérieur sous ALR périphérique seule réalisée par un médecin anesthésiste senior ou junior. Deux groupes étaient obtenus.

Résultats : 94 chirurgies du membre supérieur faites sous ALR. 45 patients ont été sédatisés et 49 non sédatisés. L'âge moyen était de 45,6 ans avec des extrêmes de 14 et 92 ans. La classe ASA 2 était majoritaire dans les deux groupes. L'échographie seule était la méthode de repérage prépondérante. Le bloc axillaire a été le plus pratiqué (98%). Aucun événement Conclusion : n'a été noté chez les non sédatisés.

Conclusion : La chirurgie du membre supérieur sous ALR sans sédation ni prémédication garantit la sécurité des patients et apporte des avantages : peu d'effets secondaires, réduction de la durée de passage en SSPI et de la charge de travail des infirmières, réhabilitation précoce, intérêt économique.

Mots clés : bloc axillaire sans sédation réhabilitation précoce SSPI

Références

1. **Kehlet H** « Fast-track colorectal surgery », The Lancet 2008 ; 371 : 791-93
2. **Bloc S, Mercadal L, Cuny P, Renault F, Dessieux T, Garnier T et al.** Fast-tracking en anesthésie Loco-régionale périphérique : étude préliminaire de faisabilité. Ann Fr Anesth Réanim 2010 ; 29 : 716-19

T1-7. Complications de la rachianesthésie pour chirurgie programmée au CHU Sylvanus Olympio de Lomé

Tomta Kadjika

Auteur correspondant : Tomta Kadjika
dountg@yahoo.fr

Présentation : orale

Introduction : La rachianesthésie est très utilisée ; plus dans les pays en voie de développement que dans les pays développés. Ses complications sont aussi fréquentes.

Objectif : Identifier les complications de la rachianesthésie au CHU SO de Lomé.

Patients et méthode : Nous avons mené une étude prospective et descriptive couvrant la période du 30 mars au 30 septembre 2012 dans les blocs opératoires du CHU Sylvanus Olympio de Lomé. Étaient éligibles, les patients programmés âgés d'au moins 15 ans révolus, opérés sous rachianesthésie. Ont été inclus, ceux qui ont été suivis depuis la consultation préanesthésique jusqu'à 24 heures post opératoires. Les paramètres étudiés étaient : âge, sexe, type de chirurgie, classe ASA, drogues d'anesthésie utilisées, qualité du bloc, complications per opératoires et post opératoires.

Résultats: Cent soixante-douze (172) patients ont été inclus sur 1369 opérés sous rachianesthésie. On notait une prédominance féminine (ratio F/H = 2,82) et des césariennes (52,33%). Les patients étaient classés ASA I (56,11%), ASA II (34,45%), et ASA III (9,44%). Les tranches d'âge de 15 à 25 ans (27,91%) et 25 à 35 ans (40,70%) étaient les plus représentées. La solution anesthésique associait 10 à 15mg de Bupivacaïne 0,5% à 25µg de Fentanyl dans 73,84% de cas. On avait 92,22% de succès, un bloc unilatéral (4,44%) et 3,34% d'échec. Aucun accident n'était noté. Les incidents étaient : l'hypotension artérielle (59,30%), la bradycardie avec hypotension artérielle (8,72%), la bradycardie isolée (4,07%), la dépression respiratoire (5,23%), les nausées (7,56%), les vomissements (2,91%) et les frissons (1,74%). En post opératoire, on notait des douleurs dorso-lombaires (4,24%) et des céphalées (1,82%).

Conclusion : Les complications de la rachianesthésie sont fréquentes au CHU Sylvanus Olympio de Lomé. Elles sont dominées par l'hypotension artérielle.

Mots clés : Rachianesthésie -Incidents -CHU Lomé

T1-11. Anesthésie du sujet âgé : expérience du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (CHUL)

Essola Laurence

Présentation : orale

Auteur correspondant: Essola Laurence. Email :
laurenceessola@yahoo.fr ESSOLA Laurence

Introduction : le sujet âgé présente le plus souvent des co-morbidités pouvant avoir des répercussions dans sa prise en charge anesthésique. Le but de ce travail était de décrire la pratique anesthésique chez le sujet âgé au bloc polyvalent du CHUL.

Patients et méthode : il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive sur une période de 24 mois (du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2016). Étaient inclus les patients opérés dont l'âge était supérieur ou égale à 70 ans. Les caractères socio-démographiques, les indications chirurgicales, la classification ASA et les techniques anesthésiques utilisées étaient les paramètres étudiés. Les incidents et accidents étaient analysés.

Résultats : Durant cette période, 165 patients dont l'âge moyen était de $76,3 \pm 18,7$ ans ont bénéficié d'une anesthésie, soit 2,5% de l'activité anesthésique. Il s'agissait de 102 hommes (61,8%) et 63 femmes (38,2%). 85,5% des anesthésies étaient réalisées dans le cadre d'une chirurgie programmée. La chirurgie viscérale représentait 45,4% des indications chirurgicales. La classe ASA II était retrouvée chez 136 patients (82,4%). L'anesthésie générale était pratiquée chez 48,5% des patients : 36,4% avec intubation orotrachéale et 12,1% au masque laryngé. 16 patients (9,7%) avaient bénéficié d'une transfusion sanguine. L'analgésie postopératoire était multimodale. La durée moyenne des interventions était de $92,4 \pm 78,2$ min. Des incidents et accidents ont compliqué 0,5% des anesthésies. 9,6% des patients étaient transférés en réanimation dans le cadre du suivi postopératoire.

Conclusion : l'anesthésie du sujet âgé représente une faible partie de l'activité anesthésique. Dans le but de réduire la morbidité péri-opératoire, elle requiert cependant une bonne organisation.

Mots clés : Sujet âgé, chirurgie viscérale Anesthésie générale Intubation orotrachéale, Analgésie multimodale

T1-8. La prise en charge anesthésique des urgences obstétricales au Centre Hospitalier Universitaire du point G. Bamako

Kéïta Mohamed

Présentation : orale

Objectif : Evaluer la prise en charge anesthésique des urgences obstétricales.

Patients et méthode : Il s'agissait d'une étude prospective qui s'est déroulée au bloc opératoire du service de Gynécologie – Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire du Point G de Bamako, du 1^{er} juin au 30 novembre 2015. Toutes les patientes opérées pour urgence obstétricale non différable pendant la période ont été incluses. Nous avons considéré comme urgences obstétricales non différables toutes les indications vitales où l'obstétricien s'est vu contraint de pratiquer une intervention chirurgicale dans un délai inférieur à 15 minutes pour sauver la vie de la mère et/ou de l'enfant. Les données ont été recueillies sur une fiche de recueil à partir des fiches d'anesthésie et des dossiers obstétricaux. Il s'agissait des caractéristiques socio-démographiques, des antécédents obstétricaux, des co-morbidités, de l'évaluation clinique et paraclinique préopératoire, des techniques anesthésiques, des événements indésirables et de la mortalité per opératoire. Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel SPSS version 21. Le test statistique du chi carré a été utilisé pour la comparaison des proportions avec un seuil de signification de 0,05.

Résultats Trois cent trente-quatre patientes sur 521 avaient été opérées pour une urgence obstétricale soit une fréquence de 64,1%. L'hypertension artérielle était la co-morbidité retrouvée dans 4,2% des cas et l'American society of anesthesiologist (ASA) I U était prédominant avec 95,2%. L'échographie obstétricale et le groupe sanguin / rhésus étaient réalisés en préopératoire dans 8,4 et 100% des cas.

La césarienne a été l'intervention chirurgicale la plus fréquente (92,8%). L'éclampsie (23,35%), la dystocie mécanique (10,77%), la souffrance fœtale aigue (10,77%) et l'hématome retro placentaire (10,77%) étaient les principales indications opératoires. L'Anesthésie générale et l'Anesthésie locorégionale (Rachianesthésie) étaient réalisées respectivement chez 185 (55,4%) et 142 (42,5%) patientes. L'état des nouveau-nés (Score d'APGAR) nés par césarienne sous AG et ALR à la première

minute de vie était > 7 dans 56,4% des cas. Au moins un évènement indésirable a été observé chez 18,3% de nos patients ; il a concerné 70,5% des patients sous rachianesthésie et 24,6% des patients sous anesthésie générale.

L'hypotension artérielle a été l'incident per opératoire le plus fréquent (52,4%). Quatre cas d'arrêt cardiaque per opératoire ont été enregistrés soit 6,5%, dont un était réversible. Un lien statistiquement significatif existait entre la technique d'anesthésie et la survenue d'évènement indésirable ($p = 0,001$).

Nous avons noté au cours de l'étude 3 décès maternels per-opératoire soit 0,89%. Les causes de décès étaient un hématome retro-placentaire IIIa de Sher, une éclampsie et une hémorragie du post-partum par atonie utérine.

Conclusion Les urgences anesthésiques obstétricales représentent la plus grande partie de l'activité du service de gynécologie-obstétrique du CHU du Point G. L'Anesthésie générale occupe encore une place importante dans la pratique de l'acte anesthésique (55,4%). L'hypotension artérielle peropératoire demeure l'évènement indésirable le plus fréquent (52,4%).

Mots clés : Anesthésie urgences obstétricale prise en charge

Références

1. **Bonkougou P.Z., Kinda B, Kafando Y., Simporé A, Sanou J, Thiéba B., Ouedraogo N.** La prise en charge anesthésique des urgences obstétricales au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado ouédraogo de Ouagadougou. Rev Afr Anesth Med Urg 2013
2. **Otiobanda G F, mawandza P D, mahoungou Guimbi K C, Biez U J, Obenda N.** Pratique anesthésique au cours des urgences obstétricales et gynécologiques au centre hospitalier et universitaire de Brazzaville. Rev Afr Anesth Med Urg 2013; 18:4
3. **S. Toumi, B. Gafsi, ML. Aissaoui, J. Ben Salem, M. Louzi, L. Grati.** Césarienne en urgence : choix de la technique anesthésique en fonction du délai décision- extraction. J. Magh. A. Réa. Med.Urg.- 2005 ; XXIX : 27

4.

T1-9 Pratique de l'anesthésie péridurale à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé

Amengle Albert Ludovic

Présentation : orale

Introduction : L'anesthésie péridurale est une anesthésie locorégionale qui consiste à injecter un médicament (anesthésiques locaux ou adjuvants) dans l'espace péridural afin de créer un bloc (sympathique, moteur, sensitif) pour la réalisation d'une intervention chirurgicale. Malgré ses avantages, sa pratique semble faible surtout en Afrique. Le but de l'étude était d'évaluer la pratique de l'anesthésie péridurale dans un hôpital de référence au Cameroun.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective sur une période de 3 ans (Décembre 2013 à Décembre 2016) et prospective sur une durée de 4 mois (Janvier- Avril 2017). Tous les patients ayant une opération chirurgicale programmée sous anesthésie péridurale, et les femmes ayant accouché par voie basse avec analgésie péridurale étaient inclus à l'étude. L'enquête s'est déroulée en plusieurs étapes. Les patients étaient recrutés en consultation d'anesthésie. Les informations recueillies étaient les données du patient (âge, sexe, antécédents contributifs, résultats des bilans), l'indication de l'APD ; la classe ASA, le type d'APD (APD thoracique, APD lombaire, anesthésie caudale). Une interview auprès des consultants (MAR et Résidents) était faite pour avoir les raisons de non indication d'une anesthésie péridurale (refus du patient, raison économique, indisponibilité de l'opérateur, choix du MAR). En période peropératoire, il était noté la qualification de l'opérateur (MAR, Résident), le matériel de ponction utilisé, le niveau de la ponction, le nombre de ponctions avant la réussite, les médicaments utilisés (anesthésiques locaux et adjuvants), les complications et leur prise en charge. En période postopératoire, les complications et leur prise en charge étaient recherchées. La satisfaction était également évaluée en en post opératoire (information reçue, douleur, éléments de satisfaction).

Résultats : l'échantillon était de 122 patients. L'âge des patients allait de 29 jours à 64 ans ; avec une moyenne de 32 (+/-18,6) ans. Le sexe féminin représentait 79% ; soit un sex-ratio de 3,7. L'antécédent médical le plus représentatif était l'HTA chez 29,7%. L'indication d'APD était chez 7,2% des patients à but d'analgésie obstétricale et de 92,8% dans le cadre d'une spécialité chirurgicale (anesthésie en peropératoire et/ou analgésie postopératoire). Les indications chirurgicales étaient plus représentées en chirurgie gynéco-obstétricale (72,1%) ; l'hystérectomie était l'intervention la plus fréquente dans 54,7% des cas. La classe ASA 2 était la plus représentée (53%). L'APD lombaire était la plus réalisée (77,7%).

Les opérateurs étaient les médecins anesthésistes réanimateurs (MAR) dans 66% et les résidents anesthésistes-réanimateurs (RAR) 34%. L'aiguille de Tuohy était le matériel de ponction le plus utilisé (77,7%). L'espace L2-L3 (35,7%) était le plus retrouvé. Le nombre moyen de ponctions avant la réussite était de 2,1 (+/-1) fois ; avec pour extrêmes 1 et 5. La morphine était l'adjuvant le plus utilisé (69,6%). La bupivacaine/fentanyl était l'association de médicaments la plus fréquente. L'hypotension et les vomissements représentaient chacun 50% des complications per opératoires. Les vomissements n'ont pas nécessité de prise en charge. L'hypotension quant à elle a nécessité un remplissage vasculaire. La sortie du cathéter et le cathéter coudé représentaient chacun 40% des complications postopératoires. Les céphalées représentaient 20% et leur prise en charge s'est faite par des antalgiques de 1^{er} palier. A 24 heures postopératoire, 75,8% avaient une douleur légère sous analgésie péridurale. 90,9% des patients ont eu des éléments de satisfaction ; dû au bon vécu psychologique (96,7%), au confort (83,3%), et à l'absence de douleur (46,7%). Les éléments de non satisfaction qui étaient les ponctions répétées (66,7%) Sur 125 patients vus en consultations pré anesthésique, la péridurale était indiquée chez 59,2%. Les raisons de non indication étaient principalement : le refus du patient (45,1%) et le coût (39,2%). Parmi les 74 péridurales indiquées, seules 47 APD (63,51%) étaient réalisées. Les raisons de non réalisation étaient principalement l'indisponibilité du matériel (59,25%) et l'inaptitude de l'opérateur (26%).

Conclusion : L'anesthésie péridurale à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé se fait majoritairement en chirurgie dans un but d'analgésie post-opératoire. Cette analgésie est efficace et moins coûteuse.

Mots clés : Pratique Anesthésie péridurale ; Complication

T1-10 Rachianesthésie pour césarienne à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé

Amengle Albert Ludovic

Auteur correspondant: Amengle Albert Ludovic. Email : ludovicamengle@yahoo.com
ludovicamengle@yahoo.com

Présentation : orale

Introduction : La rachianesthésie est une technique d'anesthésie locorégionale consistant en une ponction lombaire avec administration d'un anesthésique local dans le liquide céphalorachidien. Une césarienne est toute intervention pratiquée chez la femme enceinte qui a pour but de réaliser l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus afin de sauver la vie de la mère et/ou du fœtus. Le but de l'étude était d'évaluer la pratique de la rachianesthésie pour césarienne à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude descriptive et prospective sur une période de cinq mois allant de janvier 2017 à mai 2017. Elle s'est faite dans les services d'anesthésie/ réanimation, de gynécologie/obstétrique de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé. Toute patiente ayant bénéficié d'une césarienne sous rachianesthésie était incluse. L'échantillonnage était consécutif et non probabiliste. Le recrutement se faisait au cours de la consultation préopératoire et tout au long des périodes peropératoire et postopératoire immédiat. Les données étaient collectées sur une fiche technique préalablement établie. Les variables recueillies étaient : les données socio-démographiques et cliniques, l'indication opératoire, les circonstances de l'intervention, la classe ASA, le grade du personnel médical ou paramédical ayant réalisé l'anesthésie, les molécules utilisées, la technique d'anesthésie, le monitoring, les incidents peropératoires et les complications postopératoires immédiates. Les données étaient codées, entrées et analysées à l'aide du logiciel S.P.S.S 21.0 et du logiciel Microsoft Excel 2013.

Résultats : Au total, 101 parturientes étaient opérées pour césarienne sous rachianesthésie. L'âge moyen de 29,9 ans $\pm$ 5,8 ans (extrêmes : 25 à 35 ans). Les parturientes étaient en majorité des Elèves/Étudiantes à 26,7% et 50,5% étaient célibataires. Les principales indications étaient : l'utérus bi-cicatriciel (15,8%), la pré-éclampsie (13,9%), la souffrance fœtale aigüe (11,9%). Les césariennes étaient réalisées en urgence dans 63,4% des cas. L'HTA représentait la co-morbidité prédominante avec 61,5%. Le terme de la grossesse était de 38– 41 semaines d'aménorrhées dans 50,5% des cas. 56,4% des parturientes étaient ASA 2 ; 38,6% ASA1 et 5,0% ASA3. Le remplissage préopératoire était systématique à base de cristalloïdes (47,5%). Les Étudiants (RAR et internes) représentaient le personnel anesthésique (54,5%), suivie des IADE (28,7%) et enfin des MAR (16,8%). L'aiguille en biseau 25G était la plus utilisée avec 73,2%, et le niveau de ponction L3-L4 prédominé avec 54,5%. La bupivacaine hyperbare était l'anesthésique local utilisé et associé au fentanyl comme adjuvant avec des doses standards respectivement de 10mg et de 25 μ g. L'oxygène et le monitoring étaient systématiques. L'hypotension artérielle était l'incidence la plus rencontrée (98,9%), et la douleur postopératoire la complication la plus fréquente (13,37%).

Conclusion : La pratique de la rachianesthésie pour césarienne est en grande amélioration avec une régression de la survenue des complications.

Mots clés : Evaluation de la pratique Rachianesthésie Césarienne

T1-12. Evaluation à distance de l'impact de la formation aux techniques ultrasonores en anesthésie réanimation en Inter Région Est de France

Ouattara Abdoulaye

Présentation : orale

Auteur correspondant : Ouattara Abdoulaye.
Email : doc_ablo@yahoo.fr

Introduction/Objectif : Evaluer à distance l'impact de la formation aux techniques ultrasonores en anesthésie réanimation (TUSAR) en inter région Est
Matériel et Méthode : Nous avons réalisé une étude descriptive entre le 05 Mai 2014 et le 16 Février 2015. Un questionnaire anonyme a été adressé à tous les participants au diplôme universitaire (DU) et au diplôme interuniversitaire (DIU) du TUSAR de 2008 à 2013 inclus, initialement par courrier puis par courriel via un lien renvoyant vers une version online.

Résultats : 162 personnes ont répondu sur 302 participants (53.6%). Parmi eux 80 étaient inscrits au DU, 46 au DIU option échographie cardiaque et 36 au DIU option ALR. Les participants ont jugé favorablement l'enseignement théorique et pratique, pour la partie locorégionale (ALR) comme pour la partie échocardiographie. Après la formation, on constate une progression du nombre de participants pratiquant l'ALR écho- guidée tous blocs confondus, une augmentation du nombre de blocs réalisés et un taux de réussite significativement plus important ($p < 0.0001$). 81.44% des participants utilisaient l'échographie trans thoracique après le TUSAR (versus 30.39% avant), avec un élargissement des indications. A l'issue de la formation, 18/116 participants ne pratiquaient pas d'ALR écho-guidée et 18/97 ne pratiquaient pas d'échocardiographie.

Conclusion : Les participants ont eu globalement un bon ressenti de la formation et leurs pratiques ont évolué. Les objectifs ont été atteints pour la plupart des participants, aussi bien pour la partie ALR que pour la partie échocardiographie.

Mots-clés : Formation Echographie cardiaque Anesthésie locorégionale échoguidée

T1-13 Hémorragie intraventriculaire après rachianesthésie : A propos de 1 cas au CHU «Le Luxembourg» de Bamako

Coulibaly Mahamadoun

Présentation : orale

Introduction Les hémorragies intracrâniennes au décours d'une ponction lombaire ont été décrites dans plusieurs documents à travers la littérature, la quasi-totalité de ces cas concerne des hématomes sous duraux qui peuvent avoir des symptomatologies ou des délais d'apparition différents. Aucun cas d'hémorragie intra-ventriculaire et ou méningée n'a été trouvé à travers notre recherche bibliographique.

Observation médicale Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 34 ans ASA1, sans antécédent médical et chirurgical connu, opérée en chirurgie réglée pour utérus poly-myomateux sous rachianesthésie. Les suites postopératoires immédiates étaient sans particularités, elle a été déclarée sortante de l'hôpital à J3 du postopératoire. Elle fût admise aux urgences à J6 postopératoire dans un tableau d'état de crises convulsives sans retour initial à la conscience. Un scanner cérébral effectué en urgence sans injection trouve une hémorragie intraventriculaire avec hémorragie méningée. La prise en charge a été médicale et l'évolution favorable, elle est sortie de la réanimation après quatre (4) jours d'hospitalisation.

Discussion Certaines complications des ponctions lombaires et en particulier de la rachianesthésie, sont bien documentées. C'est le cas des céphalées, des lombalgies, des lésions radiculaires, des abcès péri-duraux et des méningites. Aucun cas d'hémorragie intraventriculaire ou méningée n'a été retrouvé à notre connaissance à travers la littérature et l'hématome sous-dural intracrânien (HSD) qui est similaire à notre cas, demeure une complication exceptionnelle, de l'ordre de 1/500.000

à 1/1.000.000. Une revue de la littérature récente a recensé 25 cas d'HSD consécutifs à une rachianesthésie. Un diagnostic précoce et une intervention neurochirurgicale rapide ne doivent souffrir d'aucun retard afin de minimiser le risque de complications à morbi-mortalité lourde. L'utilisation d'aiguilles de petit diamètre paraît être un bon gage de sécurité ; dans notre cas la rachianesthésie a été réalisée en position assise par une aiguille de 25G. La prise en charge rapide et adaptée en milieu de réanimation, nous a permis d'obtenir un résultat excellent.

Mots clés : anesthésie, traumatisme, vertebro-médullaire.

Thème 2

Assistances circulatoires

1. Prise en charge d'arrêt cardiorespiratoire réanimé admis en réanimation des cliniques universitaires de Kinshasa

T2-1. Prise en charge d'arrêt cardiorespiratoire réanimé admis en réanimation des cliniques universitaires de Kinshasa

Barhayiga Berthe

Présentation : orale

Orateur : BARHAYIGA Berthe

Introduction : L'arrêt cardiorespiratoire (ACR) est une modalité d'ischémie-reperfusion globale responsable d'une défaillance multiviscérale caractérisant le syndrome post arrêt cardiaque. Ce syndrome est la principale cause de mortalité chez les patients réanimés d'un arrêt cardiaque et du développement des séquelles neurologiques chez les survivants. Cette étude vise à décrire la prise en charge des patients réanimés à la suite d'un ACR et admis en réanimation des cliniques universitaires de Kinshasa.

Matériels et méthodes : C'est une étude documentaire réalisée dans le service de réanimation des cliniques universitaires de Kinshasa pendant la période de janvier 2000 à janvier 2016. Les variables étudiées ont été : l'âge, le sexe, le lieu de survenu de l'ACR, la durée de réanimation entre ACR et reprise de l'activité cardiaque spontanée, la cause probable de l'ACR, le score de Glasgow à la sortie, les défaillances d'organes, les drogues utilisées, les séquelles chez les survivants ; la durée de séjour en réanimation, l'issue des patients.

Résultats : Pendant cette période, 125 cas d'ACR ont été enregistrés mais 60 dossiers ont été retenus. L'âge moyen est 33,1 ans avec des extrêmes de 1 à 80 ; 65% d'ACR sont survenus au bloc opératoire, 20%

en gynéco-obstétrique, 11% en médecine interne et 2% en pédiatrie. La durée de manœuvres de réanimation jusqu' à la reprise d'une activité cardiaque spontanée était de moins de 30minutes dans 76,6% plus de 30minutes dans 23,3%. 65% d'ACR était causé par la fibrillation ventriculaire, la défaillance cardiaque était présente dans 50% des cas, la défaillance respiratoire 33,3% et rénale 16,6% ; les moyens thérapeutiques ont été : intubation ventilation mécanique et massage cardiaque externe dans 100%, la défibrillation dans 65%, l'adrénaline dans 50%, la noradrénaline dans 33,3%, la dobutamine 16,6%. Le score de Glasgow à la sortie était de 12 à 14 chez neuf patients ayant survécu soit 15%. La durée de séjour était de plus de dix jours chez 78,3% et la durée moyenne était 6,8 jours des extrêmes 1 à 38.

Conclusion : malgré les progrès réalisés, la mortalité du syndrome post ACR reste élevée dans notre réanimation probablement à cause des moyens et plateaux techniques limités. Les mesures préventives s'imposent et une étude prospective est en cours dans le service sur la prise en charge des grosses détresses vitales.

Mots clés : arrêt cardiorespiratoire réanimation

Thème 3

Chirurgie cardiaque et vasculaire

1. Les urgences vasculaires chirurgicales au Gabon expérience de l'hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba
2. Première expérience de chirurgie à cœur ouvert à l'hôpital national Lamordé de Niamey
3. Pleuro-médiastinite compliquant une perforation iatrogène de l'œsophage post ingestion de dentier : l'approche anesthésiologique

T3-1 Les urgences vasculaires chirurgicales au Gabon expérience de l'hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba

Mayegue Anani Ulysse, Louembe Paul Marie, Ngabou Davy Ulrich, Owono Mbouengou Jean Placide

Présentation : orale

Auteur correspondant : Mayegue Anani Ulysse

Orateur : Mayegue Anani Ulysse

Introduction : les urgences vasculaires sont des situations graves, qui imposent une prise en charge rapide ; leur gravité s'explique par l'hémorragie et/ou par l'ischémie ; par ces mécanismes, elles engagent à la fois le pronostic vital et le pronostic fonctionnel, ce qui traduit l'importante morbi-mortalité et la nécessité d'une organisation des soins extra et intra hospitaliers.

Patients et méthodes : il s'agissait d'une analyse rétrospective et descriptive qui s'étendait sur une période de 36 mois (du 1er Janvier 2012 au 31 décembre 2014). Le cadre de l'étude était l'HIAOBO. Les critères d'inclusions : tout patients admis pour une urgence vasculaire chirurgicale traumatique ou non. L'objectif était de faire ressortir les aspects épidémiologiques, étiologiques et thérapeutiques.

Résultats : 23 patients ont été colligés, parmi ceux-ci 16 hommes et 7 femmes. L'âge moyen était de 32,1 ans ; dans 18 cas il s'agissait d'un traumatisme et dans 5 cas d'une pathologie anévrysmale. Le délai de prise en charge était de 10,6H. Sur le plan chirurgical, les gestes réalisés étaient la ligature vasculaire dans 22,25% des cas, la suture latérale dans 32,25% des cas et une revascularisation par anastomose termino-terminale et un pontage dans respectivement 16,12% et 25,80% des cas. La revascularisation par "Shunt vasculaire temporaire" a été réalisée dans 1 cas. Les suites opératoires

étaient simples sans séquelles dans 78,3% de cas. La mortalité était de 4,3%.

Conclusion : les urgences vasculaires, sont le plus souvent consécutives à des plaies par armes blanche, les urgences non traumatiques sont quant à elle des ruptures d'anévrysmes. Cette pathologie grave concerne l'adulte jeune. Le pronostic vital et/ou fonctionnel qui est engagé peut être amélioré, par une orientation pré-hospitalière rapide vers les centres de références. Le traitement chirurgical est la règle.

Mots-clés : anévrysmes artériels traumatismes vasculaires shunt vasculaire

Références :

1. **E Rosset et al.** Urgences vasculaires, Encyclo Med chir (Elssevier Masson, Paris), traité de médecine vasculaire tome 2, 2011; (617-631).
2. **JB Ricco et al.** Traumatisme vasculaire des membres. Encyclo med chir (Elssevier Masson, Paris), techniques chirurgicales-chirurgies vasculaires, 1994; (40-025)
3. **M Fkou et al.** Les traumatismes vasculaires périphériques en pratique civile : à propos de 41 lésions opérées au Cameroun. Chirurgie thoracique cario-vasculaire- 2011 ; 15(3): 145-149

T3-2 Première expérience de chirurgie à cœur ouvert à l'hôpital national Lamordé de Niamey

Baoua Mahamadou

Présentation : poster

Orateur : Baoua Mahamadou

Introduction La chirurgie cardiaque est une chirurgie réputée lourde nécessitant des moyens techniques coûteux et une expérience avérée ce qui fait d'elle une chirurgie des pays industrialisés. Le tiers monde du fait de sa pauvreté a été laissé pour compte, cependant un grand pas a été accompli dans certains pays. Le Niger vient d'accomplir un premier projet pilote.

Méthodologie La première chirurgie à cœur ouvert était organisée grâce à un partenariat Sud-Sud entre une équipe de chirurgie cardiaque venue dans un cadre humanitaire et l'équipe de cardiologie-anesthésiologie de l'hôpital national Lamordé. Une rencontre entre les équipes des deux établissements a permis de faire le point sur les modalités pratiques notamment sur les matériels et les infrastructures nécessaires à la réalisation de ce type de chirurgie et de procéder à la sélection des patients.

Résultats : Il s'agissait d'une patiente de 14 ans présentant une insuffisance mitrale avec FEVG à 58% et d'une autre de 26 ans présentant un rétrécissement mitral avec FEVG à 39%. Après évaluation pré-anesthésique les patientes étaient

classées ASA3. Le monitoring comportait PANI, ECG, FC, SpO₂, BIS, diurèse. Fentanyl - Propofol - Atracurium - Isoflurane étaient les drogues d'induction et d'entretien. La stabilité de l'hémodynamique était maintenue par remplissage vasculaire avec cristalloïdes, produits sanguins labiles et noradrénaline + dobutamine par PSE en CEC. En fin d'intervention, la reprise de l'activité cardiaque s'était faite en rythme sinusal sans cardioversion et la sortie de la CEC était progressive et facile. L'analgésie post-opératoire associait paracétamol, tramadol et morphine en titration. L'extubation s'était faite sur table. Les suites post opératoires étaient simples avec sevrage des vasopresseurs, reprise de l'alimentation à J1 post-opératoire et ablation drains thoraciques à J2 post-opératoire.

Conclusion : Cette première expérience de chirurgie à cœur ouvert a été un succès au vu de nos moyens limités. Pour sa pérennisation un rehaussement du plateau technique et une formation médicale continue

Mots clés : Expérience chirurgie cardiaque Niger

T3-3. Pleuromédiastinite compliquant une perforation iatrogène de l'œsophage post ingestion de dentier : l'approche anesthésiologique

Jemea Bonaventure

Présentation : orale

Orateur : Ndom Ntock Ferdinand

Introduction : L'ingestion et/ou l'inhalation de dentier est un accident de fréquence non négligeable notamment chez les personnes du 3^{ème} âge, et peut donner lieu à des complications graves pouvant entamer le pronostic vital à court terme et fonctionnel respiratoire à moyen et long terme. Néanmoins ce phénomène n'est pas exclusif à cette tranche d'âge et peut survenir dans diverses circonstances. Nous décrivons ainsi ici le cas d'une ingestion de dentier ayant laissé lieu à une perforation œsophagienne iatrogène et ensuite à une pleuro-médiastinite.

Présentation du cas : Il s'agissait d'une personne vivant avec le VIH de 43 ans, qui tentant un retrait manuel d'un comprimé d'ARV bloqué dans son œsophage, a accidentellement ingéré son dentier. Ensuite, après un essai d'extraction de celui-ci par un ORL, le patient a présenté 48h plus tard un tableau clinique qui associait un syndrome de réponse inflammatoire systémique, des signes de compression médiastinale ainsi qu'un syndrome d'épanchement pleural liquidien. Une tomodensitométrie thoracique a confirmé le diagnostic de pleuro-médiastinite et une chirurgie thoracique à ciel ouvert sous anesthésie générale a permis le drainage de la collection purulente et le retrait du dentier. Les suites postopératoires n'ont été émaillées d'aucune complication grave permettant la sortie du patient après 14 jours.

Conclusion : Ce cas attire l'attention des médecins généralistes, des gériatres, des médecins ORL, des chirurgiens thoraciques et des anesthésistes réanimateurs sur les complications pleuro-pneumo-médiastinales des ingestions de dentier et/ou des perforations œsophagiennes iatrogènes ou non. Il met en lumière l'approche multidisciplinaire de ce type d'accident grave, élément clé pour une prise en charge adéquate dans les délais, et ainsi un meilleur pronostic.

Mots clés : Pleuromédiastinite Perforation œsophagienne Thoracotomie

Référence :

1. **Athanassiadi K, Gerazounis M, Metaxas E, Kalantzi N.** Management of esophageal foreign bodies: a retrospective review of 400 cases. Eur J Cardiothorac Surg. 2002; 21: 653-6.
2. **Lau G, Kulkarni V, Roberts GK, Brockutne J.** "where Are My Teeth?" A Case of Unnoticed Ingestion of a Dislodged Fixed Partial Denture. Anesth Analg. 2009; 109: 836-8.
3. **Neustein S, Beicke M.** Ingestion of a fixed partial denture during general anesthesia. Anesth Prog. 2007 ; 54 :50-1

Thème 4
**Cardiovasculaire, remplissage,
volémie, brûlés**

1. Prise en charge des brûlés graves à l'Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba.
2. Profil clinique des patients admis en réanimation aux cliniques universitaires de Kinshasa
3. Brûlure grave en réanimation aspects épidémio-clinique et pronostic
4. Hémorragies sévères du post-partum : prise en charge et pronostic

T4-1 Prise en charge des brûlés graves à l'Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba.

Eriga Lucrèce Joanelle Vydalie

Présentation : orale

Orateur : Eriga Lucrèce Joanelle Vydalie

Objectifs : Décrire la prise en charge des brûlés dans leurs aspects épidémiologiques, thérapeutiques et évolutifs au service de réanimation et grands brûlés de l'Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba (HIAOBO).

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective de 18 cas de brûlures réalisées au service réanimation et grands brûlés de l'HIAOBO dans la période du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2016. Etaient inclus dans l'étude, les patients de tout âge, des deux sexes présentant une brûlure grave au service de réanimation et grands brûlés.

Résultats : La prévalence des brûlures graves était de 7,56%. L'âge moyen était de 25,22 ans (extrêmes 11 mois et 79 ans). Le sex-ratio était de 1,57. Les accidents domestiques (61,11%) de type thermique 94,44% étaient fréquents. Le mode d'évacuation était médicalisé dans 44,44%. Le délai d'admission était en moyenne de 33h 30min. l'étendue des lésions variaient de 10 à 68%. Les lésions du 2eme degré étaient observées dans 94,44%. Les anomalies biologiques associaient une anémie sévère (5,56%), une insuffisance rénale aigue fonctionnelle (5,56%) et une Hypo protidémie (5,56%). Le traitement comprenait les pansements à la sulfadiazine argentique, la réhydratation, l'alimentation et l'analgésie. Les complications étaient infection (66,67%), OAP (11,11%), détresse respiratoire (5,56%) et insuffisance rénale (5,56%). La durée moyenne d'hospitalisation 14,83 jours (extrêmes de 03 et 48 jours). La mortalité était de 33,33%. Les principales causes de mortalité étaient choc septique (50%), OAP (33,33%) et asphyxie 16,67%.

Conclusion : La prise en charge des brûlures à l'HIAOBO est encore greffée d'une forte mortalité. Un accent particulier doit être mis sur la prévention et le traitement des infections.

Mots clés : brûlure thermique mortalité

T4-2. Profil clinique des patients admis en réanimation aux cliniques universitaires de Kinshasa

Amisi Bibongo Eric

Présentation : orale

Auteur correspondant : Amisi Bibongo Eric.
Email eric.amisi@yahoo.f

Orateur : Amisi Bibongo Eric

Introduction : La réanimation a pour but de faire face à des situations potentiellement réversibles et prend en charge le patient présentant ou susceptibles de présenter une ou plusieurs détresses vitales. Notre objectif était de déterminer le profil clinique des patients admis en réanimation aux cliniques universitaires de Kinshasa.

Matériels et méthodes : C'est une étude documentaire et descriptive réalisée dans le service de réanimation des cliniques universitaires de Kinshasa pendant la période du 1 janvier 2014 au 31 décembre 2015. Les paramètres d'étude ont été : l'âge, le sexe, la structure de provenance, le motif d'admission en réanimation, la clinique à l'admission, le type de pathologie, la mise sous ventilation mécanique, la durée de séjour en réanimation et l'issue des patients.

Résultats : Pendant cette période, 131 patients ont été sélectionnés. L'âge moyen est de 42ans (10 et 90), le sexe masculin prédominait avec 58% et sex ratio de 1/3, la majorité de patients étaient des transferts intra-hospitaliers en particulier la médecine interne (32,8%), le motif d'admission était : trouble de la conscience (81,7%), choc (5,4%), détresse respiratoire et tétanos 4,6% chacun ; les pathologies prédominantes étaient médicales (76,1%), chirurgicales (17,4%), neurologiques (1,9%) et gynéco-obstétricales (1,9%). 95,4% des patients étaient mis sous ventilation artificielle ; la durée de séjour moyen était de 10 jours (1 et 19), la mortalité était de 84,7%.

Conclusion : Les pathologies médicales par transfert intra-hospitalier sont prédominantes dans ce service et la mortalité est importante.

Mots clés : profil clinique, patients réanimation

T4-3. Brûlure grave en réanimation aspects épidémioclinique et pronostique

Samaké Broulaye Massoulé

Présentation : orale

Orateur : Samaké Broulaye Massoulé

Introduction : La brûlure se définit comme une destruction partielle ou totale du revêtement cutané ou des tissus sous-jacents par un agent thermique, électrique, chimique, ou par des radiations ionisantes. La brûlure est grave lorsqu'elle engage le pronostic fonctionnel et/ou vital par son étendue, sa profondeur, sa topographie et les circonstances. En France 200.000 personnes environ se brûlent chaque année. Une étude réalisée en 2010 en Côte d'Ivoire retrouve une prévalence de 24,3 % de brûlure grave.

Objectifs : Etudier les aspects épidémiocliniques et pronostiques de la brûlure grave.

Patients et méthode : Il s'agissait d'une étude prospective et transversale de juin 2014 au 31 décembre 2014. L'analyse des données était réalisée à l'aide du logiciel SPSS statistics 18. Le test statistique utilisé a été CH2 avec un seuil de signification fixé à $P < 0,05$.

Résultats : pendant la période 398 admissions ont été enregistrées dont 35 cas de brûlure grave soit une fréquence de 8,79 %. La tranche d'âge 20-30 ans

prédominait avec 48,6 %. L'âge moyen était de 23±1,54 ans. Le sex-ratio était de 1,60. Les brûlures thermiques prédominaient avec 85,7%. L'infection, la perte pondérale, l'anémie, le syndrome de défaillance multiviscérale (SDMV) ont été les complications retrouvées. La survenue de SDMV était corrélée à l'évolution avec $P < 0,05$.

Conclusion : La brûlure grave touche majoritairement les sujets jeunes. Une organisation et l'acquisition d'infrastructures adaptées pour la prise en charge pourraient réduire la mortalité.

Mots clés : Brûlure grave Réanimation CHU Gabriel Touré

Références

1. **Les Accidents domestiques. Cahiers de santé publique.** OMS Genève 1967 ; (26) : 199
2. **Gueugniaud PY.** Prise en charge des brûlures graves pendant les 72 premières heures. Ann Fr Anesthesia Réa 1997 No 15 : 14-15

T4-4 Hémorragies sévères du post-partum : prise en charge et pronostic

Bengono Bengono Roddy Stephan

Présentation: orale

Auteur correspondant : Bengono Bengono roddy stephan. Email : rodbeng@yahoo.fr

Orateur : Bengono Bengono roddy stephan

Introduction : L'hémorragie du post-partum (HPP) demeure une des causes principales de morbi-mortalité maternelle dans le monde. L'objectif de notre étude a été d'évaluer les étapes de la prise en charge en anesthésie- réanimation des patientes ayant une HPP sévère et leur devenir indépendamment du mode d'accouchement dans notre contexte.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude descriptive prospective faite pendant une période de cinq mois. Nous avons inclus tous les cas d'HPP sévère ayant séjourné en unité de réanimation obstétricale de deux hôpitaux de référence de la ville de Yaoundé. Nous avons recueilli les paramètres socio-démographiques, obstétricaux, ceux relatifs à la prise en charge en chirurgie et en réanimation ainsi qu'au pronostic. Les données étaient codées, entrées et analysées à l'aide du logiciel Epi info version 3.5.3 et du logiciel Microsoft Excel 2013 et Word 2013.

Résultats : Au total nous avons recruté 33 cas sur cinq mois dont la tranche d'âge la plus représentée était celle allant 26 à 35 ans et représentant 63,60% de notre échantillon pour un âge moyen de 28,2ans $\pm$ 5,1ans majoritairement célibataire (55%) et ménagère (27%). La fréquence des HPP sévère en réanimation est de 2,2%. L'atonie utérine a été l'étiologie la plus rencontrée chez 54,6% des patientes suivi des déchirures de la filière génitale à 30,3% et 18,2% cas de ruptures utérines. La prise en charge de nos patientes était multidisciplinaire ainsi,

elles ont bénéficié de plusieurs moyens de traitement : mesures générales ,monitorage des paramètres vitaux, remplissage vasculaire par les cristalloïdes et colloïdes, usage d' utéro toniques , transfusions sanguines et interventions chirurgicales (conservatrice et radicale) .Les complications les plus rencontrées étaient les chocs hypovolémiques 60%, les endométrites 20%, l' œdème aigue du poumon (OAP) 6,7% ; 6,1% ont eu une évolution fatale : Au cours de notre étude nous avons enregistré 2 décès maternels soit 6,1% de notre échantillon ; 70% ont eu une guérison sans séquelles et 24 % restant ont eu des séquelles représentées ici par l'infertilité secondaire liée à l'hystérectomie.

Conclusion : au terme de notre étude nous pouvons dire que l'HPP sévère est une urgence absolue de par ses complications nombreuses mettant en jeu le pronostic vital. Sa prise en charge doit être multidisciplinaire. La prise en charge n'est pas encore optimale telle que recommandée par la littérature qui stipule l'introduction progressive mais prudente d'acide tranexamique, de facteur VIIa recombiné et le recours au techniques chirurgicales non invasives comme l'embolisation artérielle que nous faisons très peu. Enfin nous avons déterminé un taux de mortalité maternelle lié à L'HPP sévère de 61,2/100000 naissances

Mots clés : Hémorragie du post-partum sévère
Réanimation Mortalité

Thème 5

Digestif, hépato-biliaire

1. Evaluation de la prise en charge des péritonites postopératoires aux cliniques universitaires de Kinshasa
2. Prise en charge des pancréatites aiguës sévères à l'HNN de Niamey

T5-1. Evaluation de la prise en charge des péritonites postopératoires aux cliniques universitaires de Kinshasa

Mbala Rachel

Présentation : orale

Auteur correspondant : Mbala Rachel. Email : l_mmisa@yahoo.fr

Orateur : Mbala Rachel

Introduction: Les péritonites post-opératoires constituent un problème majeur dans notre milieu par leur fréquence importante (95% des péritonites nosocomiales) et leur pronostic très sévère (30-70% de mortalité). Ces infections sont difficiles à traiter : la prise en charge tardive, les difficultés diagnostiques suite à l'absence de spécificité des signes cliniques, les difficultés d'adaptation de l'antibiothérapie dans notre contexte socio-démographique précaire sont autant de problèmes posés à l'anesthésiste-réanimateur.

Objectif : évaluer la prise en charge des péritonites post-opératoires aux Cliniques Universitaires de Kinshasa.

Matériels et méthodes : cette étude est descriptive et rétrospective réalisée en réanimation des Cliniques Universitaires de Kinshasa de juin 2011 à juin 2016. Les variables étudiées : âge, sexe, facteur causal, délai de reprise, geste chirurgical, antibiothérapie, issue vitale.

Résultats : Le nombre de patients retenu était de 50. La tranche d'âge de 21 à 30 ans était la plus représentée (44%). Le sexe féminin était majoritaire (sex ratio 1,9). La laparotomie exploratrice était l'intervention initiale la plus pratiquée (60%). La désunion des anastomoses était la cause la plus fréquente (64%). Le délai de reprise chirurgicale était de 8 à 14 jours dans la majorité des cas (60%). La suture de la brèche intestinale était le geste chirurgical le plus pratiqué (48%) associé au nettoyage et drainage. La ciprofloxacine (88%) et le métronidazole (98%) étaient les antibiotiques les plus utilisés. La mortalité était de 50%.

Conclusion : La prise en charge des péritonites post-opératoires aux CUK n'est pas optimale. Le délai de prise en charge trop long est lié à la pauvreté des patients et augmente la mortalité

Mots clés : péritonites post-opératoires prise en charge Cliniques Universitaires de Kinshasa

T5.2. Prise en charge des pancréatites aiguës sévères à l'HNN de Niamey

Baoua Mahamadou

Présentation : orale

Orateur : Baoua Mahamadou. Email : dr_baoua@yahoo.fr

Introduction : La pancréatite aiguë est un processus d'autodigestion de la glande pancréatique. Sa gravité est surtout liée à la présence d'une défaillance d'organe et/ou de complications locales. Elle nécessite une prise en charge pluridisciplinaire en unité de soins intensifs.

Matériels et Méthodes : Etude transversale et descriptive réalisée sur une période de 12 mois à l'HNN. Tous les patients qui présentaient une symptomatologie clinique et paraclinique évocatrice étaient inclus. L'âge, le sexe, la fréquence, la symptomatologie, l'étiologie, les signes de gravité, la prise en charge thérapeutique et l'évolution sont les paramètres qui ont été étudiés.

Résultats : 7 cas de pancréatites aiguës ont été colligés soit une fréquence de 1,9%. Le sex ratio était de 2,5 et l'âge moyen des patients était de 36,71 ans avec des extrêmes de 20 et 50 ans. L'étiologie d'origine biliaire a été confirmée une seule fois. Pour les autres patients l'étiologie métabolique, immunologique ou idiopathique ont été retenues. La douleur abdominale ayant fait évoquer une péritonite aiguë a été au-devant du tableau clinique. La présomption diagnostique a été faite suite à la laparotomie réalisée à l'occasion. Le dosage des enzymes pancréatiques était effectué dès l'admission des patients en réanimation. Le scanner n'a pu être réalisé que chez deux patients pour la suivie de l'évolution. La durée d'hospitalisation était de 11,57 jours avec des extrêmes de 3 à 31 jours. L'évolution était favorable pour 4 patients. Le taux de mortalité a été de 43%.

Conclusion : La pancréatite aiguë, véritable urgence thérapeutique, est rarement rencontrée dans nos structures, l'étiologie métabolique a été la plus retrouvée. Le Taux de mortalité reste élevé du fait du retard diagnostic. Une prise en charge bien codifiée et précoce en réanimation s'avère nécessaire.

Mots clés : pancréatite réanimation Niamey Niger

Thème 6

Douleur, sédation

1. Comparaison morphine intraveineuse (IV) versus transversus abdominis plane bloc (TAP bloc) pour l'analgésie postopératoire après colpohystérectomie élargie plus lymphadénectomie a l'hôpital national Donka de Conakry
2. Prise en charge de la douleur postopératoire chez les drépanocytaires
3. Prise en charge de la douleur aigue postopératoire dans le service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale du Centre Hospitalier Yalgado Ouédraogo.
4. Intraoperative analgesic effects of pre-incisional bilateral Transversus Abdominis Plane block in patients undergoing total abdominal hysterectomy
5. Connaissances, attitudes et pratiques des médecins bucco-dentaires sur la prise en charge de la douleur

T6-1 Comparaison morphine intraveineuse (IV) versus transversus abdominis plane bloc (TAP bloc) pour l'analgésie post-colpohystérectomie élargie plus lymphadenectomie à l'hôpital national Donka de Conakry

Donamou Joseph

Présentation : orale

Orateur : Donamou Joseph

Objectif : L'objectif de notre étude était de montrer qu'il n'y a pas de différence entre l'analgésie obtenue sous morphine intraveineuse (IV) et celle obtenue sous Transversus Abdominis Plane bloc (TAP bloc).

Patientes et méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective et comparative entre 2 techniques d'analgésie postopératoire : morphine IV et TAP bloc. Elle s'est déroulée au service d'anesthésie de l'hôpital national Donka sur une période de 10 mois allant du 1^{er} janvier 2016 au 1^{er} novembre 2016. Ont été incluses, toutes les patientes ayant bénéficié d'une analgésie postopératoire avec la morphine IV ou le TAP bloc après colpohystérectomie élargie avec lymphadénectomie.

Résultats : Au total, 32 patientes ont été incluses dans notre étude et elles ont été réparties pour moitié dans le groupe TAP bloc et pour l'autre moitié dans le groupe morphine IV.

La moyenne d'âge dans le groupe TAP était de 42,3±20 ans contre 52,4±13 dans le groupe morphine IV. La répartition des patientes selon le score ASA a montré une prédominance des patientes classées ASA II. Les scores de la douleur recueillis aux différents intervalles de temps (6H, 12H, 24H, 48H) étaient quasiment identiques dans les 2 groupes au repos ($P>0,05$) et à l'effort ($P>0,05$).

La comparaison des 2 groupes révèle une différence significative en ce qui concerne les effets secondaires ($P=0,018$) ; ceux-ci n'ont été relevés que dans le groupe morphine IV et les effets secondaires retrouvés étaient la nausée (62%), suivie du prurit (12.5%) et de la sédation (6.25%).

Conclusion : L'analgésie produite par le TAP bloc est comparable à celle de la morphine IV sans les effets secondaires de cette dernière.

Mots clés : TAP bloc analgésie postopératoire chirurgie abdominale

T6-2 Prise en charge de la douleur postopératoire chez les drépanocytaires

Athombo Jackon

Présentation : orale

Auteur correspondant : Athombo Jackon.

Orateur : Mbombo Wilfrid Email :

pwmbombo@yahoo.fr pwmbombo@yahoo.fr

Introduction : La période postopératoire est particulièrement critique, l'incidence des complications est plus élevée. Ces dernières sont favorisées l'hypoxie, l'hypothermie et la douleur. L'objectif de cette étude était d'évaluer la prise en charge de la douleur postopératoire chez les drépanocytaires.

Matériels et méthodes : C'est une étude documentaire et descriptive réalisée au centre de médecine mixte et d'anémie SS pendant la période de janvier 2010 au 30 juin 2016. Les paramètres d'étude ont été : l'âge, le sexe, la classe ASA, le type de chirurgie, la technique anesthésique, le type d'analgésie.

Résultats : 281 dossiers ont été traités dont 85,1% des patients de sexe féminin, la tranche d'âge de 16 et 37ans étaient prédominante (79,3%). La chirurgie était obstétricale dans 46,6%, générale 42,7% et gynécologique 10,7%. La classe ASA II prédominait avec 68,3%. La rachianesthésie avec bupivacaïne et morphine a prédominé avec 75,8% suivie de l'anesthésie générale sans intubation (19,9% et avec intubation 3,5%). L'analgésie intrathécale prédominait (75,8%) suivie l'analgésie parentérale 24,2%. L'analgésie rachidienne était efficace dans 94,37% dans les 24 premières heures alors que l'analgésie parentérale était satisfaisante dans 88,24%.

Conclusion : L'utilisation de la morphine par voie rachidienne semble procurer une analgésie postopératoire meilleure chez les drépanocytaires et devrait être encouragée.

Mots clés : douleur postopératoire drépanocytose

T6-3. Prise en charge de la douleur aiguë postopératoire dans le service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale du Centre Hospitalier Yalgado Ouédraogo.

Bonkougou Papougnezambo

Présentation : poster

Orateur : Bonkougou Papougnezambo

Auteur correspondant: Bonkougou P. Email : zambobonkougou@yahoo.fr

Introduction La douleur est un signal d'alarme, un symptôme dont la fonction est de protéger l'organisme. C'est dans le souci d'améliorer le confort et de réduire la morbidité du patient opéré que la présente étude trouve son fondement. Son objectif est d'évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques en matière d'analgésie postopératoire en Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale (S/CMF) au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU-YO).

Matériels et méthodes Il s'est agi d'une étude prospective analytique réalisée du 02 février au 7 juin 2016. L'étude a inclus les patients âgés d'au moins six ans, opérés dans le service ainsi que le personnel soignant.

Résultats Au total, 87 patients et 42 soignants ont été retenus. Les patients étaient âgés en moyenne de 31,20 ans +/- 14,40 [IC 95% ; 6-71 ans] avec un Sex-ratio de 1,17. Les indications opératoires étaient dominées par les tumeurs (40,23%) et les fractures maxillo-faciales (44,83%). La durée moyenne de la

chirurgie était de 92,57 +/- 48 minutes. Il s'agissait d'une anesthésie générale (95,4%). La majorité des patients (74,71%) ont exprimé une douleur en postopératoire immédiat (H0) qui était faible dans 45% à l'EVS et 60% à l'EVA. La chirurgie carcinologique était la plus douloureuse à H24 (p = 0,02). La prévention de l'hyperalgie avec la kétamine n'était pas réalisée. L'analgésie anticipée au bloc était faite (96,55% ; n = 84). Les patients n'étaient pas informés sur la douleur avant l'intervention (81,6%). L'âge moyen des soignants était de 42 ± 11 ans. Vingt-neuf soignants (69%) n'ont pas reçus de formation sur la douleur et 52,38% n'avaient pas connaissance des échelles d'évaluation de la douleur.

Conclusion Le contrôle de la douleur postopératoire est encore insuffisant dans le service de S/CMF du CHUYO et le personnel soignant doit améliorer ses connaissances sur la gestion de la douleur.

Mots clés : Douleur postopératoire Stomatologie-Chirurgie Maxillo-Faciale

T6-4 Intraoperative analgesic effects of pre-incisional bilateral Transversus Abdominis Plane block in patients undergoing total abdominal hysterectomy

Owono Etoundi Paul

Présentation : orale / Thème : Douleur, sédation

Orateur : Owono Etoundi Paul. Email : owonop@gmail.com

Background: The efficacy of transversus abdominis plane (TAP) block has been demonstrated in postoperative analgesia, but few studies have evaluated its intra operative effects. We aimed to evaluate the intra operative analgesic effects of pre-incisional TAP block in patients undergoing total abdominal hysterectomy.

Methods: After receiving the authorization of the National Ethics Committee, a total of 70 preoperative consenting patients for total abdominal hysterectomy, classified ASA I and II were randomized in a double-blinded model to group 1 (n = 34) receiving bilateral TAP block with 1% ropivacaine and group 2 (n = 36) receiving bilateral TAP block with normal saline, followed by general anaesthesia. Haemodynamic responses to surgical stress and intraoperative fentanyl consumption were studied. Data analysis was performed using Epi info 3.5.4 statistical software. Means and standard deviations of numerical variables were reported. Categorical variables were analysed using the Fisher's exact test or the Pearson's Chi-square test where appropriate. The threshold for statistical significance was set at a *p* value less than 0.05.

Results: The demographic and the clinical characteristics in both groups were similar. Following the TAP block procedure, induction of

general anaesthesia and then surgical incision, pulse rate (93.20 ± 7.42 vs. 99.91 ± 11.48 bpm, $p = 0.007$) and mean arterial blood pressure (100.38 ± 13.36 vs. 110.30 ± 13.70 mmHg, $p = 0.004$) were significantly higher in the control group. The intraoperative fentanyl requirement was significantly higher in the control group (293.58 ± 60.59 vs. 449.44 ± 71.31 mcg, $p < 0.001$). The most important clinical implication of our study is a significant reduction in the consumption of intra operative morphine-like drugs associated with TAP block use. This finding is of invaluable economic interest in our resource-constrained environment where morphine-like drugs are often scant and relatively expensive. Likewise, the reduced intraoperative haemodynamic fluctuations associated with the TAP block provides a safety intraoperative analgesic option for patients with cardiovascular diseases who are intolerant to tachycardia or other haemodynamic variations.

Conclusion: Pre-incisional TAP block attenuates haemodynamic responses to surgical stress and decreases intraoperative fentanyl requirements in patients undergoing total abdominal hysterectomy.

Mots clés: Transversus abdominis plane block intraoperative analgesia hysterectomy

T6-5 Connaissances, attitudes et pratiques des médecins bucco-dentaires sur la prise en charge de la douleur

Bengono Bengono Roddy Stephan

Presentation: poster

Thème : Douleur, sédation

Orateur : Bengono Bengono Roddy Stephan

Introduction : La douleur représente le principal motif de consultation dans la pratique courante de l'odonto-stomatologue. Les moyens peuvent être pharmacologiques ou non. Ceci dans le but d'assurer une prise en charge adéquate. Malgré cela, cette prise en charge reste un véritable problème. L'objectif de l'étude était de déterminer le niveau de compétences des médecins bucco-dentaires vis-à-vis de la prise en charge de la douleur en odonto-stomatologie.

Méthodologie : Une enquête transversale a été menée du 1^{er} février au 27 avril 2016 auprès des médecins bucco-dentaires des villes de Yaoundé, Mfou, Bafia, Mbalmayo, Obala. L'outil de collecte de données était un questionnaire de 50 éléments auto-administré. Les données ont été analysées par le logiciel SPSS version 20.

Résultats : L'enquête a porté sur 38 cabinets dentaires et 58 médecins bucco-dentaires. Vingt un médecins (36,21%) reconnaissaient à la douleur son caractère subjectif. Seulement 46 participants (79,39%) reconnaissaient que la douleur était chronique et aiguë en fonction du temps. Six praticiens (10,3%) estimaient qu'il existe 4 paliers d'antalgiques selon l'OMS. Trente-huit participants (64, %) déclaraient ne pas utiliser les échelles d'évaluation de la douleur. Quarante-neuf dentistes (87,5%) prescrivaient en première intention le paracétamol, et trente dentistes prescrivaient l'association paracétamol-codéine en 2^e intention. Pour quatre dentistes (6,8%), il n'était pas nécessaire de prescrire un antalgique après une extraction dentaire.

Un traitement endodontique associé à un antalgique était réalisé par trente-deux médecins dentistes (55,2%) en cas de pulpite ; trente-cinq médecins ont associé un antalgique (60,3%) en cas de desmodontite, et quarante-deux médecins (72,4%) en cas d'abcès péri apical. En ce qui concerne la prescription d'antalgiques l'association paracétamol-ibuprofène était majoritaire dans les pathologies dites inflammatoires. L'association paracétamol-codéine était majoritairement prescrite en cas de névralgie (41,3%) ; seuls douze médecins (20,6%) utilisaient les opiacés forts. L'anesthésie générale avait déjà été utilisée par neuf praticiens, et la sédation consciente par cinq médecins (8,5%). Vingt médecins (34,5%) estimaient que l'antalgique avait un rôle pour réduire l'inflammation. Chez 34,5 % des participants (n=20), le désir du patient de consommer les antalgiques aurait influencé la décision de prescription. 60,3% des praticiens (n=20) avaient la conviction que l'antibiotique a un rôle dans la diminution de la douleur. Parmi les enquêtés, 54 médecins (93,1%) ont affirmé ressentir le besoin d'acquérir de nouvelles connaissances sur la gestion de la douleur.

Conclusion: Le niveau des connaissances globales était moyen. Les attitudes étaient approximatives et leurs pratiques étaient bonnes. Ceci dénote l'importance de la formation continue.

Mots clés : Pratiques Douleur Médecin bucco-dentaire

Thème 7
**Endocrinologie, métabolisme,
nutrition, milieu intérieur**

1. Complications aiguës métaboliques du diabète sucré dans le Service de Réanimation Polyvalente du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo
2. Complications métaboliques aiguës du diabète aux urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville(CHUL), à propos de 72 cas
3. Impact de l'adjonction de la poudre de feuilles séchées de *Moringa oleifera* à l'alimentation sur l'état nutritionnel des patients adultes agressés en réanimation
4. Facteurs pronostiques des complications métaboliques du diabète sucré dans un service de réanimation à Abidjan(RCI)

T7-1 Complications aiguës métaboliques du diabète sucré dans le Service de Réanimation Polyvalente du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo
Lankoande Martin

Présentation : orale

ORATEUR : Lankoande Martin. Email Lankoande Martin m.hamtaani@gmail.com

Introduction L'accroissement rapide de la prévalence du diabète sucré en Afrique Subsaharienne constitue un problème de santé public. La prévalence du diabète de la ville de Ouagadougou est de 8,5% [1]. Le diabète évolue souvent vers des complications aiguës pouvant mettre en jeu le pronostic vital à court terme et motivant le recours à la réanimation. L'objectif de ce travail était d'étudier les complications aiguës métaboliques (CAM) du diabète sucré dans le Service de Réanimation Polyvalente (SRP) du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU-YO) au Burkina Faso.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective sur une période de cinq ans. La population d'étude est constituée des patients admis dans le service pour une CAM du diabète sucré. Soixante-six cas ont été retenus pour l'étude.

Résultats : Les CAM du diabète représentaient 6,5% des admissions en Réanimation. L'âge moyen était 55 ± 17 ans et le sex-ratio de 1,06. Les principaux motifs d'admission étaient le coma grave (62,1%), la défaillance respiratoire (81,8%) et la déshydratation (15,1%). La mauvaise observance du traitement diabétique a été observée dans 64,5%. L'acidocétose représentait 59,1% des CAM, l'hypoglycémie 27,3% et le syndrome d'hyperglycémie hyperosmolaire 13,6%. L'hyperglycémie moyenne était $26,31$ mmol/l et l'hypoglycémie moyenne $1,3 \pm 0,7$ mmol/l. Une cétonurie (69,1%) et une glycosurie (67,8%) étaient observées. La survenue de complication était associée à l'âge avancé ($p = 0,003$). L'infection constituait le principal facteur de décompensation. La durée moyenne de séjour était $5,8 \pm 5,6$ jours. La mortalité globale (54,55%) était liée à la gravité du coma ($p = 0,007$).

Conclusion : Les complications aiguës métaboliques du diabète sucré sont relativement fréquentes en Réanimation au CHU-YO. Le taux de mortalité est élevé. Une prise en charge précoce et adaptée pourrait améliorer le pronostic vital.

T7-2 Complications métaboliques aiguës du diabète aux urgences du Centre Hospitalier Universitaires de Libreville (CHUL), à propos de 72 cas
Nkoh Ngoma Sandrine

Présentation : orale

Orateur : Nkoh Ngoma Sandrine. sandrinengoma19@gmail.com

Introduction : les complications métaboliques aiguës du diabète sont des urgences médicales pouvant mettre en jeu le pronostic vital à court terme. Le but de ce travail était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des patients admis pour complications métaboliques aiguës du diabète.

Matériels et méthode : nous avons mené une étude prospective, descriptive et analytique sur une période de 3 mois (1er janvier 2017 au 31 mars 2017) aux urgences du CHUL. Etaient inclus, les patients diabétiques connus ou non admis pour une complication métabolique aiguë liée au diabète et ayant une durée de séjour supérieure ou égale à 24 heures. Les données sociodémographiques, cliniques, paracliniques, la durée du séjour et l'évolution étaient les paramètres étudiés.

Résultats : Durant la période étudiée, 72 patients ont répondu aux critères d'inclusion soit une prévalence de 1,8%. L'âge moyen était de $44,7 \pm 16,5$ ans. Le sex ratio était de 0,95. 62 patients (77,8%) étaient connus diabétiques. Les principaux motifs de consultation étaient l'altération de l'état de conscience (50%) et l'agitation psychomotrice (48,6%). L'acidocétose était la complication métabolique la plus fréquente (48,6%) suivie de l'hyperglycémie hyperosmolaire (26,4%) et de l'hypoglycémie (25%). Les infections étaient les principaux facteurs de décompensation (54,2%). La mortalité était de 1,3%. Le décès était lié au coma hyperosmolaire.

Conclusion : Les complications métaboliques aiguës du diabète sont dominées par l'acidocétose. Les infections sont une cause majeure de décompensation. Le taux de mortalité est faible mais doit être amélioré. Une meilleure connaissance de la maladie diabétique et de sa prise en charge permettra d'améliorer ces résultats.

Mots-clés : Diabète Acidocétose Hypoglycémie Infection Urgences

T7-3. Impact de l'adjonction de la poudre de feuilles séchées de *Moringa oleifera* à l'alimentation sur l'état nutritionnel des patients adultes agressés en réanimation

Kabore R. Armel Flavien

Présentation : orale

Orateur : Kaboré R. Armel Flavien. Email : Kaboré R. Armel Flavien kflavien@hotmail.com

Introduction : La dénutrition est majorée par l'agression chez les patients en réanimation. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'effet de l'adjonction de la poudre de feuilles séchées de *Moringa oleifera* (PFSMO) à l'alimentation sur l'état nutritionnel des patients de réanimation.

Matériel et méthodes: Il s'est agi d'un essai clinique randomisé sans insu. Ont été inclus tous les patients agressés, âgés de 15 à 69 ans ne présentant pas de contre-indication à la nutrition entérale, qui n'étaient pas sous une supplémentation alimentaire et dont la durée de séjour était d'au moins 4 jours. Ces patients ont été répartis, par tirage au sort en deux groupes : l'un a reçu l'alimentation habituelle du service (groupe Moringa -) et l'autre a reçu en plus, la PFSMO (groupe Moringa +) à raison de 3,43g/Kg/jour répartis en 3 prises. Les patients ont été suivis pendant 21 jours. Le principal critère

de jugement était la pré-albuminémie moyenne à J4, J7, J14 et J21. Les critères de jugement secondaires étaient la survenue de complications et le mode de sortie.

Résultats : Au total, 36 patients ont été inclus, dont 17 dans le groupe Moringa+. Les deux groupes étaient comparables. A J4 et J14, la pré-albuminémie moyenne était plus élevée dans le groupe Moringa+ (0,13g/L+/-0,025 à J4 et 0,151g/L+/- 0,069 à J14) que dans le groupe MORINGA- (0,088 g/L+/- 0,05 à J4et 0,086 g/L+/- 0,018 à J14) (p=0,0049 à J4et p = 0,0275à J14). De plus, les patients du groupe MORINGA- ont présenté 3 fois plus de complications (p = 0,010) et une mortalité quatre fois plus élevée (p = 0,012).

Conclusion : La consommation de la PFSMO a permis une amélioration de l'état nutritionnel et du pronostic des patients adultes agressés.

T7-4 Facteurs pronostiques des complications métaboliques du diabète sucré dans un service de réanimation à Abidjan (RCI)

Mobio N'Kan Michael Paterne

Présentation : poster

Orateur : Mobio N'Kan Michael Paterne. mobio.michael@yahoo.fr

Objectif : Analyser les facteurs pronostiques des complications métaboliques du diabète sucré en réanimation polyvalente.

Patients et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique portant sur une période de 28 mois (janvier 2015 - juin 2017). Ont été inclus, tous les patients admis pour complication métabolique du diabète sucré. Les paramètres étudiés étaient épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs.

Résultats : Nous avons colligé 39 dossiers sur 1260 admissions (3,09%). Les paramètres épidémiologiques étaient : l'âge (60,25 ± 11 ans), le sex ratio (1,4) et les diabétiques connus (64,1%). Les complications métaboliques retrouvées étaient : l'acidocétose (74,3%), l'hypoglycémie (15,4%) et le syndrome d'hyperglycémie hyperosmolaire (10,3%). Les facteurs de décompensation étaient : l'irrégularité thérapeutique (57,3%), l'infection (21,5%) et l'écart de régime (20,2%). La glycémie moyenne à l'admission était : 4,40±2,03 g/l (acidocétose) ; 5,78± 0,5 g/l (hyperglycémie hyperosmolaire) et 0,27 ±0,1g/l (hypoglycémie). L'équilibre glycémique était obtenu au bout de 8±3 heures avec une dose moyenne d'insuline de 62,34±30,02 UI. Les complications survenaient en moyenne au deuxième jour d'hospitalisation et étaient : l'hypoglycémie (27, 8%), l'hypokaliémie (12,5%). Le délai moyen d'admission était de 5,46 ± 4,24 jours. La durée moyenne d'hospitalisation était de 7 ,1 ±5,15 jours. La létalité était de 23,1%. La létalité était liée au long délai d'admission, au motif de consultation, à la longue durée de séjour en réanimation, à la survenue de complications en cours d'hospitalisation et à la réalisation de geste invasifs, à la survenue de complications en cours d'hospitalisation (Fischer exact= 0,01).

Conclusion : Les complications métaboliques étaient dominées par l'acidocétose. La létalité reste élevée et liée aux complications en cours d'hospitalisation. La surveillance clinique et biologique doit être plus stricte.

Mots-clés : complications métaboliques diabète sucré réanimation

Thème 8 - Éthique, information du patient, médico-légal, réglementaire Thème - Évaluation, gestion des risques, qualité, médecine préventive

1. Les motifs d'admission des patients en réanimation aux Cliniques Universitaires de Kinshasa
2. Gravité et pronostic des patients de réanimation à l'hôpital universitaire de Parakou au Bénin
3. Evaluation de la pratique de la transfusion sanguine aux urgences
4. Impact de la période d'admission sur la mortalité des patients de réanimation
5. Profil des patients admis en réanimation au Centre hospitalier régional de Port-Gentil
6. Mortalité aux urgences médicales du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou au Burkina-Faso
7. L'évaluation du système de triage aux urgences intégrées du Centre hospitalier Monkole
8. Profil épidémio-clinique des patients admis en réanimation
9. Préparation à la gestion des catastrophes des hôpitaux de Yaoundé
10. Evaluation du stress chez le personnel médical des services d'urgences
11. Aspects épidémiologiques de la traumatologie routière dans la ville de Niamey
12. Anesthésie du sujet âgé à l'hôpital National Lamordé de Niamey
13. Arrêts cardiaques intra-hospitaliers : Evaluation des connaissances théoriques du personnel médical et paramédical au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Brazzaville
14. Evaluation de l'anesthésie selon le terrain à l'hôpital national Lamordé de Niamey
15. Réalités de la pratique anesthésique au cours d'une campagne de santé en milieu rural: expérience de la FMSB* à l'Hôpital régional annexe d'Ayos
16. Prise en charge anesthésique des urgences chirurgicales au centre hospitalier régional de Ouahigouya (Burkina Faso)

T8-1 Les motifs d'admission des patients en réanimation aux Cliniques Universitaires de Kinshasa

Mavinga N J1, Shamamba K R1 , Bilungula M G , Kilembe M A1

Présentation : orale

Orateur : Mavinga Nyombo JJ. Email José joicemav@yahoo.fr José joicemav@yahoo.fr

Introduction L'admission en Réanimation est très souvent délicate ; elle intervient dans la majorité des cas dans un contexte d'urgence [1,2]. Les données concernant l'évolution des patients sont insuffisantes en Afrique.

Objectif : Déterminer les motifs d'admission et décrire le profil des patients admis dans le service de Réanimation des Cliniques Universitaires de Kinshasa.

Matériel et méthodes : C'est une étude rétrospective descriptive et analytique réalisée dans le service de Réanimation polyvalente des Cliniques Universitaires de Kinshasa du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2015. Tous les patients admis en Réanimation durant la période de l'étude, étaient inclus. L'analyse des données été faite à l'aide du logiciel SPSS, Version 21.0. L'analyse qualitative a été réalisée par le test de Chi-carré avec un seuil de signification à $p < 0,05$. La confidentialité était respectée et nous n'avons pas eu de conflit d'intérêt à déclarer dans notre étude.

Résultats Un total de 340 patients avait été retenu pour notre étude, dont 55,9% de sexe masculin. L'âge moyen était de $40,42 \pm 22,37$ ans avec des extrêmes de 0 à 86 ans. Les accidents vasculaires cérébraux ont constitué le principal motif d'admission (14,4%) puis le traumatisme cranio encéphalique, le sepsis et le SDRA respectivement

dans 12,9 ; 10,3 et 8,5% des cas.

L'étude a montré que les patients provenaient principalement de médecine interne (40%) suivi de la chirurgie (34,7%) et très faiblement d'ORL (1,5%). Les admissions en provenance du bloc opératoire ont constitué 63,9% des cas de gynéco-obstétrique. Le taux de mortalité était de 67,7%. L'issue était statistiquement influencée par l'âge et le motif d'admission ($p=0,017$) et ($p=0,001$).

Conclusion Les accidents vasculaires cérébraux, les traumatismes crânio-encéphalique et le sepsis ont constitué les trois principales pathologies rencontrées en Réanimation dans notre milieu. L'élaboration d'un protocole d'admission des patients, pour tous les services de l'hôpital s'avère nécessaire.

Mots-clés : Admission Réanimation Cliniques Universitaires de Ki

Référence :

1. **Guidet B., Boumendil A. et coll.** Admission en réanimation du sujet âgé à partir du service des urgences. État des lieux. Réanimation 2008. 17, 790-801.
2. **Truog RD, Brock DW et coll.** Rationing in the intensive care unit. Crit Care Med 2006; 34:958-63.

T8-2 Gravité et pronostic des patients de réanimation à l'hôpital universitaire de Parakou au Bénin

Tchaou Blaise Adelin

Présentation : orale

Orateur : Tchaou Blaise Adelin

Thème : Évaluation, gestion des risques, qualité, médecine préventive

Introduction : La gravité de l'état clinique du patient de réanimation est liée à l'existence d'une ou de plusieurs lésions et des défaillances viscérales pouvant mettre en jeu son pronostic.

Objectif : Evaluer la valeur pronostique des scores de gravité notamment des Indices de Gravité Simplifié 2 et Ambulatoire (IGS2 et IGSA), de l'Acute Physiologic And Chronic Health 2 (APACHE2) et du Sequential Organ Failure Assessment Score (SOFA).

Patients et méthodes : Etude descriptive et analytique avec recueil prospectif des données portant sur la gravité et le pronostic des patients hospitalisés en réanimation et menée du 1^{er} mars au 30 juin 2017. Les différents scores de gravité avaient été calculés dans les 24 premières heures d'hospitalisation. Le nombre et le type de défaillances viscérales organiques étaient notés à l'admission des patients.

Résultats : Durant la période d'étude nous avons recensé 185 patients représentant 89,3% des admissions. Parmi ces 185 patients 118 étaient de sexe masculin et 67 de sexe féminin soit un sex-ratio de 1,76. L'âge moyen des patients était de 38,89 ans $\pm$ 17,92 avec des extrêmes de 16 et 99 ans. La durée moyenne de séjour était de 4,36 $\pm$ 2,2 jours (4 heures et 42 jours). L'IGSA moyen était de 5,48 $\pm$

2,01 (0-19), l'IGS2 moyen était de 29,54 $\pm$ 19,04 (0-82) avec une mortalité prédite moyenne de 19,12 $\pm$ 5,05 (0,02-93,62). Le score APACHE 2 moyen était de 14,24 $\pm$ 10,49 (0-43) avec une mortalité prédite moyenne de 25,69 $\pm$ 5,00 (2,88-94,05). La défaillance neurologique était la plus fréquente et représentait 58,37% de l'ensemble des défaillances viscérales. Nous avons enregistré 48 cas de décès soit une mortalité globale de 25,95%. La mortalité augmentait avec les scores de gravité et 77,08% des patients décédés avaient un IGSA $\geq$ 8. Le score IGSA s'était révélé le plus sensible à 77%, contre 62,50% pour IGS2 et 47,91% pour APACHE 2 ; mais il était le moins spécifique à 81,75% contre 85,40 pour IGS2 et 90,51% pour APACHE 2.

Conclusion : Le rapport global de la mortalité observée sur la mortalité prédite était de 1,01 et 1,35 respectivement pour les scores APACHE 2 et IGS 2, ce qui traduit de façon théorique une bonne performance de notre service, malgré les conditions de travail parfois difficiles dans nos régions.

Mots clés : indices de gravités pronostic mortalité - réanimation

Références :

Aminiahidashi H, Bozorgi F, M, N.M. Dia • I. Diallo
• N.M. Ma, Menthonnex E, Egard F, Torres

T8-3 Evaluation de la pratique de la transfusion sanguine aux urgences

Kaboré R. Armel Flavien

Présentation : orale

Orateur : Kabore R. Armel Flavien

Introduction : La transfusion sanguine est une thérapeutique fréquemment pratiquée en urgence. Elle expose néanmoins à des complications si les règles régissant sa pratique ne sont pas respectées.

Le but de notre étude est d'évaluer la pratique de la transfusion sanguine dans les services d'urgence.

Méthodologie: Etude transversale descriptive au cours de laquelle nous avons inclus tous les patients transfusés aux urgences au cours de la période d'étude ainsi que tout le personnel de soins des urgences.

Résultats : Durant la période d'étude, 374 patients ont bénéficié de la transfusion sanguine. La tranche d'âge la plus représentée était celle de [25-35 ans]. Tous les patients ont été transfusés avec des concentrés de globules rouges (CGR). L'anémie sévère constituait la principale indication de la transfusion sanguine avec 58% des cas. Le taux de satisfaction globale des besoins transfusionnels était de 53%. Le délai moyen d'obtention CGR était de 2h 39min tandis que le délai moyen entre l'arrivée des CGR et son administration était de 1h 29mn. La tolérance de la transfusion était bonne dans 363 cas soit 97%, par contre, des incidents à type de fièvre et de frissons ont été relevés dans 11 cas. 74,2% des prescripteurs et 33% des infirmiers n'avaient pas reçu de formation spécifique sur la transfusion sanguine. 53% des prescripteurs ne prescrivaient pas une surveillance de la transfusion. Le test ultime au lit du malade a été réalisé dans 52% des cas.

Conclusion: La pratique de la transfusion sanguine aux urgences ne respecte pas toujours les règles de sécurité. Cela expose les malades transfusés à des complications pouvant engager leur pronostic vital. Il est donc impératif de former le personnel à la pratique sécuritaire de la transfusion sanguine aux urgences

T8-4 Impact de la période d'admission sur la mortalité des patients de réanimation

Kaboré R. Armel Flavien

Présentation : orale

ORATEUR : Kabore R. Armel Flavien

Introduction Le pronostic des patients de réanimation est souvent fonction du jour et de l'heure d'admission. L'objectif de cette étude était d'évaluer le lien entre la période d'admission et la mortalité dans le service.

Patients et méthode Il s'est agi d'une cohorte à collecte prospective sur 6 mois de tous les patients admis en réanimation. Les patients inclus étaient repartis en deux groupes selon la période d'admission : P1 pour les heures ouvrables (6h 00 à 18h00 des jours ouvrables) et P2 pour les heures non ouvrables.

Résultat Au total 203 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 35.17 +/- 22.23 ans. Le sex-ratio était de 1,6. Les deux groupes étaient comparables au plan sociodémographique (âge, sexe, provenance), clinique (choc, score de gravité) et thérapeutique (remplissage vasculaire, utilisation de vasopresseurs, intubation et ventilation mécanique). Il y avait une surmortalité pour le groupe P2 (OR=2.59 avec p=0.025). Deux autres facteurs indépendants de mortalité ont été identifiés : l'intubation en réanimation (OR=3.87 avec p=0.035) et la présence d'un état de choc (OR=5.91 avec p=0.002).

Conclusion L'admission en réanimation en dehors des heures ouvrables est un facteur de mauvais pronostic.

T8-5 Profil des patients admis en réanimation au Centre hospitalier régional de Port- Gentil

Mwemba Ciswaka Zed

Présentation : orale

Orateur : Mwemba Ciswaka Zed. Email : docteurmzed@yahoo.fr

Introduction : Les services de réanimation sont les services accueillant des patients souffrant d'instabilité physiologique grave et les soins reposent sur des techniques de support artificiel. Ils ont généralement des ressources limitées nécessitant des prises de décision d'admission systématiquement pesée; celui du centre hospitalier régional de Port gentil contient 4 lits pour une population estimée à 136 462 habitants. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'intérêt médical d'une décision d'admission au CHRPOG.

Matériels et méthodes : C'est une étude rétrospective de juillet 2015 à juin 2017. Les données ont été collectées à partir des registres d'admission, sortie et de suivi en réanimation. Les groupes homogènes ont été formés à partir de diagnostic jugé principal lors de l'admission. L'encodage et l'analyse statistique des données ont été effectués avec le logiciel Excel 2016.

Résultats : 268 dossiers ont été analysés. L'âge moyen était de 40,8 ans avec un sexe ratio de 0,9. Les pathologies cardiovasculaires étaient les principales causes d'admission avec 32%, suivi des pathologies infectieuses 27% et le suivi post opératoire 19%. Selon les critères de gravité mis en place, 63% des patients étaient graves à l'admission et 34% moyennement graves. 49 % des patients nous avaient été transférés des cliniques privées. La durée du séjour moyenne était de 5,2 jours. Comme Issue, 34% de patients étaient transférés dans les services ouverts, 26% sont rentrés à domicile et il y a eu 36% de décès. L'étude de la mortalité avait dévoilé que les pathologies cardiovasculaires et infectieuses avaient représenté respectivement 51 et 27 % des décès avec une répartition égale pour les deux sexes et 22% avaient plus de 60 ans. Parmi ces décès, 76% étaient des patients transférés des cliniques privées, 90% étaient considérés graves à l'admission et 44 % des patients étaient décédés dans les 4 premiers jours de séjour en réanimation.

Conclusion : cette étude a permis de comprendre que l'admission en réanimation au CHRPOG n'était pas réglée, et d'avoir une base de réflexion sur la nécessité d'établir des critères d'admission contextuellement avantageux.

Mots-clés : réanimation - critères admission - centre hospitalier régional de port gentil

T8-6 Mortalité aux urgences médicales du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou au Burkina-Faso

Bonkougou Papougnezambo

Présentation : poster

Orateur : Bonkougou Papougnezambo

Introduction Les services d'urgences médicales reçoivent des patients atteints de pathologies de gravité variable. Malgré la prise en charge relativement rapide, il survient des décès qui ont souvent besoin d'être audités. Ce travail avait pour but d'étudier les aspects épidémiologiques et le profil clinique des patients décédés dans le service des urgences médicales du CHU-YO afin d'en tirer des leçons sur toute la chaîne de référence nationale assurée par cet hôpital.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur cinq ans couvrant la période du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2015. Tous patients âgés de plus de 15 ans admis aux urgences médicales et décédés au cours de leur hospitalisation étaient inclus.

Résultats : Au total, 3343 décès sur 11896 admissions, soit un taux de mortalité de 28,1% a été observé. Le délai médian de consultation était de quatre jours. Le délai médian de décès était un jour. La tranche d'âge de 30 à 40 ans était la plus représentée avec une proportion de 16,8%. Le Sex-ratio était de 1,7. A l'admission, l'altération de l'état de conscience représentait 31% des cas. Les accidents vasculaires cérébraux étaient plus rencontrés (23%) suivis des infections (16,37%) et des pathologies rénales (15,2% ; dominées par les insuffisances rénales surtout chroniques).

Conclusion : La mortalité des urgences médicales au CHUYO de Ouagadougou, reste encore importante. Les pathologies neuro-vasculaires, avec principalement les accidents vasculaires cérébraux, y contribuent pour beaucoup. Cette mortalité élevée pourrait s'expliquer, par l'état de gravité des patients à l'admission et les insuffisances dans la qualité des soins administrés.

Mots-clés : Mortalité Urgences médicales CHU Yalgado Ouédraogo

T8-7 L'évaluation du système de triage aux urgences intégrées du Centre hospitalier Monkolé

Mbuyi Freddy

Présentation : poster

Orateur : Mbombo Wilfrid. Email : fmukish@yahoo.fr

Introduction: Les services des urgences et de réanimation sont en première ligne d'action dans le système de soins d'un hôpital. Néanmoins, ils sont les lieux de nombreux décès. Que les patients se présentent d'eux-mêmes sans avis médical préalable ou qu'ils soient adressés par leur médecin traitant, ces patients sont admis pour des motifs multiples et variés, sans nécessairement, mise en jeu de leur pronostic vital. Ainsi, toute réflexion sur le tri doit tenir compte du fait que la situation d'un malade est évolutive. La catégorisation doit être régulièrement révisée. Ce concept place le triage en tant que processus continu et dynamique impliquant l'ensemble de l'équipe soignante. L'objectif de cette étude était d'évaluer le système de triage et les motifs d'admission des patients aux urgences intégrées au centre hospitalier Monkolé.

Matériels et méthodes : C'est une étude documentaire rétrospective et observationnelle réalisée chez les patients ayant consulté les urgences du Centre Hospitalier MONKOLE du 01 juin 2014 au 01 juin 2016. Les variables étudiées ont été: l'âge, le sexe, la provenance, le niveau d'urgence, heure d'arrivée, moyens de transports pour arriver au centre hospitalier Monkole, type de pathologie, explorations d'imagerie et de biologie médicales, orientation post prise en charge, mortalité.

Résultats: Pendant cette période, 8770 patients ont été reçus aux urgences de Monkole. L'âge moyen était de 30,23 ans avec des extrêmes de zéro jour à 82 ans; le sexe était prédominant avec 51,2%; 53,2% des patients provenaient du domicile; 34,5% étaient référés, 11,05% venaient de lieux d'accident de voie publique, 1,3% venaient des lieux de travail. Le niveau 4 (atteinte fonctionnelle ou lésionnelle non complexe avec prise en charge dans les 60 minutes) avait représenté 75% des patients. Le niveau 3 (atteinte fonctionnelle ou lésionnelle pouvant s'aggraver dans les 24 heures impliquant une prise en charge dans les 30 minutes) représentait 3,8%. Le niveau 2 (atteinte d'un organe ou un membre pouvant

engager le pronostic vital ou fonctionnel dans une heure) représentait 10,3%. Le niveau 1 (détresse vitale majeure avec pronostic vitale engagée, et prise en charge immédiate) représentait 10,8%. 67,9% des patients avaient consulté entre 17H et 8h00 soit pendant les heures de garde, 32,1% avaient consulté entre 8h00 et 17h00. Les moyens de transports utilisés étaient l'ambulance pour 7,6% des patients; 60,97% avaient utilisé les moyens de transport en commun (taxi, taxi bus); 23,9% avaient utilisé les moyens de transport personnel; 6,12% avaient utilisé la moto comme moyen de transport et 1,42% étaient venus à pied. Les pathologies infectieuses et parasitaires (sepsis et paludisme) représentaient 45,2% la pathologie cardiovasculaire et métabolique représentait 34,5%, la pathologie chirurgicale traumatique et non traumatique représentait 15,1%, les autres notamment neuropsychiatriques et retrait des résultats représentait 5,3%. Les explorations paracliniques étaient l'ECG 66,8%; la radiographie 15,4%, l'échographie 12,5%; le scanner 2%, l'endoscopie 3%; la biochimie 33,5%, l'hématologie 29,4%, la parasitologie 15,4%, la sérologie 10,4%, la bactériologie 9,4%, la coagulation 1,3% et l'hormonologie 0,7%. Les patients ont été orientés: en hospitalisation de médecine interne 27,5%; à domicile 25,5%; en hospitalisation de pédiatrie 20,1%; en réanimation 12,7%, en chirurgie 9,2% et gynéco-obstétrique 1,2% et transférés en dehors de Monkole 3,6% par manque de place ou épuration extra-rénale. La mortalité globale était de 0,2%.

Conclusion: Le système de triage montre que les urgences vitales nécessitant une prise en charge immédiate représente 10%, la majorité des patients consultent durant la garde, le transport médicalisé n'existe pas; le retrait des résultats est un travail de trop pour l'équipe d'urgence.

Mots-clés : système de triage urgences centre hospitalier Monkole

T8-8 Profil épidémiologique-clinique des patients admis en réanimation

Amengle Albert Ludovic

Présentation : orale

Orateur : Amengle Albert Ludovic

Introduction : La réanimation est une discipline médicale permettant de prendre en charge des patients présentant ou susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances viscérales aiguës. On distingue trois types d'urgence : extrême urgence, situation de menace vitale immédiate et les premières urgences. L'admission en réanimation répond aux préoccupations permettant une intervention rationnelle. La prise en charge en réanimation est très coûteuse et le taux de mortalité reste très élevé en Afrique. L'objectif de notre étude était de déterminer le profil épidémiologique-clinique des patients admis dans les services de réanimation de l'Hôpital Central de Yaoundé et de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective et prospective allant de Janvier à Décembre 2016 pour la phase rétrospective et de Janvier à Mars 2017 pour la phase prospective. Etaient inclus tout patient hospitalisé en réanimation au dossier médical complet et ayant donné son consentement éclairé. L'échantillonnage était consécutif et non exhaustif. Les informations étaient collectées à l'aide d'une fiche technique préétablie. Elles concernaient l'âge, le sexe, le motif d'hospitalisation, les antécédents du patient, la structure de provenance, le mode d'admission, les examens complémentaires, le traitement reçu, la

durée d'hospitalisation et l'évolution. Les données étaient analysées à partir du logiciel Epi info version 3.5.4 et Microsoft Office Excel 2013. Les paramètres utilisés étaient la moyenne, l'écart-type et le pourcentage.

Résultats : Mille cinq cent quatre-vingt-trois patients étaient collectés. La prévalence des hospitalisations en réanimation était de 0,1% à l'HGOPY et 0,02% à l'HCY. Le sexe féminin était le plus représenté, l'âge moyen était de $35,1 \pm 17,7$ ans. Les patients provenaient du bloc opératoire à 68,1%, l'HTA était l'antécédent médical le plus retrouvé à 51,7%. L'hémogramme était l'examen biologique le plus demandé à 98,3% suivi du bilan rénal (80%), le scanner était l'examen morphologique le plus demandé chez 14,9% des patients. La surveillance post-opératoire était le principal diagnostic suivi des pathologies neurologiques (14,1%). L'antalgique reçu à 92,2%, l'antibiotique était prescrit chez 86,4% et 79,1% des patients recevaient l'héparine de bas poids moléculaire. La durée d'hospitalisation était de 4,6 jours. Le taux de mortalité était de 19,6%.

Conclusion : L'admission des patients en réanimation est principalement secondaire, les pathologies retrouvées étaient diverses et variées et la mortalité reste assez élevée.

Mots-clés : Epidémiologie Admission Réanimation

T8-9 Préparation à la gestion des catastrophes des hôpitaux de Yaoundé

Metogo Mbengono Junette Arlette

Présentation : orale

Orateur : Metogo Mbengono Junette Arlette

Objectif : évaluer le niveau de préparation à la gestion des catastrophes des hôpitaux de Yaoundé et les compétences des médecins.

Méthodologie: Il s'agissait d'une enquête descriptive transversale, réalisée dans la ville de Yaoundé. Etaient inclus les médecins travaillant dans les hôpitaux de catégorie 1, 2, 4 de Yaoundé et les plans de gestion des catastrophes de ces hôpitaux. Elle a été réalisée pendant 5 mois entre janvier et avril 2017. L'instrument de recherche était un questionnaire, comportant des questions portant sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des médecins sur la préparation aux catastrophes des hôpitaux.

Résultats: 69 formulaires ont été remplis de manière appropriée. La tranche d'âge la plus représentée était comprise entre 31 et 35 ans, soit 44,9% de notre échantillon. Les hommes représentaient 59,4% de notre échantillon, avec un sex-ratio de 1,46. La majorité de notre échantillon, 40,6% (n = 28) travaillait dans les hôpitaux de catégorie 4. 72,5% de l'échantillon de l'étude (n = 50) avait travaillé pendant moins de 5 ans dans leurs hôpitaux actuels. Environ 33,3% de l'échantillon de l'étude était actuellement impliqué dans un service de médecine générale alors que 21,7% (n = 15) travaillait dans les unités d'urgence de leur hôpital. Concernant les connaissances, 24 médecins (34,8%) avaient été exposés à des études concernant la préparation aux catastrophes. Tous les médecins de l'étude ont accepté la définition de la catastrophe qui a été proposée. Tous les médecins enquêtés ont accepté la définition de la préparation aux catastrophes proposée. Tous les participants ont indiqué que la définition du plan de catastrophe qui leur avait été donnée était correcte. Seulement 21,7% (n = 15) savait où trouver le plan dans leurs hôpitaux respectifs. Tous les participants ont déclaré que la définition des simulations utilisées dans l'enquête était correcte.

Concernant les attitudes; 5 enquêtés (7,3%) avaient participé à un exercice de catastrophe ; 4 d'entre eux représentant 80% ont participé à des exercices d'afflux massif de blessés et 1 médecin a participé à un exercice de catastrophe naturelle. Aucun programme de formation en cas de catastrophe n'a été identifié car 84,1% des participants ont déclaré qu'il n'y en avait pas dans leur hôpital et le reste, 15,9% ont indiqué qu'ils ne savaient pas s'il y en avait. Aucun des participants n'a su la fréquence à laquelle le plan de catastrophe a été mis à jour. Seulement 21 (30,4%) médecins avaient été dans une équipe de gestion des catastrophes. seulement 26,1% des participants ont décrit leur niveau de préparation comme étant entièrement préparé en cas de catastrophe. Concernant les plans de catastrophe; Aucun des hôpitaux étudiés n'a mené une évaluation des risques et des vulnérabilités, la majorité des hôpitaux représentés avaient des comités de catastrophe chargés de la gestion des urgences publiques 71,4%; (N = 5). Aucun des comités de catastrophe n'a été établi par un document officiel ; plus de la moitié (n = 4), des hôpitaux évalués avaient un plan général de sinistres, 3 hôpitaux (42,9%) avaient des plans spécifiques pour les maladies infectieuses et seulement 4 avaient des plans spécifiques au cas par cas des victimes de masse. Aucun des hôpitaux étudiés n'a eu de plans ni pour les catastrophes naturelles ni pour les urgences CBRNE, aucun programme d'éducation et de formation n'a été identifié dans les hôpitaux étudiés. Aucun des plans existants n'a été mis à jour au cours des 2 dernières années. Aucun exercice de simulation de catastrophe n'a été organisé dans l'un des hôpitaux au cours de l'année écoulée.

Conclusion: La préparation des médecins à la gestion des catastrophes était disparate. Elle dépendait de la catégorie de l'hôpital. Ceci nécessite une organisation à l'échelon national.

Mots-clés : Hôpitaux Catastrophes Préparation

T8-10 Evaluation du stress chez le personnel médical des services d'urgences

Jemea Bonaventure

Présentation : orale

Orateur : Jemea Bonaventure

Introduction : Le personnel des services d'urgences est sans cesse confronté à la gestion des situations qui mettent en jeu la vie des individus. L'urgence, l'imprévisibilité et la gravité des interventions rythment la pratique de la médecine d'urgence et exposent les intervenants à un stress intense et répété. Le but de l'étude était d'évaluer le stress chez le personnel des services d'urgences dans les hôpitaux de la ville de Yaoundé.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude descriptive transversale et analytique, d'une durée de six mois, de novembre 2016 à avril 2017, dans quatre hôpitaux de la ville de Yaoundé, étaient inclus les infirmiers et les médecins de ces hôpitaux qui avaient donné leur consentement. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire comportant les données socio démographique, les données liées au travail, les données ergonomiques, le questionnaire de karasek version française, les manifestations tirées du questionnaire de l'Institut National de Recherche pour la Santé pour le dépistage du stress chronique et les données liées aux stratégies d'adaptation face aux situations stressantes. L'analyse statistique a été faite à l'aide du logiciel SPSS. Le seuil de significativité a été de $P < 0,05$.

Résultats : L'effectif était constitué de 300 praticiens, soit 167 infirmiers (56%). Il y avait une prédominance féminine avec un ratio de 1 /1,56 (M/F). L'âge moyen était de 34 ± 7 ans. Les âges extrêmes étaient de 23 ans et 54 ans. La tranche d'âge la plus représentée était entre 30- 35 ans (33%). La moyenne d'ancienneté était de 3 plus ou moins 4 ans. La majorité du personnel était marié. Les facteurs stressants retrouvés étaient : l'automatisation des tâches, la perte de l'initiative au

travail, la surcharge au travail, une célérité élevée des tâches, une grande vigilance, la discontinuité dans l'exécution des tâches, la gestion de pathologies graves, la qualité et la quantité du matériel insuffisant, un éclairage insuffisant, la température ambiante dans le cadre du travail et l'insatisfaction liée à la gratification. Les scores globaux renvoyaient à une faible latitude décisionnelle et une forte demande psychologique. La population étudiée présentait 59,3% du personnel qui présentait une faible latitude décisionnelle et 95,7% du personnel présentait une forte demande psychologique. En analyse multi-variée, 184 personnels présentaient une forte demande psychologique et une faible latitude décisionnelle. La prévalence du travail très contraignant était de 61,3% soit 184 personnels, avec une prédominance des infirmiers ($n=109$ soit 59,2%). Il existait une corrélation significative entre le travail très contraignant et les ordres contradictoires par d'autre personne ? ($p= 0,02$), une exigence de rendement au travail ($p= 0,025$), une absence d'autonomie dans le travail ($p= 0,03$) et une surcharge au travail ($p= 0,043$). Les manifestations retrouvées étaient plus neuropsychiatriques : les maux de tête, l'irritabilité, l'insomnie et la fatigue au réveil. Le stress chronique était retrouvé chez 98% de notre échantillon. Les stratégies d'adaptation les plus utilisées étaient les stratégies fonctionnelles.

Conclusion : Le stress professionnel est un problème majeur de santé chez le personnel des services des urgences. Les manifestations neuropsychiatriques étaient les plus fréquentes. Les stratégies d'adaptation fonctionnelle étaient les plus utilisées.

Mots-clés : Stress Service d'urgences Personnel médical

T8-11 Aspects épidémiologiques de la traumatologie routière dans la ville de Niamey

Karadji Souleymane

Présentation : orale

Orateur : Karadji Souleymane

Introduction : Les traumatismes liés aux accidents de la circulation représentent la huitième cause de décès dans le monde et la première cause de décès chez les jeunes de 15 à 29 ans.

Objectif: Le principal objectif de l'étude est de déterminer les caractéristiques épidémiologiques des traumatismes liés aux accidents de la route à Niamey.

Matériel et Méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au SAMU-Niger et couvrant la période allant du 1er Avril 2013 au 1er Avril 2017. Ont été inclus dans cette étude 4612 patients pris en charge par le SAMU à Niamey; suite à un accident de la route.

Résultats et discussions: La tranche d'âge de 15 à 29 ans représente 40,16 % des victimes d'accidents du trafic routier. Ce résultat est comparable à ceux rapportés par la plupart des auteurs. Les victimes sont de sexe masculin dans 83,28 % des cas. Les accidents sont survenus entre 18h et 22h dans 32,46 % des cas, et un même axe routier concentre 32% des cas. Le mécanisme Auto-moto est retrouvé dans 33,10 % de cas et 23;8 % des victimes présentent un traumatisme crânien. En effet l'usage des équipements de protection (dont le casque intégral) est encore très peu répandu dans les pays en voie de développement.

Conclusion: La traumatologie routière représente une part importante des activités des services d'urgence à Niamey. On retrouve de nombreuses similitudes à travers les études quant aux caractéristiques épidémiologiques des accidents de la route. L'ampleur du phénomène doit inciter l'ensemble des acteurs pour des actions vigoureuses en matière de sécurité routière.

Mots-clés : SAMU Niger, Accidents

T8-12 Anesthésie du sujet âgé à l'hôpital National Lamordé de Niamey

Sabo Ramatou

Présentation : orale

Orateur : Sabo Ramatou

Introduction Le vieillissement est caractérisé par une dégénérescence des grandes fonctions vitales. En anesthésie plus que l'âge chronologique, c'est l'état de santé préopératoire du sujet âgé qu'il faut prendre en compte, d'où l'importance de l'évaluation préopératoire. L'objectif de notre étude est de voir le profil et d'évaluer la pratique anesthésique chez les sujets âgés.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective sur l'année 2015. Etaient inclus dans l'étude tous les patients âgés d'au moins 60 ans, opérés en chirurgie réglée. Les paramètres étudiés étaient épidémiologique, clinique et technique.

Résultats : 239 patients âgés avaient été colligés. Le sexe masculin prédominait 82,8 % des cas soit un sex-ratio de 4,82. L'âge moyen était de 70,33 ans avec des extrêmes de 60 et 101ans. On notait une prédominance de jeunes vieillards 69,9% et de vieillards 29,7% des cas. Les co-morbidités retrouvées étaient les pathologies cardiovasculaires 38,49% des cas, le nombre d'année supérieur ou égal à 75 ans 15,48%, les pathologies hématologiques 12,13%, métaboliques 5,43% et respiratoires 1,67 % des cas. 28,03% des patients ne présentaient aucune co-morbidité. Les indications chirurgicales retrouvées étaient urologiques 58,2%, digestives 21,3% et traumatolo-orthopédiques 14,6% des cas. Les patients étaient classés ASA II 41 %, ASA III 30,97 % et ASA I 28,03 % des cas. La rachianesthésie était la technique d'anesthésie la plus utilisée 89,54% des cas, avec comme anesthésique local la bupivacaine associée au fentanyl ou à la morphine comme adjuvants. Les complications per opératoires rencontrées étaient l'hypotension artérielle 12,6 % des cas, l'hypertension artérielle 2,5%, les troubles du rythme 2,5 %, l'échec de rachianesthésie 2,1 % des cas et 2 arrêts cardiorespiratoires dont 1 récupéré. 22 patients soit 9,2 % de cas avaient été transfusés en per opératoire.

Conclusion L'anesthésie des sujets âgés pose certains problèmes organisationnels dans notre pays. La vulgarisation de la médecine péri-opératoire de qualité demeure la clé pour l'assurance qualité des soins anesthésiques pour cette tranche d'âge.

Mots-clés: Anesthésie sujets âgés Niger

T8-13 Arrêts cardiaques intra-hospitaliers : Evaluation des connaissances théoriques du personnel médical et paramédical au CHU de Brazzaville

Mawandza Peggy Dahlia Gallou

Présentation : orale

Orateur : Mawandza Peggy Dahlia Gallou

Objectif : évaluer les connaissances et attitude théoriques dans la prise en charge de l'arrêt cardiaque.

Matériel et méthodes : Etude descriptive portant sur le personnel médical et paramédical des services de réanimation polyvalente, des urgences, de l'unité des soins intensifs neuro-vasculaires, des soins intensifs pédiatriques et du bloc opératoire. Un questionnaire anonyme comportant trois items a été rempli par les acteurs de ces services au mois de février 2016.

Résultats : Au total 58,2% (n=39) du personnel ayant répondu au questionnaire déclarent avoir reçu une formation sur l'arrêt cardiaque. Le personnel ayant moins de cinq ans d'ancienneté a représenté 65,7% (n=44). Concernant la reconnaissance de l'arrêt cardiaque, 26,9% (n=11) des répondants ont reconnu un arrêt cardiaque chez un patient inconscient par un arrêt respiratoire et une absence de pouls central. Les principes de prise en charge d'un arrêt cardiaque articulés autour de la chaîne de survie sont faiblement connus : vingt répondants sur 67 déclarent les connaître et seulement 16,4% (n=11) maîtrisent la séquence C-A-B (Compression, Airway, Breathing) de la réanimation cardio-pulmonaire de base.

Conclusion : Les résultats montrent un faible niveau de connaissances théoriques sur l'arrêt cardiaque intra hospitaliers. Une formation du personnel s'impose pour l'amélioration de cette situation.

Mots-clés : Arrêt cardiaque intra hospitalier – connaissances- Brazzaville

References:

1. **Dumas F, Cariou A.** Epidemiology, prognostic data of cardiac arrest in 2014. *Presse Med.* 2014; 43: 768-74.
2. **Peberdy MA, Kaye W, Ornato JP et al.** Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital: A report of 14 720 cardiac arrests from the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation. *Resuscitation.* 2003; 5
3. **Peberdy MA, Kaye W, Ornato JP, et al.** Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital: A report of 14 720 cardiac arrests from the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation. *Resuscitation.* 2003; 5

T8-14 Evaluation de l'anesthésie selon le terrain à l'hôpital national Lamordé de Niamey

Sabo Ramatou

Présentation : orale

Orateur : Sabo Ramatou

Introduction La gestion péri opératoire des patients aux antécédents multiples constitue une grande préoccupation en anesthésie. L'objectif de notre étude est d'évaluer la pratique anesthésique chez ces patients.

Méthodologie Il s'agissait d'une étude rétrospective ayant porté sur l'année 2015. Etaient inclus dans l'étude les patients candidats à une chirurgie réglée, présentant des co-morbidités en dehors de la pathologie initiale. Les paramètres étudiés étaient épidémiologique, clinique et technique.

Résultats 248 patients étaient colligés. Le sexe masculin était prédominant avec un sex-ratio de 2,39. L'âge moyen des patients était de 61,23 ans avec des extrêmes de 18 et 101 ans. L'urologie et la traumatologie orthopédique étaient les indications chirurgicales les plus retrouvées avec respectivement 47,6% et 23% des cas. Les tares retrouvées étaient cardiovasculaires dans 50,8% des cas avec 30,61% d'HTA isolée, hématologiques 15,32%, métaboliques 12,9%, néphrologiques 4,83% et respiratoires avec 3,62%. Chez 56% des patients, les tares étaient diagnostiquées lors de l'évaluation préanesthésique car elles leur étaient méconnues. L'âge supérieur ou égal à 75ans était la tare retrouvée chez 14,91% des patients. 27,82% des patients présentaient au moins 2 co-morbidités associées. Des avis médicaux spécialisés avaient été demandés chez 11,69% des patients et 88,31% des patients ont été pris en charge en périopératoire par les médecins anesthésiste-réanimateurs. A la consultation préanesthésique, 71% des patients étaient classés ASA2 et 29% ASA 3. L'anesthésie locorégionale représentait 83,87% des techniques anesthésiques. Comme événements indésirables rapportés, on avait noté 28 cas d'hypotension artérielle, 5 cas d'hypertension artérielle, 5 cas d'instabilité tensionnelle, 5 cas de conversion de rachianesthésie en anesthésie générale, 3 cas de troubles du rythme et 1cas d'ACR. Aucun décès n'avait été enregistré.

Conclusion Les patients aux antécédents multiples sont fréquemment rencontrés en anesthésie. La médecine périopératoire améliore la qualité de la prise en charge

Mots-clés : Comorbidités Anesthésie Niger

T8-15 Réalités de la pratique anesthésique au cours d'une campagne de santé en milieu rural: expérience de la FMSB à l'Hôpital régional annexe d'Ayos

Amengle Ludovic

Présentation : orale

Orateur : Djouda Serge

Introduction Selon l'OMS environ 85% des personnes dans le tiers-monde auraient besoin de soins chirurgicaux... et bien peu y ont accès et tout particulièrement en milieu rural. L'anesthésie en campagne de santé se déroule dans des conditions précaires liées au manque de personnels soignants, d'agents anesthésiques et de matériel de réanimation, et donc bien éloignée de notre pratique quotidienne. Le but de cette étude a été de présenter notre expérience acquise à Ayos grâce à la faculté de médecine et sciences biomédicales de l'université de Yaoundé 1.

Patients et méthodes Du 16 au 18 juin 2017, les auteurs en compagnie d'une équipe multidisciplinaire de chirurgiens, médecins généralistes et infirmiers s'étaient rendu 120 kms à l'est de la ville de Yaoundé dans la région du centre Cameroun et précisément à l'Hôpital régional annexe d'Ayos. Cette campagne de santé médico-chirurgicale organisée par madame le doyen de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé 1, le Pr ZE MINKANDE jacqueline avait pour but d'opérer gratuitement tous les nécessiteux de la localité et ses environs. Le bloc opératoire de cet hôpital était de construction récente avec 2 salles principales et 1 salle de petite chirurgie, équipé de 3 tables, 2 scialytiques, 2 respirateurs de transport et 1 respirateur d'anesthésie à circuit ouvert, d'1 extracteur d'oxygène et d'1 bouteille d'oxygène de 12 litres vide. La stérilisation du matériel était assurée par un stérilisateur de type Poupinel. L'eau et l'électricité étaient disponibles mais inconstantes. Pour cette première campagne nous avons constitué un kit d'anesthésie composé de stéthoscopes, tensiomètres, seringues, sparadrap, cathéters, compresses, Bétadine jaune et rouge, gants stériles, de diverses drogues d'anesthésie (célocurine, lidocaïne 2% non adrénalinée, bupivacaïne 0.5% isobare, kétamine, diazépam injectable) et de réanimation (éphédrine, adrénaline, atropine, antibiotiques injectables),

de matériel basique d'assistance respiratoire (ballons d'ambu, masques faciaux, lunettes d'oxygène, canules, sondes d'intubation, laryngoscopes, mandrins d'Eschmann) et d'oxymètres de pouls. Au terme, nous avons analysé les paramètres ci-après : identité, indication opératoire, type d'anesthésie pratiquée, problèmes rencontrés. Ont été exclus de cette étude les actes médico-chirurgicaux de routine n'ayant pas nécessité l'utilisation d'une anesthésie.

Résultats Au cours de cette campagne 75 patients ont été vus en consultation d'anesthésie, parmi lesquels 39 ayant tous un score ASA inférieur à 2 ont été opérés pour des chirurgies viscérales, cutanées et orthopédiques. En chirurgie viscérale il s'agissait essentiellement de hernies (20cas) et d'hydrocèles (4cas), en chirurgie cutanée d'exérèse de lipomes (12cas), de drainage d'une plaie suppurante 1 cas et de kystectomie 1 cas, l'intervention en chirurgie orthopédique a été la pose d'une attèle plâtrée postérieure pour luxation de l'épaule chez un enfant de 7 ans. Le sex-ratio était de 2 en faveur du sexe masculin. La moyenne d'âge était de 28 ans $\pm$ 7 ans, avec 15 enfants et 3 patients de plus de 65ans. L'anesthésie locale par infiltration à la lidocaïne 2% a été la technique la plus utilisée dans 61 % des cas, utilisée seule (17 %) ou en association avec une sédation à la kétamine IV ou IM dans 44 % des cas, suivie de la l'anesthésie générale à la kétamine IV en ventilation spontanée dans 30% des cas et la rachianesthésie (7 %). L'anesthésie générale concernait principalement les enfants (83%), aucun patient n'a été intubé et toutes les anesthésies ont été réalisées en ventilation spontanée sans contrôle des voies aériennes avec apport systématique d'oxygène par extracteur. Une surveillance par oxymétrie de pouls était constante et aucun épisode majeur de désaturation n'a été observé. Aucun patient n'a été transfusé. Un cas de retard de réveil chez un patient de 45 ans ayant bénéficié d'une AL par infiltration à la lidocaïne

2% (400mg) avec sédation à la kétamine IV (14 mg/kg) et 30 mg de diazépam IV pour une cure de hernie inguino-scrotale bilatérale. L'analgésie postopératoire immédiate était réalisée par la noramidopyrine IV, le tramadol en sous cutané et le diclofenac en IM fournis gratuitement et une ordonnance était faite pour la suite. L'utilisation d'analgésiques de palier 3 n'a pas été nécessaire. Les patients nécessitant une hospitalisation étaient internés dans les différents pavillons de l'hôpital.

Discussion L'anesthésie en campagne de santé est très pratiquée au Cameroun à travers certaines ONG et des associations de médecins. L'anesthésie par sédation à la kétamine en ventilation spontanée à l'air ambiant en complément d'une anesthésie locale y garde une place de choix grâce à la quasi absence de dépression cardiovasculaire ou respiratoire qu'elle entraîne, le maintien relatif du réflexe de déglutition et ses propriétés analgésiques avec un taux de complications faible (<0,2%). Les principaux problèmes rencontrés restent l'hyper-sialorrhée dont la prévention est assurée par l'atropine (0,01mg/kg) et les phénomènes de dysphorie corrigés par le diazépam 0,1mg/kg IV. Un enrichissement en oxygène est possible

en particulier à l'aide d'un extracteur d'oxygène lorsque l'approvisionnement en oxygène industriel est absent. Les molécules récentes comme le propofol nécessitent un plateau technique meilleur (source d'oxygène, respirateurs) et ont des impératifs thermiques de conservation. L'infiltration du site opératoire par la xylocaïne 2% constitue une solution simple assurant en outre une bonne analgésie postopératoire. La rachianesthésie est une technique peu utilisée dans ce contexte en raison de la chute tensionnelle quelle entraîne, de son coût élevé et des contraintes d'asepsie.

Conclusion L'anesthésie locale par infiltration à la lidocaïne 2% associée ou non à une sédation à la kétamine, qui sont des produits anesthésiques peu onéreux et faciles à manipuler ont permis de pratiquer la majorité des actes d'anesthésie sans incident majeur. La rachianesthésie a constitué une alternative, dont l'indication est restée réduite dans notre expérience. Au Cameroun, les ressources humaines dans le secteur sanitaire sont inégalement réparties, les milieux ruraux restent défavorisés par rapport aux centres urbains et les campagnes de santé y sont donc les bienvenues.

Mots-clés : anesthésie campagne de santé Ayos

T8-16. Prise en charge anesthésique des urgences chirurgicales au centre hospitalier régional de Ouahigouya (Burkina Faso)

Ouattara Abdramane

Présentation : orale

Orateur : Ouattara Abdramane

Introduction : La prise en charge péri opératoire des urgences chirurgicales est une préoccupation quotidienne des équipes de soins dans les pays à faibles revenus. Des insuffisances organisationnelles et en ressources sont rapportées dans les grands hôpitaux des capitales; elles sont probablement plus sévères dans les hôpitaux périphériques de 2e niveau. Le but de cette étude était de décrire les modalités de la prise en charge et l'évolution des opérés pour urgences chirurgicales dans un hôpital régional africain.

Patients et méthode : Etude transversale et descriptive sur une période de trois mois portant sur tous les patients opérés pour une urgence chirurgicale, à l'exclusion des urgences obstétricales, au Centre hospitalier régional de Ouahigouya.

Résultats : Un total de 209 patients représentant 57,4% a été opéré en urgence, nous avons retenu 106 dossiers pour l'étude. L'âge moyen des patients était de 31 ans, le sex-ratio de 2,9. Les urgences non traumatiques étaient prépondérantes (73,6%). Le délai moyen de consultation était de 77,2 heures, plus élevé pour les urgences non traumatiques (moyenne 92,2 heures, $p < 0,001$). L'appendicite (20

cas) était le diagnostic le plus fréquent. Tous les patients ont bénéficié d'une évaluation préopératoire et 97,2% étaient de classe ASA 1U. Le délai moyen de prise en charge opératoire était de 9,8 heures. L'anesthésie générale a été pratiquée dans 66% des cas; l'induction était surtout réalisée avec le propofol (60,4%) et la kétamine (10,4%). La rachianesthésie était la seule technique d'anesthésie locorégionale utilisée; elle a été employée pour 50% des appendicectomies. La morbidité était de 8,5%. La survenue de complications était corrélée à un délai de consultation de plus de 48 heures ($p = 0,027$). La mortalité péri opératoire était de 2,8%.

Conclusion: Les urgences chirurgicales constituent la majeure partie de l'activité chirurgicale dans cet hôpital régional. Leur prise en charge anesthésique est tardive, parfois techniquement inadéquate, et grevée d'une morbi-mortalité élevée. La réduction de cette morbi-mortalité devrait être une priorité; elle passe par la sensibilisation de la population, l'élévation de la qualification des personnels d'anesthésie et l'amélioration du plateau technique.

Mots-clés : Urgences chirurgicales Anesthésie Ouahigouya

Thème 9

Hématologie, hémostase, thrombose, transfusion

1. Anémie préopératoire: Evaluation et prise en charge à l'Hôpital Central de Yaoundé
2. Pratiques transfusionnelles dans les blocs opératoires et en réanimation au CHU Gabriel Toure
3. Kyste de l'ovaire énorme compliqué de thrombophlébite du membre inférieur : A propos d'une observation

T9-1 Anémie préopératoire: Evaluation et prise en charge à l'Hôpital Central de Yaoundé

Owono Etoundi Paul

Présentation : orale

Thème : Hématologie, hémostase, thrombose, transfusion

Orateur : Owono Etoundi Paul

Introduction: L'anémie est définie comme une diminution du taux d'hémoglobine circulante en deçà de 13 g/dl chez l'homme et 12 g/dl chez la femme non enceinte [1,2]. En période préopératoire, sa fréquence est d'environ 30% dans les études américaines et européennes. En fonction du type de chirurgie et du degré de l'urgence, cette prévalence varie de 25 à 50% [2,3]. Reconnue comme facteur de risque de morbi-mortalité péri-opératoire, l'anémie devrait être diagnostiquée et traitée. L'objectif était d'établir les données épidémiologiques et de décrire la prise en charge de l'anémie préopératoire à l'Hôpital Central de Yaoundé.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle prospective, descriptive et analytique, menée pendant quatre mois, en consultation d'anesthésie, sur des patients admis pour des chirurgies électives et en urgence, hormis les femmes enceintes. Le diagnostic de l'anémie était fait sur l'analyse des paramètres de l'hémogramme. Les variables étudiées étaient : la prévalence; la distribution selon l'âge, le sexe et l'état physiologique des patients; les types d'anémies observés; le contexte chirurgical et l'indication opératoire; le traitement. Les données ont été faites analysées à l'aide du logiciel Epi info 3.5.2.

Résultats : La prévalence de l'anémie préopératoire était de 50,5%. L'âge des patients était compris entre 25 jours et 79 ans, avec une proportion considérable de malades de zéro à 2 ans (29,2%) et des sujets de plus de 65 ans (24,9%), le sexe féminin étant le plus fréquent. L'anémie normocytaire normochrome (ANN) (57,2%) et l'anémie microcytaire

hypochrome (AMH) (42,8%) étaient les principaux types d'anémie observés. Toutefois l'ANN était plus fréquente en chirurgie d'urgence (73,5%), principalement chez des patients présentant des pertes hémorragiques (56,1%). Quant à l'AMH, elle était le plus rencontrée en chirurgie élective (64,9%), la cause étant manifestement liée à la carence en fer. En urgence et en chirurgie élective, la transfusion sanguine homologue était le principal traitement observé.

Conclusion : La prévalence de l'anémie préopératoire est élevée à l'HCY. La stratégie visant sa correction avec les médicaments disponibles et les techniques favorisant l'épargne sanguine devrait être mise en place pour diminuer les transfusions sanguines homologues, particulièrement en chirurgie programmée

Mots-clés : Anémie préopératoire fréquence indications opératoires

Références:

1. **De Benoist B, McLean E, Egli I, Gogswell M.** Worldwide prevalence of anemia 1993-2005. WHO Global Database on Anaemia. World Health Organization 2008.
2. **Lasocki S, Rineau E.** Détection et correction de l'anémie préopératoire. MAPAR 2016: 79-82
3. **Lasocki S, Rineau E, Chaudet A, Carlier L.** Anémie péri-opératoire: nouveau paradigme. Le Praticien en Anesthésie-Réanimation 2013; 17, 2: 77-83

T9-2 Pratiques transfusionnelles dans les blocs opératoires et en réanimation au CHU Gabriel Touré

Dembelé Aladji Seidou

Présentation : poster

Thème : Hématologie, hémostase, thrombose, transfusion

Orateur : Dembelé Aladji Seydou. Email dralasaïd@gmail.com / yahoo.f

Introduction La transfusion sanguine est une thérapeutique substitutive du sang ou l'un de ses composants cellulaires ou plasmatiques provenant de sujets appelés donneurs est administré à des sujets appelés receveurs. Elle sauve de nombreuses vies lors des soins médicaux d'urgences. Plus de 92 millions d'unité de sang sont collectés chaque année dans le monde ; moins de 50% de ce sang est collecté dans les pays en voie de développement ou vivent cependant 85% de la population mondiale. Au Mali les besoins transfusionnels sont grands surtout quand on sait que l'hémorragie est la première cause de mortalité maternelle.

Objectifs Evaluer la pratique transfusionnelle dans les différents blocs opératoires et en réanimation adulte.

Matériels et méthodes : Etude prospective sur trois mois : d'août à octobre 2016. Elle a concerné tous les patients opérés ayant bénéficié d'une transfusion sanguine dans les différents blocs opératoires et tous ceux admis au Service de réanimation adulte qui ont été transfusés.

Résultats : 850 patients avaient été opérés dans les différents blocs opératoires ; 277 patients ont été admis en réanimation soit un total de 1127 patients parmi lesquels 50 patients avaient nécessité une transfusion sanguine soit 4,43%. La tranche d'âge la plus représentée était de 21-30 ans avec 21 cas soit 42%. L'âge moyen est de 29 ans. Le sexe féminin était de 58% avec un sexe ratio de 0,72 en faveur des femmes. Les patients étaient transfusés aux blocs opératoires avec une fréquence de 52% et en

chirurgie générale avec 40%, suivie de la gynécologie obstétrique avec 34%. Les tumeurs et les hématomes retro placentaires (HRP) représentaient 18% chacun. Le CGR était le plus demandé dans 70% et disponible dans 56% des cas. Les patients transfusés avaient un taux d'hémoglobine ≤ 7 g/dl soit 58%. La banque de sang a servi de lieu de conservation de 52% des produits sanguins labiles. Le personnel avait reçu une formation sur la transfusion sanguine sous forme de cours : 79% des médecins, 100% des assistants médicaux et 87% des étudiants. 89% des médecins avaient une bonne connaissance de la température de conservation du sang total et du CGR tandis que 63% avaient une méconnaissance des températures de conservation du PFC et 74% pour les plaquettes. La FC, la PA et la SPO2 étaient les paramètres cliniques de surveillance les plus observés au cours de la transfusion sanguine avec 100%, suivi de la température 84% et de la FR 82%. Les taux d'hémoglobine et d'hématocrite étaient les paramètres de surveillances biologiques les plus demandés chez 80% de nos patients. Aucun patient n'avait présenté d'incident ou d'accident au cours de la transfusion.

Conclusion La demande des PSL est forte malgré la mini banque de sang. Les spécialités les plus demandeuses sont la chirurgie générale 40% et la gynécologie obstétrique 34%. Une formation continue de tout le personnel est nécessaire pour une plus grande sécurité dans la pratique

Mots-clés : Transfusion sanguine Blocs opératoires-Réanimation CHU Gabriel Touré

T9-3 Kyste de l'ovaire énorme compliqué de thrombophlébite du membre inférieur : A propos d'une observation

Coulibaly Mahamadoun

Présentation : orale

Thème : Hématologie, hémostase, thrombose, transfusion

Orateur : Coulibaly Mahamadoun

Introduction : Les kystes et tumeurs présumées bénignes de l'ovaire constituent un motif fréquent de consultation en gynécologie. La complication la plus étudiée de ces kystes est la torsion annexielle ; suivie de complications hémorragiques (hémorragie intrakystique ou rupture de kyste) et les complications plus rares (transformation maligne, complication extra ovarienne et ou extra pelvienne). Les complications obstructives quant à elles ont été moins décrites dans la littérature ; une volumineuse tumeur de l'ovaire peut entraîner une compression des organes de voisinage (uretère, vessie, rectum, colon, vaisseaux iliaques), la quasi-totalité des cas publiés de thrombose ont été décrits dans des contextes de syndrome des ovaires poly kystiques et ou syndrome d'hyperstimulation. Sur le plan physiopathologique, la compression s'associe probablement à une myeloprolifération et peut être à une libération de thromboplastine tissulaire locale.

Objectif : Faire ressortir la problématique de l'anti coagulation curative préopératoire ainsi que les risques de migration du thrombus pendant la période péri opératoire

Observation, méthodologie, résultat : Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 67 ans sans antécédent pathologique admise au CHU ME «Luxembourg » pour prise en charge d'une masse pelvienne évoluant depuis près de 20 ans et augmentant progressivement de volume ; à cette

symptomatologie était associée une augmentation de volume du membre inférieur homolatéral à la masse qui évoluait depuis 3 mois. Le bilan paraclinique (TDM abdomino-pelvienne) mettait en évidence une masse charnue latéro-utérine gauche faisant 317 x 254 x 137 de dimensions refoulant les structures de voisinage et exerçant un effet de masse sur l'urètre gauche avec urétéro-hydronephrose en amont. Le doppler veineux du membre inférieur trouvait une thrombose veineuse profonde et superficielle des veines iliaques, fémorales, poplitée, saphènes et tibiales postérieures gauches. L'exploration chirurgicale sous couverture anticoagulante (HBPM) a permis l'extraction d'un volumineux kyste de l'ovaire faisant 12 kg, la pièce a été adressée à l'anatomo-pathologie, la poursuite de l'anti coagulation par AVK était de mise ; la patiente est vue régulièrement en consultation et se porte bien avec un recul de 3 mois.

Discussion, conclusion : L'instauration d'une anti coagulation pré opératoire n'annule pas le risque de migration du thrombus en per opératoire, cependant instaurer une thrombolyse pré opératoire ou au mieux un Filtre Cave transitoire pourraient être proposé dans cette association même si la littérature est pauvre dans ses indications en préopératoire.

Mots-clés : Kyste de l'ovaire Compression extrinsèque Anticoagulation préopératoire

Thème 10

Infectieux

1. Aspect épidémio-clinique des infections associées aux soins au service de réanimation du département d'anesthésie réanimation et de médecine d'urgence du CHU Gabriel Touré
2. Utilisation des antibiotiques pour césarienne aux cliniques universitaires de Kinshasa
3. Pratique de l'antibioprophylaxie en chirurgie pédiatrique au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville
4. Les aspects clinico-biologiques du paludisme grave
5. Profil clinico-bactériologique des infections nosocomiales dans quatre services de réanimation de Kinshasa
6. Epidémiologie des infections médicales graves en réanimation du centre hospitalier universitaire de Libreville
7. Intérêt de l'association sulfate de magnésium-diazépam dans la prise en charge du tétanos en réanimation au CHU de Libreville
8. Infection sur prothèse totale de genou : Résultat de 124 procédures en milieu tropical africain
9. Fièvre jaune : A propos d'un cas en réanimation à Abidja

T10-1 Aspect épidémiologique-clinique des infections associées aux soins au service de réanimation du département d'anesthésie réanimation et de médecine d'urgence du CHU Gabriel Touré

Diop Thierno Madane

Présentation : orale

Thème : Infectieux

Orateur : Mangane Moustapha Issa

Introduction : Une infection est dite associée aux soins si elle apparaît au cours ou à la suite d'une hospitalisation de plus de 48 heures. L'OMS estime qu'en moyenne 190 millions de personnes sont hospitalisées chaque année dans le monde et que 9 millions d'entre elles contractent une infection hospitalière à cette occasion. Notre étude avait pour objectif d'étudier les infections nosocomiales, de décrire les aspects cliniques, de déterminer les principaux germes responsables, la sensibilité des germes aux antibiotiques dans notre contexte.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale prospective, longitudinale s'étendant sur une période de 12 mois allant du 1^{er} Janvier au 31 décembre 2016 au service de réanimation de CHU Gabriel Touré. Étaient inclus tous les patients présentant une température supérieure ou égale à 38°C apparaissant après au moins 48 heures d'admission durant la période d'étude. Les données ont été collectées par le biais des fiches transferts, des fiches d'enquêtes et des dossiers médicaux. La saisie et l'analyse faites respectivement à partir du logiciel Epi info et du Pack office 2016 (Word, Excel, Power point).

Résultats Nous avons réalisé une étude prospective portant sur 200 patients hospitalisés pendant au moins 48 H dans le service de réanimation. 35 ont été retenus soit 17,5% sur la base de signes cliniques (fièvre supérieure à 38°C, sécrétions bronchiques purulentes et grumeaux dans les urines). Le sexe masculin était le plus représenté avec 60,5% et un Ratio =1,53 en faveur des hommes. La tranche d'âge 16 - 45 ans était présente dans 76,32%. Les

traumatisés crâniens avec 10 cas (28,5%) étaient les plus représentés, suivis des post opérés de chirurgie digestive 7 cas (20%) et des brûlés 5 cas (14,2%). Nous avons réalisés 51 prélèvements (15 prélèvements bronchiques tous revenus positifs, 13 ECBU dont 11 positifs, 7 hémocultures dont une positive, 12 écouvillonnages tous positifs). Les diagnostics retenus sont : 13 cas de pneumopathie acquise sous ventilation, 11 cas d'infection urinaire, 6 cas d'infection du site opératoire, 6 cas d'infection des parties molles et 3 cas de pneumopathie associée à une infection urinaire. Les principaux germes retrouvés étaient des BMR pour les prélèvements bronchiques (*Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Echerichia coli*). Les ECBU ont retrouvé 08 cas de *E coli* et 01 cas d'*enterococcus faecalis* ; l'hémoculture : *staphylococcus aureus*. Les écouvillonnages ont retrouvé : *Klebsiella pneumoniae*, *Echerichia coli*, *Acinetobacter baumannii*, *enterobacter*, *cloecae*, *Staphylococcus aureus*, *Providencia stuartii*, *Proteus mirabilis*. Ces BMR isolées étaient résistantes aux antibiotiques usuels et avaient surtout une sensibilité aux imipénèmes, à l'amikacine et à la tobramycine.

Conclusion : Nous avons observé une nette résistance des Gram négatifs aux bêta-lactamines et aux sulfamides, des cocci Gram positif aux bêta-lactamines et aux macrolides. Les facteurs de risque d'infection ont été le non-respect des règles d'asepsie lors des gestes et la durée de séjour.

Mots-clés : infections associées aux soins BMR, service de réanimation CHU Gabriel Touré

T10-2 Utilisation des antibiotiques pour césarienne aux cliniques universitaires de Kinshasa

Mosolo Alphonse

Présentation : orale

Thème : Infectieux

Orateur : Mbombo Wilfrid

Introduction; L'antibioprophylaxie au cours de la césarienne diminue l'incidence des complications infectieuses. Elle consiste à administrer une dose unique intraveineuse préopératoire de céfazoline ou de clindamycine après clampage du cordon. Cette étude a été menée dans le but de décrire l'usage des antibiotiques lors de la césarienne aux cliniques universitaires de Kinshasa.

Matériels et méthodes: C'est une étude observationnelle sur 100 césariennes aux cliniques universitaires de Kinshasa pendant la période allant du 1 mai au 31 novembre 2016. Les variables d'intérêt étaient: âge, degré d'urgence, notion de rupture prématurée des membranes, infection urogénitale et prise d'antibiotique au dernier trimestre, prescripteur d'antibiotique, type (nom) et durée d'administration d'antibiotique, type d'incision et de désinfection, fièvre et infection postopératoires

Résultats: 268 accouchements ont été enregistrés dont 100 par césariennes soit 37,3 %. L'âge moyen est de 31.8 ans (18 et 43), 97 % des femmes avaient suivies la CPN, la césarienne était urgente dans 54 %, les cicatrices utérines, les disproportions fœto-pelviennes et la souffrance fœtale représentent

67% des indications, l'incision de Pfannenstiel est pratiquée dans 81 %, la rupture prématurée des membranes est présente dans 23%, l'infection urogénitale est fréquente chez 27 % des femmes, l'antibiotique est prescrit par le gynécologue obstétricien dans 100% des cas, donné pendant l'acte et poursuivi plus de 72h dans 98 % des cas, céftriaxone, amoxicilline sont les plus utilisés (58 %), deux antibiotiques sont associés dans 25 % et l'infection de la plaie opératoire est présente dans 16 % et 10 % des femmes ont fait la fièvre en post opératoire. L'infection de la plaie opératoire est associée à la rupture prématurée des membranes dans 37,5 % et à la disproportion fœto-pelvienne dans 43,7%.

Conclusion: L'usage des antibiotiques lors de la césarienne aux cliniques universitaires de Kinshasa ne répond aux recommandations internationales. Une étude ultérieure est nécessaire pour en déterminer la cause.

Mots-clés : antibiotiques césarienne

Nous remercions tout le personnel de la salle d'opération des cliniques universitaires de Kinshasa et du département d'anesthésie réanimation

T10-3 Pratique de l'antibioprophylaxie en chirurgie pédiatrique au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville

Otiobanda Gilbert Fabrice

Présentation : orale

Thème : Infectieux

Orateur : Otiobanda Gilbert Fabrice

Objectif: L'objectif de notre étude était d'évaluer la pratique de l'antibioprophylaxie en chirurgie pédiatrique au CHU-B.

Matériels et méthodes : Il s'est agi d'une étude rétrospective, descriptive, d'une durée de 12 mois (janvier 2013-décembre 2013), réalisée au bloc opératoire du CHU-B. Tous les patients opérés en chirurgie pédiatrique pour une chirurgie programmée ont fait partie de l'étude. Les paramètres analysés étaient : classe ASA, classe Altemeier, durée de chirurgie, type d'antibiotique administré, moment d'administration et de réinjection de l'antibiotique.

Résultats : Au total 216 dossiers ont été analysés. L'âge moyen était de 7,57+/- 5,03 ans. La classe ASA I était la plus représentée dans 94,9% des cas. L'anesthésie était générale dans 88,9% des cas. Les chirurgies étaient classées

Altemeier I dans 68,1% des cas, Altemeier II et III dans 26,9% et 5% des cas respectivement. L'antibioprophylaxie était faite dans 51,4% des cas. Les antibiotiques les plus utilisés étaient le cefuroxime dans 42,3% des cas et le ceftriaxone dans 28,8% des cas. Dans 20,7% des cas l'antibiotique était administré après l'incision chirurgicale. Il n'y a pas eu de réinjection. La durée moyenne de la chirurgie était de 99,94 +/- 46,36 minutes. L'antibioprophylaxie était non justifiée dans 45,1% des cas.

Conclusion : Dans près de la moitié des cas l'antibioprophylaxie n'était pas conforme aux recommandations. Un consensus entre chirurgiens et anesthésistes doit être trouvé afin d'élaborer des protocoles nationaux pour l'antibioprophylaxie en chirurgie pédiatrique.

Mots-clés : antibioprophylaxie chirurgie pédiatrie

T10-4 Les aspects clinico-biologiques du paludisme grave

Mayegue Anani Ulysse, Tchoua Romain,
Igho, Mounir Okoue

Présentation : orale

Thème : Infectieux

Orateur : Mayegue Anani Ulysse

Introduction: le paludisme grave reste encore une cause de nombreux décès dans le monde, surtout dans les zones endémiques du continent africain.

Objectif: décrire les manifestations cliniques et biologiques les plus fréquentes du paludisme grave.

Matériels et méthodes: Il s'agit d'une étude prospective descriptive durant une période de 3 mois allant du 1^{er} janvier au 31 mars 2017, réalisée au service d'accueil et des urgences de l'hôpital d'instruction des armées Omar Bongo Ondimba.

Résultats: l'analyse des résultats nous a permis de faire ressortir les observations suivantes: les enfants étaient les plus touchés soit 73%, avec une moyenne d'âge de 14ans, le sexe masculin était prédominant soit 56%, l'anémie était la forme grave la plus observée soit 44%, suivie des convulsions soit 28%, l'hypertension artérielle était présente dans 6% des cas. Chez les enfants, l'anémie était présente dans 50% des cas, suivie par les convulsions soit 34%.

Conclusion : Au terme de cette étude il ressort que les enfants et le sexe masculin étaient les plus touchés par le paludisme grave ; l'anémie et la convulsion étaient les critères de gravités les plus rencontrés au service d'accueil et des urgences

Mots-clés : Paludisme grave Anémie Convulsion

Références : Organisation mondial de la santé Pierre AUBRY, médecine tropical, paludisme 2015

T10-5 Epidémiologie des infections médicales graves en réanimation du CHU de Libreville

Essola Laurence

Présentation : orale

Thème : Infectieux

Orateur : Essola Laurence

Objectif : décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des patients admis pour syndromes infectieux graves de causes médicales en réanimation.

Patients et méthode : Etude rétrospective et descriptive sur 8 ans (janv. 2008 à déc. 2015). Tous les patients admis pour infections graves d'origine non chirurgicale et dont la durée d'hospitalisation était ≥ 24 heures étaient inclus. Les registres d'hospitalisation et les dossiers médicaux des patients ont constitué la base de saisie des données épidémiologiques, cliniques et évolutives.

Résultats : Durant la période, 18,6% des patients (426 sur 2286) étaient admis pour syndromes infectieux graves. 405 patients (17,8%) ont répondu aux critères d'inclusion. On comptait 217 patients de sexe féminin (53,4%) et 188 de sexe masculin (46,6 %). L'âge moyen était de $335,5 \pm 255,9$ mois. 24,7 % des patients avaient moins de 10 ans. 21,7 % étaient séropositifs au VIH. Les principales pathologies étaient les méningites et méningo-encéphalites (28 %), le paludisme grave à *Plasmodium falciparum* (15,8 %), le tétanos grave (10,4 %) et la toxoplasmose cérébrale (9,6 %). L'indice de gravité (IGS II) était de 37,8 avec une mortalité prédite moyenne de 27,3%. La durée moyenne d'hospitalisation était de 6,8 jours. La mortalité observée était de 51,6 %. Les méningites et méningo-encéphalites étaient responsables de 16,5% des décès avec une létalité de 58,9%.

Conclusion : les infections graves sont une cause fréquente d'admission en réanimation avec une mortalité élevée. Les méningites/méningoencéphalites, le paludisme grave, le tétanos et les maladies opportunistes liées au VIH constituent les principales causes de transfert en USI.

Mots-clés : Infections graves, Méningites Paludisme grave Toxoplasmose cérébrale, Réanimation

T10-6 Profil clinico-bactériologique des infections nosocomiales dans quatre services de réanimation de Kinshasa

Kahindo Christine

Présentation : orale

Thème : Infectieux

Orateur : Kahindo Christine

Introduction : Les infections nosocomiales sont un véritable problème de santé en Réanimation du fait de leur fréquence, de leur gravité et de leur coût socio-économique élevé. L'objectif de cette étude était d'étudier le profil clinique et bactériologique des patients atteints d'infections nosocomiales dans les services de Réanimation de Kinshasa.

Matériels et méthodes : Nous avons mené une étude prospective, observationnelle et multicentrique réalisée du 15 janvier au 15 avril 2017 dans les services de Réanimation de 4 hôpitaux de Kinshasa. Notre étude a obtenu l'accord du comité d'éthique (n° ESP/CE/003/2017). Tous les patients âgés de plus de 18 ans, ayant un séjour de plus de 48h et indemnes d'infection suspectée ou documentée à l'admission ont été inclus. Les hémocultures, les urocultures, et les cultures des sécrétions trachéales, des plaies et des escarres étaient réalisées à chaque suspicion d'infection. Les données des patients, les expositions aux dispositifs invasifs et d'infections nosocomiales ont été collectés et analysés. Les tests de Chi carré pour comparer les proportions, test de Student pour les moyennes, les régressions logistiques pour les facteurs associés et la courbe de Kaplan Meier pour la survie, ont été utilisés

Résultats

Deux cent quatre (204) patients ont été inclus. L'âge moyen était de $53,7 \pm 18,2$ ans. Le sexe masculin était prédominant (65,2 %) avec un sex-ratio de 1,87. Les tranches d'âge de 41 à 60 ans (35 %) et de 61 à 80 ans (31,9 %) étaient les plus représentées. Les 3/4 des patients étaient admis pour une affection médicale, venaient principalement de leur domicile (90,2 %) et

avaient des antécédents d'HTA (65,3 %) et de diabète (15 %). L'IGS II moyen était de $35,9 \pm 21$. La majorité des patients avait séjourné durant 3 à 10 jours en Réanimation, avec un séjour moyen de $5,7 \pm 3,9$ jours. Les ratios d'exposition aux dispositifs invasifs étaient de 69% pour le sondage vésical, 37,4 % pour le cathétérisme veineux central et 27,7 % pour l'intubation endo-trachéale. La fréquence de l'infection nosocomiale était de 23,5 % dont 10,8% d'infection urinaire, 4,9% de pneumopathie, 4,9% de bactériémie, 1,96% infection du cathéter veineux central et 0,96% infection du site opératoire. Le *Klebsiella pneumoniae* était le germe le plus fréquemment isolé (31 % des cas) suivi de l'*Escherichia coli* (30 % des cas), de *Pseudomonas aeruginosa* (11% des cas) *Staphylococcus aureus* (8 % des cas) et de l'*Enterobacter cloacae* (7 % des cas). Les déterminants de l'infection nosocomiale étaient la durée de séjour > 7 jours, l'indice de gravité ≥ 36 et le cathétérisme veineux central. La mortalité globale était de 29,9 %.

Conclusion

L'infection nosocomiale constitue un véritable problème de santé dans les services de Réanimation de Kinshasa. Les infections urinaires, les pneumopathies et les septicémies sont les principaux types d'infections nosocomiales. Les germes fréquemment isolés sont majoritairement des bacilles gram négatifs. La survie était meilleure pour les patients non infectés mais la différence n'était pas significative.

Mots-clés : Réanimation infection nosocomiale mortalité

T10-7 Intérêt de l'association sulfate de magnésium-diazépam dans la prise en charge du tétanos en réanimation au CHU de Libreville

Ngoma JF

Présentation : orale

Thème : Infectieux

Orateur : Ngoma JF

Objectifs : Evaluer l'efficacité de l'association sulfate de magnésium-diazépam dans le contrôle des spasmes, des contractures et de la dysautonomie neurovégétative du tétanos.

Patients et méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective et prospective sur 20 mois de janvier 2015 à août 2016. Elle concernait tous les patients admis pour tétanos, traités par l'association sulfate de magnésium-diazépam et dont la durée d'hospitalisation était supérieure ou égale à 24 heures. Les variables étudiées étaient les données sociodémographiques, le statut vaccinal, les paramètres cliniques, para-cliniques, thérapeutiques et évolutifs.

Résultats : Durant la période d'étude, 12 patients ont été inclus soit une prévalence de 2,3 %. La prédominance était masculine avec un sex-ratio de 3. L'âge moyen était de $24,7 \pm 20,8$ ans. Une diminution de 75 % du nombre de spasmes était observée 24 heures après l'administration du protocole. Le délai moyen d'abolition des spasmes était de $13 \pm 3,5$ jours. Des complications étaient observées chez cinq patients (41,7 %). Aucun signe de surdosage lié au sulfate de magnésium n'était répertorié. La durée moyenne d'hospitalisation était de $16,9 \pm 7,7$ jours. La mortalité était de 25 %.

Conclusion : La prévalence du tétanos reste relativement élevée dans notre pays. L'utilisation du sulfate de magnésium associé au diazépam a permis le contrôle des spasmes, des contractures et la réduction du recours à la ventilation artificielle. Cette association a contribué à diminuer la mortalité des patients atteints de tétanos.

Mots-clés : Tétanos Spasmes, Contractures Sulfate de magnésium

T10-8 Infection sur prothèse totale de genou : Résultat de 124 procédures en milieu tropical africain

Traoré Mamadou Mour

Présentation : orale

Thème : Infectieux

Orateur : Traoré Mamadou Mour. Email : mamadoumour@yahoo.fr

Introduction : L'infection du site opératoire (ISO) constitue un des risques majeurs au décours d'une arthroplastie du genou. Le but de notre étude était d'objectiver l'incidence, le profil ainsi que les facteurs de risque associés en milieu tropical africain.

Patients et méthode : Nous avons inclus tous les patients opérés d'une arthroplastie totale de genou au Centre Hospitalier de l'Ordre de Malte à Dakar allant de la période de Juillet 2011 à juillet 2016. Les critères ISO étaient ceux de la HAS.

Résultats Un total de 124 arthroplasties totales ont été réalisées durant cette période avec un recul moyen de 23,9 mois. L'âge moyen était de 63ans avec un sex ratio de 0,29 et un IMC moyen de 28,53. L'incidence cumulée de l'infection sur site opératoire était 4,8%. Les germes retrouvés étaient à prédominance staphylococcique. L'analyse multivariée objective des facteurs favorisants tels la durée de la chirurgie, la notion de plusieurs interventions sur le site et l'environnement tropical.

Conclusion Dans cette étude l'incidence des ISO est plus élevée en comparaison des données des pays développés. Cependant une grande série de procédures en milieu tropical permettra de mieux apprécier l'incidence et les facteurs de risque.

Mots-clés : Afrique arthroplastie de genou infection

T10-9 Fièvre jaune : A propos d'un cas en réanimation à Abidjan

Mobio N'Kan Michael Paterne

Présentation : orale

Thème : Infectieux

Orateur : Mobio N'Kan Michael Paterne

Introduction : La fièvre jaune est une maladie hémorragique infectieuse virale due à un arbovirus de type flavivirus, appelé virus amarile. Elle est transmise à l'homme par piqûres de Aedes. Elle est endémique dans 44 pays situés dans les régions tropicales d'Amérique du Sud et d'Afrique dont la Côte d'Ivoire. C'est une maladie à déclaration obligatoire et il n'existe aucun traitement curatif. Aussi rapportons-nous un cas de fièvre jaune au CHU de Cocody.

Observation : Il s'agit d'un patient de 65 ans, de nationalité américaine, sans antécédents particuliers admis en réanimation pour un coma fébrile (score de Glasgow à 9) sans signe de localisation ni syndrome méningé. Le bilan para clinique avait mis en évidence une goutte épaisse positive avec 800 trophozoïtes/ champs, une cytolysse hépatique et une altération de la fonction rénale. Le diagnostic retenu était un paludisme grave avec atteinte multi viscérale. Un traitement antipaludéen avait été initié. L'évolution à J3 était en faveur d'une amélioration clinique et biologique. A J6 d'hospitalisation, le patient a présenté une chute

de la tension artérielle à 8/5, une altération de l'état de conscience avec un score de Glasgow à 10/15, un ictère, des ecchymoses, une détresse respiratoire et une anurie. Le patient a été intubé et mis sous assistance ventilatoire. Devant cette symptomatologie, un prélèvement à la recherche de la dengue et de la fièvre jaune a été fait. La sérologie de la fièvre jaune est revenue positive. Au niveau biologique, on avait une anémie à 7,9g/dl, une thrombopénie, une aggravation de la fonction rénale. A J9, l'évolution a été marquée par une hémorragie multi viscérale de grande abondance avec instabilité hémodynamique. Les mesures de réanimation entreprises ont été inefficaces; le décès du patient a été constaté à J10.

Conclusion : La recherche de la fièvre jaune ne doit pas être occultée devant un coma fébrile sans signe de localisation avec syndrome hémorragique.

Mots-clés : hépatonéphrite réanimation fièvre jaune

Thème 11

Logistique, organisation, économie

1. Causes d'annulation d'intervention chirurgicale au bloc opératoire à l'hôpital militaire de Libreville
2. Variation nyctémérale des urgences intra hospitalières admises en réanimation à l'Hôpital Militaire de Libreville
3. Pratique de l'anesthésie au Niger
4. Impact financier et émotionnel de l'annulation d'une chirurgie programmée au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo.

T11-1 Causes d'annulation d'intervention chirurgicale au bloc opératoire à l'hôpital militaire de Libreville

G Edjo Nkilly, R Okoue Ondo, L Nguiabanda, U Ngabou, E Sougou, D Manli,
JM Mandji, R Tchoua

Présentation : orale

Thème : Logistique, organisation, économie

Orateur : Ngabou Ulrich Davy

Introduction: L'organisation des activités du bloc opératoire repose sur la supervision, l'enregistrement des données du parcours patient avant son opération, une planification et la programmation de celle-ci. L'objectif de ce travail était de déterminer les causes de déprogrammation au bloc opératoire de l'Hôpital Militaire de Libreville

Matériels et Methodes: Nous avons étudié les déprogrammations au bloc opératoire prospectivement entre Mars et Avril 2015. Déprogrammation définie comme une annulation ou un report de la chirurgie programmée. Les déprogrammations étaient recensées par un anesthésiste avec recherche systématique du motif de déprogrammation auprès des divers intervenants (anesthésistes, chirurgiens, coordination du bloc opératoire) pour déterminer la cause de déprogrammation.

Résultats: sur 198 interventions prévues, 37 ont été déprogrammées soit une incidence de 18.67 %. Le motif de déprogrammation était dans 45.94% des cas directement lié au patient, la non admission du patient la veille de l'intervention prédominait. La chirurgie était à

l'origine de 35.13 % des déprogrammations avec un problème de place disponible dans le service pour l'accueil des futurs opérés. L'anesthésie était en cause dans 8.11 % des cas, il s'agissait d'une découverte fortuite d'anomalies biologiques lors de la visite pré anesthésique. L'organisation du bloc opératoire était directement responsable de 11.11 % des déprogrammations. Le service d'orthopédie est concerné par 45.9 % des déprogrammations dont 50 % d'ablation de matériels d'ostéosynthèse. Diverses mesures correctrices ont été préconisées : augmentation du parc matériel, développement de la chirurgie ambulatoire.

Conclusion: La gestion du bloc opératoire est devenue un enjeu majeur dans le fonctionnement d'un hôpital. La variabilité des fréquences et motifs de déprogrammation retrouvée dans chaque établissement incite celui-ci à effectuer son analyse pour développer des pistes d'amélioration pertinentes adaptées.

Mots-clés : déprogrammation- bloc opératoire - organisation

T11.2 Variation nycthémerale des urgences intra hospitalières admises en réanimation à l'Hôpital Militaire de Libreville

G Edjo Nkilly, R Okoue Ondo, E Sougou, H Birinda, S Oliveira, D Manli, JM Mandji-Lawson, R Tchoua

Présentation : poster

Thème : Logistique, organisation, économie

Orateur: Edjo Nkilly Ghislain

Introduction: les interventions des équipes de réanimation dans les services peuvent modifier le fonctionnement dudit service, le planning et la qualité des soins et nécessiter ainsi, une organisation particulière. L'objectif de ce travail était d'analyser la variabilité dans le nycthémerale des urgences intra hospitalières admises en réanimation

Matériels et Méthodes: étude rétrospective sur 04 ans (2012-2016) à partir des dossiers de patients provenant des services médico-chirurgicaux admis en réanimation. Ont été exclues les admissions programmées, en provenance d'un autre hôpital ou du bloc opératoire. Pour chaque patient ont été pris en compte l'heure, le motif, les constantes vitales à l'admission, la durée de séjour et l'évolution (sortie vivant ou décédé), un score IGS 2 était calculé pour chaque patient

Résultats: sur 49 admissions, 67.35 % ont eu lieu entre 8h et 19h59min et 32.65% entre 20h00 et 7h59 min. Il y avait 3 pic d'admission: matinal (autour de 10h), prandial (entre 14 h et 15h) et vespéral (autour de 19 h).Le principal motif d'admission était la défaillance respiratoire (38.89 % des admissions). L'arrêt cardiaque représentait 12.24 % des admissions ; l'âge moyen des patients était de 45.17 ans. Le sexe masculin prédominait (53.06 %).

La durée moyenne du séjour était de 3.86 jours. Les constantes vitales d'admission étaient une SPO2 moyenne de 83.6 %, un score de Glasgow à 9.7. L'IGS2 était de 41.85. Il n'y avait pas de différence entre les 2 périodes d'admission en terme de mortalité ($p=0.3$), de ventilation mécanique ($p = 0.9$), du score IGS2 ($p = 0.17$), du score de Glasgow ($p = 0.6$). Les sujets décédés avaient à l'admission une altération significative de l'état hémodynamique ($p = 0.0013$), du score de Glasgow ($p = 0.00006$), de la SPO2 ($p = 0.0009$ et de l'IGS2 ($p = 0.005$)

Conclusion: Les admissions pour urgences intra hospitalières sont principalement diurnes. Les admissions nocturnes ne sont pas un facteur de risque de mortalité ni d'altération de la qualité des soins. Cependant, les impératifs du travail nocturnes méritent une attention particulière au niveau organisationnel.

Mots-clés : urgences intra hospitalières nycthémerale organisation

T11.3 Pratique de l'anesthésie au Niger

Chaibou MS¹, Daddy H¹, Gagara M¹, Amadou M¹, Sabo R¹, Adamou K¹, Sani R²

1. Département d'Anesthésie Réanimation Urgences HNN
2. Département de Chirurgie

Présentation : poster

Thème : Logistique, organisation, économie

Orateur : Chaibou Maman Sani

Objectif : Faire un état de lieu de la pratique de l'anesthésie dans les hôpitaux publics du Niger

Matériels et méthode : Il s'agit d'une étude multicentrique prospective observationnelle réalisée dans tous les hôpitaux publics du Niger, réalisée du 9 au 15 Janvier 2017 ; soit 7 jours. Etaient inclus tous les patients ayant bénéficié d'une anesthésie. Les variables étudiées étaient l'âge, le sexe, la classification ASA, la technique d'anesthésie, le type de chirurgie, les incidents et accidents, la durée d'hospitalisation et l'évolution. Les données ont été traitées grâce aux logiciels Microsoft Word 2013 et Epi info 3.5.3.

Résultats : La série comportait 802 patients : 482 femmes (60,10 %) et 320 hommes (39,90 %) ; soit un sexe ratio de 0,66. L'âge moyen était de 57,28 ans avec des extrêmes de 2 mois à 90 ans. Parmi nos patients 66,58 % étaient ASA I ; 29,42 % ASAII ; 3,74% ASAIII et 0,24 % ASA IV. Dans 9 % des cas le médecin anesthésiste était présent dans la salle. L'AG était réalisée dans 53,12 % des cas, la rachianesthésie dans 41,40 % et l'anesthésie locale chez 5,48 %.

Pour l'induction, la kétamine était utilisée chez 41,76 % des patients, le thiopental chez 30,74% et le propofol chez 22,52%. L'entretien était assuré par l'halothane pour 58,22 % des patients. Pour la rachianesthésie l'association bupivacaine + fentanyl était la plus utilisée chez 65,06 % des patients. L'intervention était la césarienne dans 33,69 %, suivie de la chirurgie digestive dans 32,16 % des cas. La chirurgie était urgente chez 61% des patients et programmée chez 49 %. La bradycardie était l'incident anesthésique le plus rencontré avec 2,74 %, suivie de l'hypotension artérielle et de la tachycardie avec chacune 0,75 % et de l'arrêt cardiaque avec 0,5 %. L'analgésie était multimodale dans 84,54 % des cas. La mortalité peropératoire était de 0,99 %. La durée moyenne d'hospitalisation était de cinq jours.

Conclusion : La pratique de l'anesthésie au Niger connaît des insuffisances, l'amélioration de cette situation passe par la formation en nombre suffisant des spécialistes en anesthésie réanimation, l'équipement et l'approvisionnement des hôpitaux en produits anesthésiques.

Mots-clés : Pratique anesthésie–Niger

T11-4 Impact financier et émotionnel de l'annulation d'une chirurgie programmée au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo.

Lankoande Martin

Présentation : orale

Thème : Logistique, organisation, économie

Orateur : Lankoande Martin. Email : m.hamtaani@gmail.com

Introduction L'annulation d'une chirurgie programmée crée un fardeau financier aux hôpitaux et aux patients. Elle cause un stress émotionnel ayant un impact négatif sur le pronostic et pose un dilemme éthique surtout dans les pays pauvres. Le but de cette étude était d'évaluer le coût financier et émotionnel due à l'annulation d'une chirurgie programmée.

Matériels et méthodes: Il s'est agi d'une étude prospective sur 6 mois (1er Janvier au 1er Juin 2016) concernant la chirurgie programmée. Les causes, le coût financier et la réaction émotionnelle des patients à l'annonce de l'annulation étaient évalués. Le coût financier était évalué par la méthode de Guiguimé et al [1] en fonction de l'âge et de la profession, du 'potentiel équivalent' et de la période d'activité des patients. Un outil d'évaluation du stress émotionnel du patient pas été employé mais le sentiment du patient était recueilli comme tel. L'absentéisme au travail a été calculé selon la méthode de Rousseau et al [2]

Résultats: Durant la période 1088 interventions ont été programmées dont 239 (21,9%) cas annulés. La plus grande proportion d'annulation par spécialité a été observée en chirurgie générale (35,9%) suivie de l'ORL (30,5%). Le

service de Neurochirurgie a enregistré le plus faible taux de report (10,8%). L'annulation était évitable dans 89,5% (n = 214) dont un dysfonctionnement du bloc (18,8%), chirurgien non disponible (15,9%) ou pour une consultation pré anesthésique non faite (1,7%). Il s'est agi des causes relevant d'une mauvaise organisation et prévisible. L'annulation a coûté à l'hôpital 19 147 \$ US (moyenne 80\$ par patient). Les patients ont perdu en moyenne 62,7 \$ US représentant 117,6% du revenu mensuel d'un salarié du secteur public au Burkina Faso. L'annulation d'une chirurgie en ORL était la moins coûteuse à l'hôpital (4 989,4\$ US) malgré un taux élevé (n= 187). Une réaction émotionnelle négative était observée dans 85,7% sous forme de colère (54,8%; n = 131). L'annulation a causé un absentéisme au travail avec 163 journées de travail.

Conclusion: Le coût financier et émotionnel dû à l'annulation d'une chirurgie programmée est élevé. Une meilleure organisation permettrait de réduire taux d'annulation.

Mots-clés : chirurgie programmée annulation émotion

Références :

1. **Guiguemé et al.** Esquisse d'une méthode d'estimation du coût économique chiffré des accès palustres : application à une zone rurale au Burkina Faso (Afrique de l'Ouest) ; Bobo Dioulasso, Burkina Faso. Tropical Medicine and International
2. **Rousseau Thierry, Saïd Arezki, Denis Bérard, Philippe Douillet, Béatrice Gagné et Cindy Lemette.** Absentéisme : Outils et méthodes. Réseau Editions ANACT, 2007 ; 1-44

Thème 12

Matériel, monitoring

- 1.** La morphine en analgésie contrôlée par le patient (ACP) à propos de 16 patientes en postopératoire de myomectomie

T12.1 La morphine en analgésie contrôlée par le patient (ACP) à propos de 16 patientes en postopératoire de myomectomie

Ifoudji Makao Arsène

Présentation : poster

Thème : Matériel, monitoring

Auteur : Ifoudji Makao Arsène

Introduction la myomectomie réalisée après laparotomie est une chirurgie très douloureuse. La morphine, présente de nombreux avantages en utilisation intraveineuse contrôlée par le patient. **Objectif** de cette étude : décrire l'expérience de la première utilisation de l'ACP-morphine.

Patientes et méthode il s'agissait d'une étude prospective et observationnelle d'une durée de 8 mois (du 1er février au 30 septembre 2016) au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville. Elle concernait les patientes opérées de myomes utérins par laparotomie et ayant bénéficié d'une ACP-morphine. Le suivi était fait pendant 48 heures en réanimation et dans le service de gynécologie interne. Étaient étudiés, les données sociodémographiques, la dose totale de morphine utilisée, les antalgiques intraveineux administrés, l'intensité de la douleur postopératoire au repos, à la mobilisation évaluée par l'EVS à H0 puis toutes les 4 heures et la satisfaction de la patiente. Les effets secondaires (ES) étaient analysés.

Résultat seize patientes dont l'âge moyen était de $38 \pm 8,8$ ans étaient retenues. 12 patientes (75%) étaient classées ASA I. Le fentanyl était le morphinique utilisé en peropératoire. La consommation moyenne de morphine était de $31,2 \pm 8,2$ mg. L'association paracétamol-kétoprofène-néfopam était utilisée chez 87,5% des patientes. La douleur au repos et à la mobilisation était inférieure à 3 à H4 chez plus de 80% et 75% des patientes respectivement. Les ES retrouvés étaient les nausées-vomissements (12,5%) et le prurit (6,3%). Toutes les patientes avaient jugé la qualité de l'analgésie satisfaisante et l'utilisation de la pompe facile.

Conclusion : l'ACP-morphine a permis une amélioration considérable de la prise en charge de la douleur post-opératoire. Les effets secondaires redoutés sont rares. La formation du personnel soignant est requise pour la pratique d'une telle technique.

Mots-clés : Myomectomie Laparotomie, Prurit Douleur, ACP-morphine, Nausées

Thème 13

Neurologie, neurosciences, sédation

1. Agressions cérébrales secondaires d'origine systémique chez les cérébro-lésés en réanimation des cliniques universitaires de Kinshasa
2. Agressions cérébrales secondaires d'origine systémiques dans le traumatisme crânien de l'enfant : fréquence et pronostic dans des hôpitaux de Yaoundé
3. Anesthésie réanimation des Accidents Vasculaires Cérébraux Hémorragiques (AVCH) au CHME « Le Luxembourg ».
4. Hématome sous duraux : prise en charge anesthésique au CHU-ME «Le Luxembourg» à propos de 48 cas.
5. Anesthésiologie de l'anévrisme cérébral : 9 cas à l'hôpital du Mali (Bamako)
6. Prise en charge anesthésique des traumatismes vertébro-médullaires au CHME Le Luxembourg à propos de 34 cas.
7. Les comas non traumatiques dans un service d'Accueil des Urgences de Cote d'Ivoire

T13-1 Agressions cérébrales secondaires d'origine systémique chez les cérébro-lésés en réanimation des cliniques universitaires de Kinshasa

Ilunga Jean Pierre

Présentation : orale

Thème : Neurologie, neurosciences, sédation

Orateur : Ilunga Jean Pierre

Introduction: Les agressions cérébrales secondaires d'origine systémique (ACSOS) s'accompagnent d'une augmentation de la morbi-mortalité des patients cérébro-lésés. Cette étude a été menée dans le but de déterminer la fréquence et la nature des ACSOS survenant chez les cérébro-lésés admis en réanimation aux Cliniques universitaires de Kinshasa (CUK).

Matériels et méthodes: C'est une étude documentaire descriptive réalisée en réanimation des CUK pendant la période allant de janvier 2014 à décembre 2015. Les variables étudiées ont été: l'âge; le sexe; la provenance, les lésions cérébrales primaires, le score de Glasgow, les ACSOS à l'admission (hypoxie, anémie, hypotension artérielle, hyperthermie, hyperglycémie) et la cause directe des décès

Résultats: Pendant cette période, 385 patients ont été admis, 150 étaient cérébro-lésés et 67 dossiers ont été retenus. La majorité des patients avait un âge entre 51 et 75ans, le sexe masculin est prédominant avec un sex-ratio de 3/1; 75,6 % des patients provenaient des urgences des CUK, 11,9% étaient des transferts, 10,4 % venaient de la médecine interne. Les lésions cérébrales primaires étaient l'AVC dans 49,3%, le trauma crano-encéphalique 32,8%, l'infection cérébro-méningée 9 %, la tumeur cérébrale 7,5% et l'anoxie dans 1,5 %. Le score de Glasgow était compris entre 3 et 8 dans 85,1

%, 9 et 12 dans 11,9 % et 13 à 15 dans 2,9 %. L'hypotension était présente dans 95,5% (seulement 3 patients avec AVC n'avaient pas d'hypotension à l'admission alors que tous quelle que soit la pathologie avaient une hypotension), la fièvre dépassait 38,4°C chez 74,5% des patients (50 % des TCE, 40 % des AVC, et tous les patients présentant une infection cérébro-méningée); 56,7 % des patients avaient une saturation inférieure à 94%, l'hyperglycémie était présente chez 59,7% des patients (chez la moitié des TCE et la moitié des AVC), l'anémie (entendue comme taux d'HB inférieure à 10g/dl) était présente chez 62,6% (70 chez les TCE, 56% chez les patients avec AVC); les complications durant le séjour en réanimation ont représenté 47,8% avec le sepsis en tête (37,3 %). La mortalité globale est de 71,6 % (64% pour l'AVC, 80% pour le TCE, 66,6% pour l'infection cérébro-méningée, 80% pour les tumeurs cérébrales). La cause directe de décès était la détresse neurologique dans 53,7%, la détresse cardiorespiratoire dans 28,4% et le reste était lié à des complications du séjour en réanimation.

Conclusion: Les ACSOS sont très fréquentes à l'admission des cérébro-lésés dans ce service et cette situation s'accompagne d'une lourde mortalité.

Mots-clés: ACSOS- cérébro-lésés- réanimation

T13-2 Agressions cérébrales secondaires d'origine systémiques dans le traumatisme crânien de l'enfant : fréquence et pronostic dans des hôpitaux de Yaoundé

Bengono Bengono Roddy Stephan

Presentation: orale

Thème : Neurologie, neurosciences, sédation

Orateur : Bengono Bengono Roddy Stephan

Introduction : Le traumatisme crânien tant de l'adulte que de l'enfant est un réel problème de santé publique. Il se développe après ces traumatismes des lésions secondaires dites agressions cérébrales secondaires d'origines systémiques (ACSOS). Celles-ci ont une influence non négligeable sur le pronostic des patients après un traumatisme crânien. L'objectif de ce travail était d'évaluer l'impact des agressions cérébrales secondaires d'origines systémique dans les traumatismes crâniens des enfants.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude observationnelle sur une durée de 5 mois allant de Décembre 2016 à Avril 2017 en deux phases : une phase rétrospective allant de Janvier 2012 à Novembre 2016 et une phase prospective allant de Décembre 2016 à Avril 2017 dans les services d'anesthésie réanimation de l'HGOPY et de l'HCY. Etaient inclus, tous les enfants de 0-15 ans admis en réanimation pour traumatisme crânien et chez lesquels le consentement du parent ou tuteur était obtenu. Les données étudiées étaient : sociodémographique (âge, sexe, mode d'admission (selon que le patient ai été référé, transféré ou pas), délai d'admission, circonstance de survenue du traumatisme), clinique (état général, SCG, Blantyre, TA, T°C), paraclinique (glycémie, natrémie, taux d'hémoglobine) ainsi que la fréquence et le pronostic des ACSOS. Les données étaient collectées à l'aide d'une fiche technique préalablement établie et analysées à l'aide des logiciels Epi Info 3.5.4 et de SPSS.

Résultats : La population d'étude était constituée de 68 enfants de 0-15 ans, en majorité âgé de 6-10 ans (37 %) ; la moyenne

d'âge était de 07,6 ans +/- 04,6 ans. Le sex-ratio était de 1,44 en faveur des garçons. Près de Cinquante-sept % des patients avaient été référés vers nos services, le délai moyen de référence était de 30,5h ± 19h. Soixante-dix-neuf % des circonstances de survenue du traumatisme crânien étaient des accidents de la voie publique, 19% des accidents domestiques et 02% des agressions. Soixante-dix-sept pourcent de notre population d'étude avait présenté un traumatisme crânien sévère, 19% avaient présenté un traumatisme crânien modéré et 4% un traumatisme crânien léger. 80% de notre population avaient présenté une agression cérébrale secondaire d'origine systémique, les éléments les plus souvent retrouvés étaient l'hyperthermie, l'anémie, l'hypernatrémie, l'hyponatrémie dans respectivement 40 %, 44 %, 18 % et 16 % des cas, une hypotension était retrouvée dans 09% de cas. 40 % de notre population avait perdu la vie, et 93 % d'entre eux avaient présenté une ACSOS. Les ACSOS qui influaient de façon significative sur le décès étaient l'anémie et l'hypernatrémie avec un pourcentage de décès de 61 % et 75 % respectivement, l'association de ces deux ACSOS étaient particulièrement défavorable pour les patients avec plus de 90% de décès.

Conclusion : Les ACSOS sont fréquentes au cours des traumatismes crâniens pédiatriques. La plus fréquente en pédiatrie est l'anémie. Elles représentent un facteur important de mortalité et doivent être prévenues et traitées pour améliorer le pronostic.

Mots-clés : Agression cérébrale secondaire d'origine systémique traumatisme crânien enfant

T13-3 Anesthésie réanimation des Accidents Vasculaires Cérébraux Hémorragiques (AVCH) au CHME «Le Luxembourg».

Touré Mamadou Karim

Présentation : orale

Thème : Neurologie, neurosciences, sédation

Orateur : Touré Mamadou Karim

Introduction: Les accidents vasculaires hémorragiques (AVCH) ont une morbi-mortalité importante, sont de prise en charge difficile et représentent 20 % de la totalité des AVC en France. La mortalité précoce reste très élevée, entre 35 % à 50 % selon la localisation et l'importance de l'hémorragie cérébrale. Dans la moitié des cas le décès intervient dans les deux premiers jours. Seulement 20 % des patients seront indépendants à 6 mois. Le but de notre travail était d'évaluer la qualité de la prise en charge, les facteurs pronostiques et les complications dans notre contexte.

Matériels et méthode : ont été inclus dans notre étude prospective, 65 patients opérés pour hématome intracérébral (HIC) au CHU-ME de Janvier 2010 à Février 2016.

Résultats : les AVCH ont constitué plus de 9 % de notre activité neurochirurgicale sur 600 patients opérés. L'âge moyen était de 55,84 ans, et 14 patients sur 20 étaient de sexe masculin. 57 de nos patients présentaient des troubles de la conscience, des signes d'hypertension intracrânienne (HTIC) et des infections broncho-pulmonaires (6). L'HTA était retrouvée dans 51 cas sur 65. Le score de Glasgow (GCS) initial moyen était de 8,47 (de 7 à 13). A la TDM les HIC étaient volumineux (de 3 à 5 cm de grand axe, 18 cas/65 et 5 cm 47/65). Il existait une inondation ventriculaire chez 45 patients/65, avec une hydrocéphalie

radiologique dans 33 cas. Le score ICH a été évalué et nous avons effectué en urgence 12 évacuations d'HIC, 9 DVP, 20 DVE, 18 évacuations avec DVP et 6 évacuations avec DVE. Le délai moyen de prise en charge (début des signes – intervention) était de

26,84 h (12 – 48h). Tous nos patients ont séjourné en réanimation et 48 ont bénéficié d'une ventilation mécanique (VM) d'une durée moyenne de 7 jours. L'évolution a été favorable en post-op immédiat chez 44 patients/65, avec un GCS postopératoire moyen de 11,75 (3 à 15). La TDM de contrôle était satisfaisante chez 39 patients. Les complications ont été infectieuses pulmonaires (10 cas), le ré-saignement et l'infection sur valve (2 cas), infection neuro-méningée 6 cas, fièvre isolée chez 18 patients. La mortalité globale a été de 29% (45/65 sur 6 mois post opératoire), inférieure à d'autres études et aux prévisions du score ICH. La durée moyenne de séjour en réanimation a été de 14 jours.

Conclusion : la neurochirurgie des HIC volumineux reste controversée. Les indications et techniques opératoires pour les HIC (surtout volumineux) dépendent des cas. Le délai optimal d'intervention est difficile à respecter. Les résultats sont encourageants. La réhabilitation postopératoire est très importante.

Mots-clés : Accidents cérébrovasculaires hémorragiques (AVCH) Neurochirurgie Réanimation

Références

1. **Broderick J, Connolly S, Feldmann E, Hanley D, Kase C, Krieger D, et al.** Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage in adults: 2007 update: A guideline from the american heart association/american stroke association stroke
2. **Mendelow AD, Gregson BA, Fernandes HM, Murray GD, Teasdale GM, Hope DT, Karimi A, Shaw MD, Barer DH.** Early surgery versus initial conservative treatment in patients with spontaneous supratentorial intracerebral haematomas in the international surgery
3. **Franke CL, de Jonge J, van Swieten JC, Op de Coul AA, van Gijn J.** Intracerebral hematomas during anticoagulant treatment. Stroke 1990; 21: 726-30

T13-4 Hématome sous duraux : prise en charge anesthésique au CHU-ME «Le Luxembourg» à propos de 48 cas.

Touré Mamadou Karim

Présentation : poster

Thème : Neurologie, neurosciences, sédation

Orateur : Touré Mamadou Karim

Introduction : Les hématomes sous duraux, constituent des urgences en neurochirurgie, car ils exposent le patient à une aggravation neurologique rapide. Leur évolution est favorable et spectaculaire, mais aussi tributaire des comorbidités associées ainsi que la qualité de la prise en charge.

Matériels et méthode : notre étude descriptive, a concerné 48 patients opérés au sein de notre structure de 2010 à juin 2015

Résultats : Les hématomes sous duraux ont constitué environ 10 % de notre activité chirurgicale. L'âge moyen de nos patients était de 63,26 ans et 89,6 % étaient de sexe masculin. La notion de trauma crânien ancien ou de chute, était retrouvée dans la majorité des cas à postériori. Nos patients ont été admis dans 47,9 % des cas (23 cas) pour troubles des fonctions supérieures et syndrome d'HTIC dans 9 cas. Une hémiplégie/hémi-parésie était notée chez 14 patients, soit 29,1 %. Des troubles phasiques dans 7 cas, une fièvre ou syndrome infectieux dans 7 cas, des troubles ioniques dans 2 cas. Une notion de tradi-thérapie était rapportée chez 4 patients, la prise d'anticoagulants dans 3 cas. Le score de Glasgow initial allait de 7 à 13. Tous nos patients ont bénéficié d'une TDM cérébrale dès l'admission. Nous avons retrouvé 33 HSDC, soit 68,8 %, neuf (9) cas d'HSDSA, soit 18,8 % et 6 cas d'HSDA, soit 12,5 %. L'HSD était à gauche dans 21 cas, soit 43,8 %, à droite dans 15 cas (31,2 %), bilatéral dans 7 cas, soit 14,6 %. Les patients ont été opérés sous anesthésie générale dans 25 cas (52,1 %), sous anesthésie locale dans 9 cas (18,8 %) et sous sédation avec AL (5 cas). Ils ont tous bénéficié d'un drainage (72h). Le transfert post opératoire

immédiat en réanimation a été autorisé chez 76% des patients, et la durée moyenne de séjour en réanimation a été de 24h. L'évolution a été favorable en post-opératoire immédiat chez 44 de nos patients (91,7 %). Deux patients sont décédés de leur HSDA avec œdème cérébral. Les complications post opératoires ont été : les récurrences (2), la fièvre (3 cas) avec une goutte épaisse positive, infection urinaire (1 cas), œdème cérébral dans 3 cas. L'évolution à 3 mois a été favorable dans 39 cas et 35 cas à un an.

Conclusion : Les HSDC sont fréquents mais la récupération est spectaculaire. La gestion des autres tares présentes chez ces sujets âgés constitue le complément indispensable aux bons résultats de la chirurgie. L'indication d'une TDM cérébrale doit être large devant tout trouble des fonctions supérieures ou déficit neurologique du sujet âgé.

Mots-clés : Hématome sous dural chronique (HSDC) anesthésie Neurochirurgie

Références :

1. **Collège de neurochirurgie.**
<http://web5.unilim.fr/colneuro-test/spip.php?article51>
2. **Service Recommandations et Références Professionnelles**
Prise en charge des traumatisés crâniens graves à la phase précoce. Recommandations pour la pratique clinique Ann Fr Anesth Réanim 1999 ; 18 : 15-22.
3. **Brott T, Thalinger K, Hertzberg V.**
Hypertension as a risk factor for spontaneous intracerebral hemorrhage. Stroke. 1986;17:1078-83

T13-5 Anesthésiologie de l'anévrisme cérébral : 9 cas à l'hôpital du Mali (Bamako)

Sidibé Amadou

Présentation : orale

Thème : Neurologie, neurosciences, sédation

Orateur : Sidibé Amadou. Email : Sidibé Amadou beidysi7@yahoo.fr

Introduction : L'anévrisme cérébral est une ectasie de la paroi artérielle. La cure anévrysmale est fréquente et hémorragique. Elle nécessite une bonne préparation. La morbi-mortalité est élevée.

Objectif : Décrire la prise en charge anesthésiologique.

Matériels et Méthodes : Etude rétro-prospective de 24 mois. L'analyse et la saisie des données ont été faites par Windows 8, Epi Info 3.5.3. fr et khi² pour le test statistique.

Résultats: L'âge moyen était de 53,4 ans $\pm$ 10, 3. Le sexe - ratio était de 3,5 en faveur des femmes. Un antécédent a été retrouvé dans 100 %. HUNT- HESS était I ou II dans 77, 8 %.

L'anévrisme siégeait sur le polygone de WILLIS dans 88,9 %. La classe ASA était II dans 88,9 %. Tous ont été opérés sous anesthésie générale. L'évènement indésirable était cardiovasculaire dans 100%. La perte sanguine était de 1722,2 $\pm$ 951,8 ml. La durée de l'anesthésie était de 387 $\pm$ 41,2minutes. En réanimation, une complication a été observée dans 88,9 % dont un décès (11,1%). La durée médiane de séjour était de 7 jours.

Conclusion : Au Mali, la prise en charge anesthésiologique de l'anévrisme cérébral in situ est un progrès remarquable. Cependant, son devenir est incertain.

Mots-clés : Anévrisme Anesthésiologie Mali

T13-6 Prise en charge anesthésique des traumatismes vertébro-médullaires au CHME Le Luxembourg à propos de 34 cas.

Touré Mamadou Karim

Présentation : orale

Thème : Neurologie, neurosciences, sédation

Orateur : Touré Mamadou Karim. Email : Touré Mamadou Karim mktml3@gmail.com

Introduction : devant l'augmentation des accidents de la route et confrontés à un réel problème de santé publique, nous avons voulu dans ce travail, étudier la prise en charge chirurgicale des traumatismes vertébro-médullaires au sein de l'Hôpital « Le Luxembourg».

Matériels et méthode : notre étude a concerné 34 patients opérés pour traumatisme vertébro-médullaire au sein de notre structure de 2010 à 2014, sur 167 patients opérés du rachis et 403 patients opérés au total en neurochirurgie, soit 8,4%, pour la même période. Les patients non opérés ou référés n'ont pas fait partie de notre étude.

Résultats : l'âge moyen de nos patients était de 32 ans (16-57) .Le sexe masculin prédominait avec 94% des cas. Les signes cliniques les plus fréquents ont été les tétraplégies/parésies et paraplégies/parésies (47,1% des cas chacun).Les étiologies ont été les AVP (73.6%), les accidents de mine (14,7%), les chutes diverses (arbres, étages) (11,7%). Le rachis dorsolombaire était atteint dans 56% des cas et le cervical dans 44%. Un score de Frankel A était retrouvé dans 20% des cas. Du point de vue des lésions, les fractures ont représenté 50% des cas suivies des fractures-luxations (32%). Tous les patients ont été opérés sous anesthésie générale, les rachis cervicaux ont été intubés sous bloc laryngé, 64% des patients ont bénéficié de corticoïdes. Le délai moyen de prise en charge aux urgences était de 4 heures, le délai moyen de prise en charge chirurgicale

était de 10 heures. Les complications per opératoires ont été dominées par l'hypotension, la désaturation. Nous n'avons pas analysé le pronostic fonctionnel. Les suites opératoires immédiates ont été simples chez l'ensemble des patients et deux cas de décès différés ont été notés.

Conclusion : malgré l'amélioration de la prise en charge de ces patients, de nombreux efforts restent à faire et une volonté politique est nécessaire pour une meilleure prise en charge des urgences neurochirurgicales au Mali.

Mots-clés : anesthésie. vertébro-médullaire. Traumatisme.

Références:

1. **Bohlman HH.** Acute fractures and dislocations of the cervical spine. An analysis of three hundred hospitalized patients and review of the literature. *J Bone Joint Surg Am* 1979, 61:1119-1142.
2. **Muckart DJ, Bhagwanjee S, van der Merwe R.** Spinal cord injury as a result of endotracheal intubation in patients with undiagnosed cervical spine fractures. *Anesthesiology* 1997, 87:418-420.
3. **Trimmel H, Kreutziger J, Fertsak G, et al.** Use of the Airtraq laryngoscope for emergency intubation in the prehospital setting: a randomized control trial. *Crit Care Med* 2011, 39:489-493.

T13-7 Les comas non traumatiques dans un service d'Accueil des Urgences de Côte d'Ivoire

N'guessan Yapi Francis, Netro Djohui

Présentation : orale

Thème : Neurologie, neurosciences, sédation

Orateur : Nétro Djohui. Email : netrodjohoui@yahoo.fr

Objectifs : Analyser la prise en charge des comas non traumatiques aux urgences médicales du CHU de Cocody.

Matériels et méthode : Étude prospective, descriptive et analytique portant sur les patients de plus de 15 ans admis aux urgences médicales et présentant une altération de l'état de la conscience non traumatique sur une période de 18 mois (janvier 2011 à juin 2012).

Résultats : Nous avons pris en charge 1000 patients sur 5880 patients soit une prévalence de 17%. La moyenne d'âge était de 49 ans $\pm$ 17,64 ; extrême 16 et 90 ans. Le sex ratio 1,3 en faveur des hommes. Les sujets à faible revenu représentaient 91,8%. 79,3 % des patients provenaient des hôpitaux généraux et de leur domicile. Seulement 3% avaient bénéficié d'une évacuation médicalisée. Les sujets sans antécédents étaient de 19,6% tandis 55,9% avaient des antécédents de pathologies infectieuses ou cardiovasculaires. 17,5% des étiologies n'étaient pas identifiées. Les pathologies les plus retrouvées étaient neurologiques, infectieuses et métaboliques

avec respectivement 37,2% ; 28,3% ; 14,7%. La moyenne du délai d'admission était de 67,2 $\pm$ 60 heures avec des extrêmes de 24 et 360 heures soit 15 jours. Le délai de traitement moyen était de 82,5 $\pm$ 52 minutes avec des extrêmes de 15 et 455 minutes soit 7,58 heures. La durée moyenne de séjour était de 3 $\pm$ 1,8 jour. Taux de décès était de 24,9% ; Favorable 24,1% ; Stationnaire 47,3%. Les durées moyennes de séjour étaient élevées. Le délai de prise en charge n'influçait pas le décès ($p=0,55$). Le décès était lié au mode de survenu des comas ($p=0,002$), à l'âge ($p=0,02$), au délai d'admission ($p=0,003$), au délai de séjour ($p=0,00006$), au délai de traitement ($p=0,00002$) et à l'absence d'étiologies ($p=0,00000$)

Conclusion Les comas non traumatiques aux urgences relèvent des complications de pathologies neurologiques, métaboliques et infectieuses. Le pronostic est influçé par plusieurs facteurs dont l'éradication améliorerait ce pronostic.

Mots-clés : coma Délai d'admission délai de traitement.

Thème 14

Obstétrique

1. Coelioscopie au cours de la grossesse et pronostic materno-fœtal : expérience de l'hôpital militaire de Libreville
2. Reprise précoce de l'alimentation en post-opératoire des césariennes: expérience du Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo (CHUO)
3. Intérêt de l'association bupivacaïne-fentanyl-morphine en intrathécale pour l'analgésie post-césarienne au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville
4. Anesthésie lors de la césarienne indiquée pour prééclampsie sévère au C.H. MONKOLE
5. Pratique de l'anesthésie générale pour césarienne au Centre Hospitalier Monkole
6. Mort fœtale à la maternité du Centre Hospitalier et Universitaire de zone d'Abomey-Calavi: A propos de 73 cas
7. Anesthésies générales pour césariennes au CHU Sylvanus Olympio de Lomé : indications et complications péri-opératoires.
8. Réhabilitation postopératoire après césarienne au centre hospitalier Monkole
9. Pronostic de l'hémorragie ante partum grave du troisième trimestre au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédroago au Burkina Faso [142] Prise en charge de la pré-éclampsie sévère en réanimation
10. Mortalité maternelle dans la communauté urbaine de Niamey
11. Anesthésie pour urgences obstétricales au CHU –Mère enfant le « Luxembourg » de Bamako
12. Analgésie péridurale pour le travail d'accouchement au CHU Gabriel Touré, Bamako.
13. Prise en charge anesthésique des patientes éclamptiques au CHR Poudrière de Niamey.
14. Pratique anesthésique pour urgences gynécologiques et obstétricales au CHU de Cocody

T14-1 Cœlioscopie au cours de la grossesse et pronostic materno-fœtal : expérience de l'hôpital militaire de Libreville

T DD Tchantchou¹, S Pither¹, E Mpiga¹, D Manli², E Sougou², G Edjo Nkili², R Tchoua², S Mayi-Tsonga¹

1. *Chirurgie Gynécologique, Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba, Libreville, Gabon.*
2. *Service de réanimation, Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba, Libreville, Gabon*

Présentation : orale

Thème : Obstétrique

Orateur : Tchantchou Tanguy De DIEU. Email : ttanguy01@yahoo.fr

Introduction: La chirurgie au cours de la grossesse peut mettre en jeu le pronostic de la mère et du fœtus. L'approche mini invasive endoscopique semble réduire ce risque. Notre étude se propose de déterminer l'impact de la coeliochirurgie en cours de gestation sur le devenir maternel et fœtal.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, longitudinale et descriptive déroulée sur une période de 9 ans au Service de gynécologie de l'hôpital militaire de Libreville. Nous avons inclus toutes les patientes porteuses d'une grossesse intra utérine évolutive ayant bénéficié d'une coeliochirurgie. Le lieu d'introduction des trocars était fonction de l'âge gestationnel (sous ombilical au premier trimestre et sus ombilical au deuxième trimestre). Les paramètres étudiés étaient les circonstances de réalisation de la cœlioscopie (en urgence ou en programme réglé), les indications, les gestes réalisés en per opératoire, les complications per et post opératoires ainsi que le devenir de la grossesse.

Résultats : Durant la période d'étude, 10

patientes avaient bénéficié d'une coeliochirurgie au cours de la grossesse. L'âge moyen était 29 ans avec des extrêmes de 18 et 34 ans. L'indication de la cœlioscopie était une torsion de kyste dans 60% (n=6/10). Nous avons installé le trocart caméra un en sous xiphœdien et un à l'hypochondre droit chez deux patientes au deuxième trimestre. Les gestes per opératoires étaient une détorsion (5 cas), une kystectomie (n=5 dont 2 après détorsion), une salpingectomie sur grossesse hétérotopique et une annexectomie à 25 SA + 5 jours. Aucune complication per et post opératoire n'a été observée. Toutes les gestantes avaient mené leur grossesse à terme. Tous les nouveau-nés étaient vivants et présentaient un bon score d'Apgar à la naissance.

Conclusion : La cœlioscopie permet de prendre en charge les pathologies associées à la grossesse sans augmentation de la morbidité maternelle et fœtale.

Mots-clés : cœlioscopie- grossesse- pronostic

T14-2 Reprise précoce de l'alimentation en post-opératoire des césariennes: expérience du Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo (CHUO)

Obame R

Présentation : orale

Thème : Obstétrique

Orateur : Obame R. email : Obame_ozar2005@yahoo.fr

Introduction : en occident, la reprise précoce de l'alimentation après césarienne est un sujet d'actualité. Au Gabon, seule la conception fondée sur la hantise des complications digestives est encore d'actualité.

Objectif : démontrer l'intérêt d'une reprise précoce de l'alimentation chez la césarisée dans notre contexte.

Patientes et Méthodes : étude prospective et descriptive réalisée du 1^{er} juin au 31 août 2016 dans Les services de gynécologie-obstétrique et d'anesthésie-réanimation du CHUO. Le protocole comprenait une stimulation digestive par du chewing-gum initiée en salle de surveillance post interventionnelle. En maternité, une alimentation orale liquide débutait à la deuxième heure post opératoire, se poursuivait à la troisième heure et à la cinquième heure, l'alimentation solide était proposée. Les variables d'étude étaient l'âge,

les indications des césariennes, le délai de reprise du transit, les complications digestives. L'analyse des données a été faite à partir du logiciel SSPS version 17.

Résultats : cinquante-une patientes ont été incluses. La moyenne d'âge était de $29,51 \pm 5,7$ ans. La reprise moyenne du transit par les gargouillements était de $6 \pm 5,97$ heures. La reprise moyenne du transit par l'émission de gaz était à $12 \pm 7,04$ heures. La moyenne de reprise de selles était de $19 \pm 16,66$ heures. Seules sept patientes avaient présenté des complications digestives.

Conclusion : la reprise précoce de l'alimentation qui intègre le concept de la réhabilitation post opératoire permet chez la césarisée un retour rapide du transit et concoure à une meilleure autonomisation.

Mots-clés : alimentation précoce césarienne
Gabon

T14-3 Intérêt de l'association bupivacaïne-fentanyl-morphine en intrathécale pour l'analgésie post-césarienne au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville

Pambo Moumba, Laurence Essola

Présentation : orale

Thème : Obstétrique

Orateur : Pambo Moumba.

Auteur correspondant : Laurence Essola. Email : laurenceessola@yahoo.fr

Introduction: La douleur post-césarienne est forte durant les 48 premières heures. Le but de ce travail était d'évaluer la qualité de l'analgésie chez des parturientes ayant bénéficié d'une rachianesthésie associant bupivacaïne-fentanyl-morphine pour césarienne.

Patients et méthode : il s'agissait d'étude prospective, descriptive, observationnelle et mono-centrique d'une durée de 6 mois (1er mai 2016 au 31 octobre 2016). Les parturientes opérées pour césarienne programmée ou en urgence relative, bénéficiant du protocole bupivacaïne, fentanyl et morphine par voie intrathécale étaient retenues. Les données sociodémographiques, l'intensité de la douleur évaluée par l'échelle visuelle analogique (EVA) à H0 puis toutes les 4 heures et la durée du bloc moteur par le score de Bromage et les besoins en analgésique intraveineux étaient les variables étudiées. Les effets indésirables et la satisfaction de la patiente étaient analysés.

Résultats : 50 patientes ont été retenues, 28

(56%) en urgence relative et 22 (44%) en chirurgie programmée. L'âge moyen des patientes était de $27,5 \pm 6,1$ ans. L'extension des blocs était au niveau de T6 dans 64% des cas. Le score de Bromage était égal à 0 à H2 chez 49 patientes (98%). A H4, l'EVA était supérieure ou égale à 3 chez 3 patientes (6%). Les nausées-vomissements postopératoires étaient observés chez 12% des patientes. La satisfaction des parturientes était de 64% des cas.

Conclusion : La césarienne est un acte chirurgical qui concerne une population de plus en plus importante en milieu obstétrical. Elle est le plus souvent réalisée sous rachianesthésie. Le protocole bupivacaïne-fentanyl-morphine offre une analgésie efficace et durable. Ce protocole pourrait s'intégrer dans une stratégie d'analgésie multimodale.

Mots-clés : Césarienne, Rachianesthésie
Douleur postopératoire Association
bupivacaïne-fentanyl

T14-4 Anesthésie lors de la césarienne indiquée pour pré-éclampsie sévère au C.H. Monkole

Mbombo Wilfrid

Présentation : poster

Thème : Obstétrique

Orateur : Mbombo Wilfrid. Email: pwmbombo@yahoo.fr

Introduction: La pré-éclampsie sévère est une indication fréquente de la césarienne et impose la réalisation d'une anesthésie. Cette étude a pour objectif de déterminer la technique anesthésique utilisée pour la pré-éclampsie sévère au CH Monkole.

Matériel et méthodes: C'est une étude transversale, descriptive et documentaire portant sur les dossiers des femmes césarisées pour pré-éclampsie sévère à Monkole de janvier 2011 à décembre 2015. Les variables étudiées ont été: âge, BMI, mois de survenu, parité, lieu de CPN, âge gestationnel, poids de naissance, critère de sévérité, degré d'urgence, type d'anesthésie, incidents peropératoires, APGAR, complications postopératoires et issue en termes de mortalité maternelle fœtale et néonatale.

Résultats: Sur 980 césariennes, 142 étaient indiquées pour pré-éclampsie et dont 98(10%) pour pré-éclampsie sévère. L'âge moyen est de 30,48 ans (16 et 42) et 69.4% avaient un âge entre 18 et 35ans, 17.3% étaient obèses et 30.6 en surpoids, la fréquence est élevée durant les périodes de transition saison de pluie saison

sèche, les primipares sont majoritaires (41.9%), les CPN étaient suivies à Monkole dans 60;2%, l'accouchement était prématuré dans 51%, le poids de naissance inférieur à 2500g dans 47.5% et 2 cas de macrosomie, les critères de sévérité en ordre décroissant étaient: souffrance fœtale (28), HTA non contrôlée (23), éclampsie (13), DPPNI (13); RCIU (8), oligo-amnios (2), Hellp syndrome (1) et sénescence placentaire (1); la césarienne était urgente dans 71.4%, la rachianesthésie était pratiquée dans 86,7% et l'anesthésie générale avec intubation dans 13.3%, les incidents peropératoires étaient l'hypotension (5), l'anxiété (4) bloc insuffisant (1); 2 cas de pré-éclampsie en post opératoire, 9 bébés étaient mort-nés, 2 cas de mortalité néonatale précoce et aucun décès maternel.

Conclusion: La rachianesthésie est la technique anesthésique la plus utilisée lors de la césarienne indiquée pour pré-éclampsie sévère au CH MONKOLE, Ceci qui est en accord avec les recommandations internationales.

Mots-clés : anesthésie pré-éclampsie sévère Centre hospitalier Monkole

T14-5 Pratique de l'anesthésie générale pour césarienne au Centre Hospitalier Monkole

Mbombo Wilfrid

Présentation : poster

Thème : Obstétrique

Orateur : Mbombo Wilfrid. Email : pwmbombo@yahoo.fr

Introduction: L'anesthésie générale en obstétrique comporte un risque élevé à cause des modifications physiologiques de la grossesse. Elle augmente le risque de la morbidité maternelle et compromet et compromet l'adaptation du nouveau-né à la vie extra utérine. Cette étude a été menée dans le but de déterminer la place de l'anesthésie générale lors de la césarienne au CH Monkole.

Matériels et méthodes: c'est une étude transversale, descriptive et documentaire portant sur les césariennes réalisées du 01 janvier 2011 au 31 décembre 2015. Les variables étudiées ont été: l'âge des césariennes, l'IMC, la parité, l'âge de la grossesse, le suivi de CPN, l'indication de la césarienne, le degré d'urgence, la classe ASA et sa justification, les motifs et les modalités de réalisation de l'anesthésie générale, les difficultés de l'intubation, les complications et l'issue fœto-maternelle.

Résultats: 980 césariennes ont été réalisées dont 53 soit 5.4% sous anesthésie générale. L'âge moyen était de 30,41ans (17 à 42), l'IMC moyen est de 21,66 kg/m² (17,4 à 36,9), les paucipares étaient majoritaires (33,96%), 60%

des femmes étaient transférées et sans suivi de CPN, les indications de la césarienne étaient surtout annexielles (43,39%) et maternelles (41,5%), la césarienne était urgente dans 86,8%, 51% des femmes étaient ASA III et IV à cause de choc hémorragique (21%), anémie (28%) pré-éclampsie (19%) , les scores de Mallampati I et Cormack I étaient prédominants (72,2% et 83,01%) sans aucun cas d'intubation difficile, l'anesthésie générale était indiquée d'emblée dans 68% et par conversion d'ALR dans 32% souvent à cause de l'anxiété maternelle, la crush induction était pratiquée dans 88,67%; l'hypotension est l'incident majoritaire (11%), les complications postopératoires sont dominées par l'anémie décompensée (5,66%), 28,3% des nouveau-nés étaient morts nés et il y a eu un décès maternel par hémorragie incontrôlable sur placenta prævia percreta.

Conclusion: la pratique d'anesthésie générale pour césarienne répond aux normes internationales et aucun décès imputable à l'anesthésie n'a été enregistré.

Mots-clés : anesthésie générale césarienne Monkole

Nous remercions l'équipe des infirmières du CH Monkole ainsi que tous les médecins qui travaillent dans ce service.

T14-6 Mort fœtale à la maternité du Centre Hospitalier et Universitaire de zone d'Abomey-Calavi: A propos de 73 cas

Akodjènou J¹, Agumon TC², Biaou A³

1. *Anesthésie – Réanimation et Urgences à l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi/Sô-Ava (Bénin)*
2. *Clinique universitaire de gynécologie et obstétrique du Centre National Hospitalier et Universitaire-HKM de Cotonou (Bénin)*
3. *Institut Régional de Santé Publique (Bénin)*

Présentation : poster

Thème : Obstétrique

Mots-clés : Mort fœtale- profil-facteurs étiologiques

Orateur : Akodjènou J. email : josephakodjenou@yahoo.fr

Introduction : La mort fœtale (MF) est un accident relativement fréquent dans nos maternités. Il est dramatique pour la femme, les agents de santé et la Société.

Objectifs : déterminer le profil des gestantes présentant la mort fœtale et identifier les facteurs étiologiques.

Patientes et méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective à visée descriptive et analytique sur six (6) mois (1^{er} Janvier au 30 Juin 2016). Elle était constituée des parturientes admises à la maternité de l'hôpital chez qui le diagnostic de mort fœtale a été posé. Les paramètres étaient : l'âge, la situation matrimoniale, la gestité, la parité, l'état du nouveau-né et les facteurs influençant la mort fœtale. Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel Epi info 7.

Résultat : 1525 accouchements ont été réalisés à la maternité de l'hôpital au cours de cette période parmi lesquels 73 cas (4,78%) de mort fœtale. L'âge moyen des accouchées était de 28,12 +/- 6,66. Soixante-quatre (64) femmes (87,67%) avaient été référées dont 35 (54,69%) provenaient des centres de santé privé. La plupart des accouchées vivaient en union libre (71,23%). Les célibataires représentaient 2,74% et 26,03% étaient mariés.

Seules 2 femmes (2,74%) ont fait la consultation pré natale (CPN) recentrée. Huit 8 femmes (10,96%) étaient admises avec BDCF positifs. La gestité moyenne était de 3,76 +/- 2,14. 37 femmes (50,68%) avaient une gestité entre 0 – 4. La parité moyenne était de 2,56 +/- 2,08. 51 femmes (69,86%) avaient une parité comprise entre 0 – 4. Dans la majorité des cas les nouveau-nés étaient mort-nés frais (42,46%). Parmi les principaux facteurs étiologiques, les syndromes vasculo-rénaux et leurs complications constituent les premières causes de mort fœtale (38,35%). La souffrance fœtale aigüe, le placenta praevia et la rupture utérine étaient les autres étiologies.

Conclusion : La mort fœtale est relativement fréquente au CHUZ d'Abomey-Calavi, les facteurs étiologiques sont divers. L'amélioration de la qualité des CPN contribuerait à diminuer de façon significative le taux de MF.

T14-7 Anesthésies générales pour césariennes au CHU Sylvanus Olympio de Lomé : indications et complications périopératoires.

Egbohhou Pilakimwe

Présentation : poster

Thème : Obstétrique

Orateur : Egbohhou Pilakimwe. Email : egbohhou@gmail.com

Introduction: l'objectif de cette étude était de répertorier les indications et de relever les complications périopératoires associées aux anesthésies générales (AG) pour césarienne au CHU Sylvanus Olympio (CHU SO) de Lomé.

Matériel et méthode: étude prospective et observationnelle sur une période de 7 mois, du 1er octobre 2015 au 31 mars 2016. Le service de gynécologie et obstétrique du CHU SO a servi de cadre. Toutes les parturientes césarisées sous AG ont été incluses.

Résultats: durant la période d'étude, 195 patientes ont été césarisées sous AG, représentant 7% de toutes les césariennes. Age moyen: 29 ans (ET: 4,4), gestité moyenne: 2,1 (ET: 1,6); parité moyenne: 1,6 (ET: 1,4). Toutes ces AG ont été réalisées pour des urgences. Les éclampsies 49,2%, les procidences du cordon battant 38,5 %, les placentas prævia

hémorragiques (PPH) 9,2% constituaient les principales indications. Classification ASA: ASA I U: 13,3%, ASA II U: 36,9 %, ASA III U: 61,5%. Un médecin anesthésiste était présent dans 11,8% des cas. Une intubation trachéale a été réalisée chez toutes les patientes après une induction à séquence rapide. Des complications respiratoires 13,8%, cardio-vasculaires 24,1% et neurologiques 28,2 % ont été retrouvées. Cinq décès (taux: 2,56%) ont été enregistrés en postopératoire, 3 par éclampsie et 2 par choc hémorragique.

Conclusion: les indications de l'AG pour césarienne au CHU SO de Lomé se limitent à certaines urgences dominées par les éclampsies. La grande morbidité, mortalité observée était liée à l'état précaire des parturientes.

Mots-clés : anesthésie générale -césarienne - CHU- Togo

T14-8 Réhabilitation postopératoire après césarienne au Centre Hospitalier Monkole

Mbuyi Freddy, Mbombo Wilfrid

Présentation : poster

Thème : Obstétrique

Orateur: Mbombo Wilfrid. pwmbombo@yahoo.fr

Introduction: La réhabilitation postopératoire est un concept d'actualité et consiste à mettre les moyens qui permettent au patient de retrouver le plus rapidement possible son état normal. La lutte contre la douleur, la mobilisation précoce, la reprise de l'alimentation et l'ablation des sondes et drains sont les moyens essentiels. Cette étude avait pour but de voir comment se fait la réhabilitation post césarienne au centre hospitalier Monkole.

Matériels et méthodes : c'est une étude transversale descriptive menée à la maternité du centre hospitalier Monkole pendant la période allant de 1er juin au 31 décembre 2016. Les variables étudiées ont été: l'âge, la taille, le BMI, le degré d'urgence, l'âge de la grossesse, l'identité obstétricale, la classe ASA, le lieu de suivi de CPN, l'indication, le type de l'incision, la durée de la chirurgie, le type d'anesthésie, le type d'analgésie postopératoire, les complications péri opératoires, la thromboprophylaxie par HBPM, le délai de la reprise de l'alimentation, de l'ablation de la sonde urinaire et de la mobilisation.

Résultats: Pendant cette période 116 femmes ont été enregistrées. L'âge moyen était de 31,4ans plus ou moins 6,2, avec les extrêmes de 15 à 47ans; le BMI moyen était 25,19 kg par m carré (17,1 à 44,2); les paucipares étaient majoritaires avec 48,3% suivies des primipares avec 28,5%; 93,1% des grossesses étaient à terme; 24% des femmes étaient transférées des centres périphériques; 59% des femmes étaient classées ASA I, la rachianesthésie a été pratiquée chez 109 patientes soit 94% (avec

3,4% d'échec); la péridurale 1,7% et l'anesthésie générale avec intubation 1,7%; 53% de césariennes ont été pratiquées en urgence; les indications maternelles prédominantes à 48,3%; l'incision de Pfannenstiel était pratiquée à 78%; la durée de l'intervention était en moyenne de 68,24 minutes et des extrêmes de 26 à 180 minutes; 95,7% des femmes ont bénéficié de l'héparino-thérapie préventive, l'analgésie est multimodale comprenant la morphine par voie intrathécale, le tramadol per os, l'ibuprofène per os et le paracétamol per os ont été utilisés dans 100% de cas, 3% des patientes ont présenté un prurit à cause de la morphine, l'incident peropératoire prédominant était l'hypotension artérielle dans 17,2% suivie de l'anxiété dans 8,6%; les complications postopératoires ont été: anémie décompensée (3,4%), infection pariétale (2,6%), 95,7% des femmes ont été autorisées à s'alimenter et à se mobiliser activement entre la 4^{ème} et la 8^{ème} heure post opératoire sans aucune complication, l'ablation de la sonde urinaire a été faite dans le même délai, les scores de douleur postopératoires étaient inférieurs à 4/10 pour l'EVA et il n'y pas eu besoin de recourir à la morphine en postopératoire. La durée de séjour hospitalier était inférieure ou égale à 5jours chez 92%. Aucune prolongation de la durée de séjour n'a pas été attribuée ni à la mobilisation active précoce, ni à l'alimentation. Un décès maternel a été enregistré soit 0.9%.

Mots-clés : réhabilitation postopératoire-césarienne- Centre Hospitalier Monkole

T14-9 Pronostic de l'hémorragie ante partum grave du troisième trimestre au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo au Burkina Faso

Lankoande Martin

Présentation : orale

Thème : Obstétrique

Orateur : Lankoande Martin. Email : m.hamtaani@gmail.com

Introduction : L'hémorragie est la principale cause de décès maternel liée à la grossesse. Le but de cette étude était d'évaluer le pronostic de l'hémorragie ante partum grave (HAPG) du troisième trimestre de la grossesse (Article Publié sur BMC Emergency 2017).

Patientes et méthodes : Il s'est agi d'une étude transversale avec collecte prospective des données sur 12 mois (1st février 2012 au 31 Janvier 2013) à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. L'hémorragie ante partum (HAP) regroupe l'hémorragie du pré partum (HPP) et l'hémorragie du per partum (HPeP) du troisième trimestre de la grossesse. L'hémorragie grave était définie par une perte sanguine ≥ 2000 ml ou une perte de 150ml/minutes, une perte de 50% du volume sanguin en 3heures, une chute de l'hémoglobine à 4g/dl, une transfusion $\geq$ Unités de sang, hémoglobine ≤ 6 g/dl, une hémorragie avec des signes d'instabilité hémodynamique (pouls ≤ 50 or ≥ 100 battements/min, hypotension artérielle, or choc hémorragique. Le décès était le paramètre pronostique.

Résultats: Durant la période d'étude 7469 femmes enceintes ont été admises en Obstétrique dont 1083 cas pour hémorragie sur grossesse. L'HAPG représentait 1,6% (n = 122) des motifs d'hospitalisations et 14,5% des hémorragies sur grossesse. L'âge moyen des femmes était de $27,8 \pm 6,9$ ans, la parité de $2,8 \pm 1,3$ et l'âge médian de grossesse de 37 semaines d'aménorrhée. Les femmes étaient évacuées d'autres services de santé dans 91,8% des cas. Un taux d'hémoglobine ≤ 6 g/dl était observé dans 82,8%.

Des complications observées étaient survenues dans 80,3% (n=98) à type d'aggravation de l'anémie dans 73,7% (n = 90), de sepsis dans 21,3% (n = 26) and de coagulation intravasculaire disséminée dans 3,2% (n = 4). Cent dix-huit décès ont été enregistrés dont dix-neuf cas liées à l'HAPG soit un taux de 15,6%. Quinze naissances prématurées (12,3%) ont été enregistrées avec 22 décès périnataux (18,3%). L'évacuation sanitaire (p = 0,04), l'altération de l'état de conscience (p = 0,004), la rupture utérine (0,0002) étaient liés à un mauvais pronostic materno-fœtal.

Conclusion : L'HAPG est une fréquente en obstétrique. Elle est la cause une morbi-mortalité materno-fœtale élevée. NB: Participation "Prix et concours " ;

Mots-clés : Hémorragie grave grossesse anté-partum troisième trimestre

References:

1. **Elizabeth Anderson**. Major obstetric haemorrhage – Clinical guideline for management. Royal Cornwall Hospitals NHS Trust, Human Resources Department, Knowledge Spa, Truro, Cornwall, TR1 3HD ; 6th March 2014

T14-10 Prise en charge de la pré-éclampsie sévère en réanimation

Amengle Albert Ludovic

Présentation : poster

Thème : Obstétrique

Orateur : Amengle Albert Ludovic. Email : ludovicamengle@yahoo.com

Introduction : L'hypertension artérielle représente la première complication médicale induite par la grossesse. La pré-éclampsie, principale entité de l'hypertension artérielle en grossesse complique 2-8% des grossesses selon l'OMS. C'est la troisième cause de décès maternels dans le monde après l'hémorragie et les infections. La pré-éclampsie sévère se définit par une hypertension grave avec PAS > à 160 mm Hg et/ou PAD >110 mm Hg, et une protéinurie > 3,5 g/j associées ou pas à un ou plusieurs des signes clinique suivants : douleurs épigastriques, nausées, vomissements, céphalées persistantes, hyper-réflexivité ostéo-tendineuse, troubles visuels. L'objectif de notre travail était d'évaluer la prise en charge de la pré-éclampsie sévère en réanimation.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude descriptive et prospective. Cette étude s'est déroulée sur cinq mois allant de Janvier 2017 à mai 2017 dans le service de réanimation de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé. Nous avons réalisé un échantillonnage consécutif et exhaustif. Etaient inclus dans notre étude, toute patiente admise dans le service de réanimation pour pré-éclampsie sévère ou pour complications de la pré-éclampsie sévère et ayant donné son consentement. Les informations étaient collectées à l'aide d'une fiche technique. Les données étaient analysées à partir du logiciel Epi info version 3.5.4 et Microsoft Office Excel 2013.

Résultats : Au total, quarante-cinq patientes étaient inclus dans notre étude. Les primipares (55,6%) dont l'âge étaient inférieure à 25 ans (55,5%) étaient les plus représentées. 17,77% de nos patientes avaient un antécédent soit de la pré-éclampsie soit de l'éclampsie. Le diagnostic dans 84,4% cas avait été posé en période anté-partum avec comme principale critère de gravité

l'élévation des chiffres tensionnels. Le mode d'accouchement était principalement la césarienne. La prise en charge s'est faite principalement par les antihypertenseurs : une monothérapie à base de la nicardipine dans 6,7% ; une bithérapie à base la nicardipine et l'alpha-méthyl dopa dans 75,5% ; une trithérapie basée sur la nicardipine, l'alpha-méthyl dopa et le labetolol dans 11,1%. Le sulfate de magnésium était le principal médicament anticonvulsivant. Les antalgiques, les anti-sécrétoires (la ranitidine), les antibiotiques (amoxicilline-acide clavulanique), les bas de contention, la prévention de l'anémie étaient prescrit systématiquement à toutes nos patientes. Les autres traitements à savoir : l'oxygénothérapie, la transfusion sanguine, la corticothérapie, les diurétiques et l'hémodialyse étaient fonction de l'état clinique des patientes. Les différentes complications notées. Durant l'hospitalisation, plusieurs complications étaient notées : l'IRA (6,7%), l'anémie (6,7%), l'éclampsie (4,4%) et le HELLP syndrome (4,4%). Bien que 82,2% de nos patientes soient sorties du service de réanimation sans séquelles, 6,7% sont sorties avec une rétinopathie hypertensive, 4,4% sont sorties avec une IRA et on a noté 4,4% de décès. Quant aux fœtus, on n'a noté 33,30% des prématurités, 31,1% retard de croissance intra-utérin, 13,3% de MFIU et 6,67% de décès néonataux.

Conclusion : L'amélioration du pronostic materno-fœtal dans la pré-éclampsie sévère repose essentiellement sur un diagnostic précoce, une prise en charge précoce et la disponibilité d'une équipe multidisciplinaire.

Mots-clés : Prise en charge Pré-éclampsie sévère Réanimation

T14-11 Mortalité maternelle dans la communauté urbaine de Niamey

Idrissa Rékia

Présentation : poster

Thème : Obstétrique

Orateur : Idrissa Rékia. Email : Idrissadela@Yahoo.fr

Introduction: La mortalité maternelle est très élevée dans nos pays en développement et les causes sont souvent évitables.

Méthodologie: Etude rétrospective sur 4 ans allant du 1 janvier 2010 au 31 décembre 2014. Etaient inclus les décès maternels survenus après l'admission dans une des maternités soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement ou au cours des 42 jours des suites de couche. Notre objectif est d'analyser les fréquences, les causes et ses déterminants.

Résultats: 434 décès maternels sur 156365 naissances vivantes soit un taux de mortalité maternelle de 277,5 pour 100 000 NV. Le taux le plus élevé de mortalité a été enregistré en 2011 avec 23,30% des cas. Parmi les cinq communes qui composent Niamey la commune II avaient enregistré le taux de mortalité le plus élevé. Cependant ces taux enregistrés pendant notre étude sont inférieurs à ceux enregistrés avant l'instauration de la gratuité de la césarienne en 2004. Les causes obstétricales

directes représentaient 63,40% de cas avec 30,1% de causes hémorragiques dont 17,2% d'hémorragies de la délivrance, suivies des causes hypertensives 17,7%, des cardiopathies 7,3% et des avortements provoqués compliqués 1,1% des cas. Les causes indirectes représentaient 46,3% dominées par l'anémie 20,7% et le neuropaludisme 6,2%. Les femmes jeunes de moins de 29 ans étaient les plus concernées avec un taux de 56,73% avec 53,6% de femmes non scolarisées. Le délai de survenue du décès après admission est de 5mn à 12 jours. 85,08% des décès étaient évitables.

Conclusion: La mortalité maternelle a diminué depuis l'instauration de la gratuité de la césarienne cependant beaucoup reste à faire. Sa réduction passerait par une réorganisation de la médecine peri-natale s'appuyant sur la prise en charge multidisciplinaire des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgences (SONU).

Mots clés: Mortalité maternelle – Niamey

T14-12 Anesthésie pour urgences obstétricales au CHU – Mère enfant le «Luxembourg» de Bamako

Touré Mamadou Karim

Présentation : poster

Thème : Obstétrique

Orateur : Touré Mamadou Karim. Email : mktml3@gmail.com

Introduction : les urgences obstétricales sont obstétricales parmi lesquelles la césarienne reste la plus fréquemment observée. Elle représente 15 à 25 % des naissances en France. Plus de 50% des césariennes se pratiquent en urgence d'où la nécessité de mettre en œuvre tous les moyens qui permettent d'aboutir à la naissance d'un enfant bien portant et de sauvegarder la vie de la mère. Le but de notre travail était de faire l'état des lieux des pratiques dans la prise en charge anesthésique des urgences obstétricales.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude rétrospective prospective descriptive sur la période de janvier 2011 à juillet 2016.

Résultats : sur un total de 6762 accouchements effectués, l'accouchement par césarienne a représenté 1 225/6762 soit un taux de 18,11%. Les urgences obstétricales ont représenté 862/6762. L'âge moyen des parturientes était de 29 ans (extrêmes 12- 46 ans), les primigestes ont représenté 620/1225. La césarienne en urgence a représenté 819/1225 des indications, suivie des HPP avec 43/1225. Parmi ces urgences 731 n'ont pas fait de CPN. La SFA a été l'indication majoritaire de la césarienne 368/819, suivie de la pré-éclampsie sévère 63 cas et de l'éclampsie 37cas. La rachianesthésie a été réalisée chez 995 parturientes. Les incidents préopératoires ont été dominés par l'hypotension artérielle. Nous avons enregistré

des procédures très fréquentes en anesthésie un cas d'OAP préopératoire d'évolution fatale. Les complications postopératoires immédiates ont été : l'hémorragie (05 cas), les lésions vésicales (02 cas), les céphalées post rachianesthésie (12 cas).La surveillance en milieu de réanimation a été effectuée chez 124 parturientes. Nous avons enregistré 3 décès maternels et 17 décès néonatal.

Conclusion : l'anesthésie pour urgences obstétricales est une anesthésie particulièrement délicate, cependant elle reste un moyen efficace pour réduire la mortalité maternelle et périnatale dans de nombreuses situations obstétricales. La collaboration multidisciplinaire couplée à l'utilisation des algorithmes décisionnels demeure un gage de sécurité.

Mots-clés : Urgences, anesthésie obstétrique

Références :

1. **Diouf E.** Contribution des anesthésistes
2. **Mahoungou-Guimbi Kc, Odzebe Asw et al.** Anesthésie au cours des urgences chirurgicales au CHU de Brazzaville, Congo. Rev Afr. Anesth Méd Urg 2011; 16: 16-22.
3. **Beye S, Djibo M, Faye S, Traore B, Goita D, Ouattara K et al.** La gratuité de la césarienne au Mali: évaluation de la prise en charge anesthésiologique dans un hôpital régional [résumé]. Rev Afr Anesth Méd Urg 2010 ; 14 : 13

Tous mes remerciements au comité d'organisation

T14-13 Analgésie péridurale pour le travail d'accouchement au CHU Gabriel Touré, Bamako.

Dicko Hammadoun

Présentation : orale

Thème : Obstétrique

Orateur : Dicko Hammadoun. Email : hammad276@yahoo.fr

Objectif : évaluer la faisabilité de l'analgésie péridurale pour le travail d'accouchement au CHU Gabriel Touré.

Malades et méthodes : étude prospective, transversale menée sur 3 mois du 1^{er} Aout au 31 Octobre 2016. Soixante parturientes consentantes en début de phase active du travail ont été réparties de façon aléatoire en 2 groupes. Le groupe I a reçu une dose initiale de 10 à 15 ml de mélange de bupivacaïne 0,125% + fentanyl 2µg/ml et le groupe II une dose initiale de 10 à 15 ml de mélange de ropivacaïne 0,2% + fentanyl 2µg/ml. Des réinjections discontinues de 8 à 10 ml du mélange choisi étaient effectuées à travers le cathéter péridural chaque fois que l'EVA était supérieure à 3 cm. Nous avons évalué la qualité et la durée de l'analgésie à travers les scores de la douleur selon l'échelle visuelle simple, le retentissement hémodynamique maternel et fœtal, le niveau du bloc moteur et l'incidence des évènements indésirables.

Résultats : L'âge moyen était de 26±18 ans avec des extrêmes de 16 ans et 41 ans. Les nullipares étaient majoritaires avec 46,67 %. Les comorbidités retrouvées étaient l'HTA dans 5 cas, l'asthme dans 3 cas et la drépanocytose dans 2 cas. Les parturientes de la classe ASAI étaient prédominantes avec 83%. Nous avons noté des évènements indésirables chez 11 parturientes. Les nausées et vomissements ont été les plus retrouvés chez 07 parturientes suivis de l'hypotension artérielle chez 2 parturientes. L'APD a duré entre 2h 30 et 3h 30 pour la majorité des parturientes du groupe I (56,67 %) et celle du groupe II (63 %). La majorité des parturientes étaient très satisfaite de l'APD avec 93 %.

Conclusion : l'analgésie péridurale pour l'accouchement normal est une technique réalisable dans notre pratique quotidienne.

Mots-clés : analgésie péridurale-accouchement- complications

T14-14 Prise en charge anesthésique des patientes éclampsiques au CHR Poudrière de Niamey.

Idrissa.R¹, Boukari .B.M¹, Karadji .S², Kokari. A.M¹

1. Service d'Anesthésie Réanimation CHR POUDRIERE
2. SAMU Niger

Présentation : orale

Thème : Obstétrique

Orateur : Idrissa.R. Email : idrissadela@yahoo.fr

Introduction : L'éclampsie est la complication majeure de la pré-éclampsie, elle peut débuter en pré, per ou post partum. Le traitement préconisé est l'évacuation utérine par voie basse ou par césarienne.

Méthodologie : Etude prospective sur 6 mois allant du 1^{er} juillet au 31 décembre 2015. Etaient incluses les patientes présentant une éclampsie admises au bloc opératoire pour césarienne. Les paramètres étudiés étaient l'âge, les valeurs tensionnelles péri-opératoires, le nombre de crises convulsives, l'état clinique, le protocole anesthésique utilisé et le délai entre l'induction anesthésique et l'extraction fœtale.

Résultats : 77 patientes césarisées ont été enregistrées. L'âge moyen des patientes était de 20 ans avec des extrêmes de 15 et 41 ans. La TA des patientes se situait entre 140/90 mmHg et 190/140 mmHg. Les motifs d'admission étaient des céphalées dans 79,2% de cas ; 61,7% avaient convulsé avant l'admission dont 18 cas de crises convulsives à répétition. Le sulfate de magnésium a été utilisé comme anti convulsivant. l'anti-HTA utilisé

était la nicardipine à 90,36%. 84,41% des patientes avaient été classé ASA 2-3 : La technique anesthésique la plus utilisée était l'anesthésie générale dans 71,42% de cas contre 22,07% de cas de rachianesthésie seule. 5 cas de rachianesthésie ont été converti en AG soit un taux de 6,5%. L'hypnotique le plus utilisé en AG était le thiopental dans 96,36% des cas. En rachianesthésie la bupivacaine a été le seul anesthésique local utilisé avec des adjuvants utilisés comme le fentanyl ou la morphine. Le délai moyen entre l'induction anesthésique et l'extraction foetale était de 10 min en AG et 7 minutes dans les cas de rachianesthésie et l'analgésie post opératoire débutée au bloc a été effective chez 100% des patientes opérées. Neuf décès maternels et sept décès néonataux ont été enregistrés.

Conclusion : L'éclampsie demeure un problème de santé publique dans nos pays. Malgré la vulgarisation de la prise en charge multidisciplinaire la mortalité maternelle et néonatale reste élevée.

T14-15 Pratique anesthésique pour urgences gynécologiques et obstétriques au CHU de Cocody

Mobio N'Kan Michael Paterne

Présentation : poster

Thème : Obstétrique

Orateur : Mobio N'Kan Michael Paterne

Objectif : Réaliser l'audit de la pratique anesthésique des urgences gynécologiques et obstétriques au CHU de Cocody.

Patients et méthodes : Etude prospective, descriptive et analytique portant sur les patientes admises au bloc opératoire des urgences gynéco-obstétricales sur une période de six mois (10 janvier au 10 juin 2016)

Résultats : Nous avons colligés 3486 patientes sur 7574 admissions soit 46,02%. La moyenne d'âge des patientes était de 27,3 ans avec des extrêmes de 15 et 45 ans. Parmi elle, 36,34% provenaient directement du domicile. Sur le plan professionnel ; le secteur informel était le plus représenté avec 75,07%. Le transport entre le domicile et l'hôpital n'était jamais médicalisé.

Les indications opératoires étaient la SFA (21,03%) et les métrorragies du premier trimestre (7,41%).

Les patientes ont bénéficié d'une CPA (99,39 %). Près de la moitié d'entre elles avait une classification ASA I u (45,40%). 73,46 % des anesthésistes étaient réalisées par les ISAR

seuls et L'ALR par rachianesthésie était le schéma anesthésique le plus réalisé (78,25%). La transfusion sanguine était pratiquée chez 7,5 % de notre population. Le délai de transfusion était supérieur à 120 min. le délai de prise en charge au bloc opératoire était de 30 min chez 1,35 % de notre population.

Sur le plan évolutif, le taux de décès était de 0,54 %. Le transfert en service de gynécologie était réalisé chez 97,56 % et 1,86 % des patientes étaient transférés en réanimation.

Pour la mère, la tranche d'âge [29-45], la provenance du domicile, les syndromes hémorragiques, les classes ASA III-IV, le long délai de transfusions et la prise en charge au bloc constituaient les facteurs de mauvais pronostics. ($P \leq 0,05$)

Conclusion : La pratique anesthésique au cours des urgences gynéco-obstétricales occupe une part très importante dans l'activité anesthésique au CHU de Cocody. La rachianesthésie demeure le schéma anesthésique le plus utilisé.

Mots-clés : anesthésie- Urgences gynéco-obstétricales

Thème 15

Ophthalmologie, ORL, stomatologie

1. Anesthésie pour chirurgie maxillo-faciale : expérience du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville
2. Prise en charge anesthésique des fentes labiales et palatines au cours d'une mission humanitaire a l'hôpital Matlaboul Fawzaini de Touba

T15-1 Anesthésie pour chirurgie maxillo-faciale : expérience du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville

Mouguiama Rose Marlene

Présentation : poster

Thème : stomatologie

Orateur : Mouguiama Rose Marlene. Email : rosemarlene87@yahoo.fr

Objectifs : décrire la pratique anesthésique dans le cadre de la chirurgie maxillo-faciale au bloc polyvalent du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville.

Patients et méthode : il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive sur une période de 52 mois allant du 1er janvier 2012 au 30 avril 2016. Etaient inclus les patients opérés pour chirurgie maxillo-faciale. Les caractères sociodémographiques, les indications chirurgicales, les techniques anesthésiques utilisées, les incidents et accidents ont été les paramètres étudiés.

Résultats : 137 patients dont 85 hommes (61,6%) et 52 femmes (38,4%) étaient opérés dans le cadre de la chirurgie maxillo-faciale. L'âge moyen était de $27,6 \pm 16,8$ ans. L'étiologie traumatique représentait 49,6% des indications chirurgicales. L'anesthésie était générale avec intubation orotrachéale dans 47,4% des cas et nasotrachéale dans 43,8% des cas.

L'intubation avait été difficile dans 17,5% des cas. L'utilisation du Fastrach® avait été nécessaire chez un patient (0,7%). Un packing était posé chez 10 patients (7,3%). Des blocs périphériques analgésiques étaient pratiqués chez 15 patients (10,9%). La durée moyenne des interventions était de $128,9 \pm 80,6$ min. 6,6% des patients étaient transférés en réanimation.

Conclusion : les hémorragies per et post-opératoires, le contrôle des voies aériennes et la douleur post-opératoire sont les préoccupations majeures en chirurgie maxillo-faciale. Les techniques utilisées permettent d'assurer une prise en charge adéquate du patient.

Mots-clés : Chirurgie traumatologique
Intubation nasotrachéale
Bloc périphérique analgésique

T15-2 Prise en charge anesthésique des fentes labiales et palatines au cours d'une mission humanitaire a l'hôpital Matlaboul Fawzaini de Touba

Gaye Ibrahima

Présentation : orale

Thème : stomatologie

Orateur : Gaye Ibrahima

Introduction

Les retards diagnostique et thérapeutique souvent liés à la pauvreté et à la rareté de l'information sur ces malformations restent parmi les défis majeurs à relever. La prise en charge anesthésique est confrontée à un risque non négligeable d'intubation difficile et de complications respiratoires.

Objectif : rapporter les données épidémiologiques, thérapeutiques et évolutives de cette première expérience de la prise en charge anesthésique des fentes naso-labiales dans le cadre d'une mission humanitaire à l'hôpital Matlaboul Fawzaini de Touba.

Patients et méthodes Les patients ont été sélectionnés par le chirurgien après une première consultation dans la limite du nombre de cures prévues (30 patients) pourvu qu'ils présentent une fente labiale ou palatine sans autre pathologie susceptible de majorer le risque de complication. Ensuite tous les patients ont été vus en consultation pré-anesthésique par un médecin anesthésiste réanimateur où un examen clinique était fait associé ou non à un bilan biologique et ou radiologique en fonction du terrain. Tous les patients ont été revus en visite pré anesthésique la veille de l'intervention à la recherche d'un élément nouveau pouvant faire reporter la chirurgie. Au bloc tous les patients avaient bénéficié d'un monitoring standard (PNI, électro-cardioscope, oxymétrie de pouls) et de la mise en place d'une voie veineuse périphérique avant ou après l'induction en fonction de l'âge. Après la chirurgie tous les patients recevaient avant l'extubation une analgésie multimodale : analgésie systémique (paracétamol et anti-inflammatoire) et un bloc analgésique avec la bupivacaïne 0,25% (bloc maxillaire ou infra orbitaire en fonction du geste chirurgical). En post opératoire l'intensité de la douleur était évaluée à HO, H1, H3 et H6 après l'extubation par l'échelle de CHEOPS ou l'EVA.

Résultats Vingt-six patients ont été programmés pour la mission. Vingt-quatre patients ont été opérés et 2 récusés pour un problème de temps. Seize étaient de sexe féminin et 8 de sexe masculin (sex ratio = 0,5). L'âge médian était de 42 mois [1 mois ; 30 ans]. Le poids moyen était de 18,6 kg [3 ; 72kg]. Onze patients (45,83%) présentaient une fente labiale, 8 (33,33%) avaient une fente palatine et 5 (20,83%) une fente labio-palatine. Aucune malformation associée n'a été retrouvée chez nos patients. Le taux d'hémoglobine et la crase sanguine étaient normaux chez tous nos patients. Deux patients avaient des critères d'intubation difficile. Quatorze patients étaient de la classe ASA 1 et 10 de la classe ASA 2. Nous avons réalisé une induction inhalatoire chez 71% des patients. Comme geste chirurgical il a été réalisé : 12 chéiloplasties, 9 palatoplasties et chéiloplasties avec palatoplasties. Aucun incident en per opératoire n'était survenu. La durée moyenne de la chirurgie était de 85,87 min [30 ; 235min]. Aucune complication n'avait eu lieu pendant l'extubation ni en post-opératoire. Tous les patients avaient bénéficié d'une analgésie systémique (paracétamol et acide niflumique ou tramadol) en plus d'un bloc maxillaire ou infra orbitaire analgésique. Les valeurs moyennes de l'évaluation de la douleur par l'échelle de CHEOPS étaient de 6, 6 et 5 respectivement au réveil, à la 1^{ère} puis à la 2^{ème} heure.

Conclusion : Les fentes labiales et palatines sont des malformations non exceptionnelles dans notre contexte. Elles sont surtout confrontées à un retard de prise en charge car souvent en attente de missions humanitaires faute de moyens financiers. Leur prise en charge anesthésique peut être difficile du fait des complications qui ne sont pas rares, en particuliers celles respiratoires.

Mots-clés : anesthésie fentes naso-labiales

Thème 16

Orthopédie, traumatologie

1. Prise en charge des polytraumatisés en réanimation d'un hôpital à vocation traumatologique : le Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo (CHUO)
2. Profil épidémiologique des accidents de trafic routier par moto-taxi à l'hôpital de l'Amitié sino-congolaise
3. Profil et facteurs prédictifs de mortalité du traumatisé grave dans la ville de Kinshasa.
4. Prise en charge préhospitalière des patients traumatisés admis aux urgences du CHU de Cocody

T16-1 Prise en charge des polytraumatisés en réanimation d'un hôpital à vocation traumatologique : le Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo (CHUO)

Sagbo Ada V.L

Présentation : poster

Thème : Orthopédie, traumatologie

Orateur : Sagbo Ada V.L. email : L.william_f@me.com

Introduction : le polytraumatisé, après réalisation du bilan lésionnel, se définit comme tout patient atteint d'au moins deux lésions dont l'une au moins engage le pronostic vital. Sa prise en charge est encore peu organisée dans notre contexte.

Patients et méthode : il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive. Elle portait sur les polytraumatisés admis en réanimation du CHUO du 1^{er} Mai 2016 au 30 Juin 2017. Ont été inclus tous les patients ayant au moins deux lésions traumatiques dont une au moins mettait en jeu le pronostic vital. Les paramètres étudiés étaient l'âge, le sexe, les causes de traumatisme, la nature des lésions, les délais de prise en charge, les soins reçus en réanimation et l'évolution. La gravité du polytraumatisme était évaluée par L'Injury Severity Score (ISS).

Résultats : deux cent cinquante-six patients ont été admis en réanimation dont 46 traumatisés graves parmi eux 18 polytraumatisés soit 7%. L'âge moyen des patients était de 29,8±9,2ans. La prédominance était masculine dans 83% des cas. Les accidents de la voie publique (83%) étaient la cause la plus fréquente. Les détresses respiratoire (31,5%), neurologique (68,2%) et hémodynamique (41,1%) étaient retrouvées. L'ISS moyen était de 17.3. La prise en charge variait selon les indications et comprenait : une intubation avec ventilation mécanique (61%), l'usage de catécholamines (28%), une osmothérapie (72%), une transfusion sanguine (44%). Neuf décès avaient été retrouvés.

Conclusion : dans notre contexte, l'absence de prise en charge médicalisée pré hospitalière et la gravité propre des lésions grèvent le pronostic

Mots-clés : Polytraumatisés Réanimation CHUO

T16-2 Profil épidémioclinique des accidents de trafic routier par moto-taxi à l'hôpital de l'Amitié sino-congolaise

Kabwe Benjamin, MBOMBO Wilfrid

Présentation : poster

Thème : Orthopédie, traumatologie

Orateur : Mbombo Wilfrid email : pwmbombo@yahoo.fr

Objectif : déterminer le profil épidémiologie et cliniques des victimes des accidents par moto-taxi.

Matériels et méthodes : étude descriptive transversale réalisée à la salle des urgences de l'hôpital de janvier 2014 à décembre 2016. Les variables étudiées ont été : âge, sexe ; mécanismes et types d'accident, Glasgow à l'admission, type des lésions traumatiques, délai d'arrivée à l'hôpital, mode de transport pour arriver à l'hôpital, issue.

Résultats : 142 patients ont été admis dont 111 (77,16%) âgés de 15 à 44 ans, le sexe masculin prédominait avec 71%, la victime était passager (40,8%), conducteur (35,2%), piéton (23,9%). Le type d'accident était auto-moto (43%) moto-piéton (25,4%), dérapage de la moto (16,2%) moto-moto (7%), moto-autres (7%). Les facteurs favorisant l'accident étaient : excès de vitesse (28,9%), mauvais dépassement (12,7%), alcoolisme et panne 1,4% chacun. Le GCS était supérieur à 8 chez 119 (83,8%), 42 patients avaient des lésions crânio-encéphaliques, 32 lésions maxillo-faciales, 81 lésions des membres, 20 traumatismes thoraciques, 7 traumatismes vertébro-médullaires, 3 traumatismes abdominaux, 28 polytraumatismes. Le délai d'admission était de : moins de 24h 106 patients ; entre 24 et 48 h, 12 patients ; plus de 48 h, 21 patients. La prise en charge initiale était médicale dans 66% et chirurgicale dans 34%. Seulement 1% des patients a bénéficié d'un transport médicalisé. 12 patients soit 8.8% sont décédés, 126 sont sortis et 4 ont disparu.

Conclusion : Le phénomène moto-taxi et les traumatismes qui en résultent constituent probablement un problème de santé publique sur lequel les autorités doivent se pencher.

Mots-clés: accidents trafic routier moto-taxi

T16-3 Profil et facteurs prédictifs de mortalité du traumatisé grave dans la ville de Kinshasa.

Nsiala John, NSUMBU Thierry

Présentation : orale

Thème : Orthopédie, traumatologie

Orateur : Nsumbu Thierry. Email : drthierrysumbu1@gmail.com

Objectif : analyser le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des traumatisés graves dans notre ville afin d'identifier les facteurs de risque de mortalité dans notre milieu.

Matériel et méthodes Il s'agit d'une étude multicentrique de cohorte rétrospective, incluant tous les patients admis en réanimation et/ou soins intensifs pour traumatisme grave entre le premier janvier 2009 et le 31 décembre 2014 dans l'un des quatre hôpitaux sélectionnés de la ville de Kinshasa. Les données étudiées étaient : les caractéristiques démographiques, les circonstances de l'accident, le type de secours pré-hospitalier (médicalisé ou non médicalisé), le mode d'admission (primaire ou secondaire), le délai d'arrivée à l'hôpital, les paramètres cliniques à l'admission, le segment corporel atteint, le bilan paraclinique réalisé, les gestes médico-chirurgicaux entrepris durant les premières 48 heures ainsi que le devenir des patients. Une analyse descriptive a été réalisée pour caractériser l'ensemble de la population de l'étude. Les variables quantitatives continues à distribution gaussienne ont été présentées comme moyenne $\pm$ écart type. Les variables qualitatives ont été décrites sous forme de fréquence relative (%). Pour rechercher les facteurs associés au décès, une analyse uni- et multivariée a été utilisée. Le risque de décès sur ces facteurs était évalué grâce au calcul de l'Odd ratio ajusté (OR) et son intervalle de confiance. Le seuil de signification statistique retenu était $p \leq 0,05$.

Résultats Au total, 195 patients ont été inclus dans cette étude. L'âge moyen était de $38,8 \pm 14,6$ ans avec une nette prédominance masculine (sex ratio = 3/1). Nous avons recensé 117 cas (90,8%) d'AVP, 16 cas (8,2%) de chute d'une hauteur et 2 cas (1%) d'agression par arme blanche. Dans cette série, aucun patient

n'a bénéficié d'un secours préhospitalier médicalisé. Le taux d'admission primaire était de 24,1 % et le délai entre la survenue du traumatisme et l'arrivée à l'hôpital était de $19,2 \pm 3,6$ h (extrêmes de 1 à 48h). La plupart des patients avaient un traumatisme crânien (82,6%) et/ou thoracique (67,1%). A l'admission, 168 patients (86,2%) étaient comateux, 82 patients (42,1 %) présentaient une détresse respiratoire et 35 patients (17,9%) étaient en choc hémorragique. Le Score RTS était inférieur à 10 chez 42 patients. La mortalité en réanimation était de 73,3%.

Cinq facteurs prédictifs indépendants associés à un mauvais pronostic ont été identifiés: l'âge ≥ 65 ans (OR : 3,23 ; 95 % IC : 1,1 - 9,0).

Conclusion

Plusieurs facteurs liés au profil de nos patients expliquent en grande partie la surmortalité observée dans cette étude : absence de prise en charge préhospitalière, délais de prise en charge hospitalière trop longs, forte proportion des traumatisés avec atteinte crânio-encéphalique ou thoracique, absence de « trauma center » de niveau 1 dans toute la ville, absence de filière de soins et enfin absence de couverture sanitaire universelle. L'âge avancé > 65 ans, les paramètres physiologiques à l'admission (GCS ≤ 8 , SpO2 inf à la normale).

Mots-clés : Traumatisé grave Facteurs pronostiques Kinshasa

Références:

1. Haagsma J, Graetz N, Bolliger I, Naghavi M, Higashi H, Mullany E and al. The global burden of injury: incidence, mortality, disability-adjusted life years and time trends from the Global Burden of Disease study 2013. *Inj Prev*.2016 Feb; 22(1): 3

T16-4 Prise en charge pré-hospitalière des patients traumatisés admis aux urgences du CHU de Cocody

N'Guessan Y.F, Ouattara A, Abhé CM, Coulibaly KT, Mobio MP, Nétro D, Eniegue O, Tetchi Y, Brouh Y.

Présentation : poster

Thème : Orthopédie, traumatologie

Orateur : N'guessan Yapi Francis

Objectifs Evaluer de la prise en charge pré-hospitalière des traumatisés admis aux urgences chirurgicales.

Matériels et méthodes Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et analytique portant sur une série de 1000 cas colligés à partir des informations recueillies à l'interrogatoire du patient et/ou des accompagnants en salle d'admission sur une période de 8 mois allant du 15 Août 2013 au 15 Avril 2014. Ces données ont été enregistrées sur une fiche d'enquête préétablie et individuelle pour chaque patient (voir annexe). Les variables recherchées étaient: Epidémiologiques, Cliniques, La prise en charge, Délai d'admission.

Résultats Il ressort de cette étude que les urgences traumatologiques représentent 85% des urgences chirurgicales avec comme victimes principales les adolescents et les adultes jeunes (âge moyen 30 ans), avec une prédominance masculine (sex-ratio de 2,62) et une prédominance des élèves et étudiants (27,1%) et du secteur libéral (23,2%). La majorité des patients provenaient du lieu de l'accident (91,6%) avec pour étiologie principale les accidents de la voie publique (AVP) (59,9%). 39,94% des victimes présentaient des traumatismes de l'appareil

locomoteur associé à un état de choc (6,7%), une détresse respiratoire (4,8%) et une altération de l'état de conscience (5,8%). La majorité des traumatisés (98,7%) étaient évacués sans assistance médicale avec un délai moyen d'admission de 5±13H. Le type de transport était lié à la cause de l'accident (P=0,0000) et non à l'état clinique de la victime (état de choc P=0,34, trouble de la conscience P= 0,36, et détresse respiratoire P= 0,42) à l'analyse statistique

Conclusion La prise en charge pré-hospitalière des urgences traumatologiques constitue un véritable défi dans notre pays, eu égard au nombre croissant des urgences traumatologiques qui touchent la population productive avec des lésions de plus en plus grave d'une part et d'autre part le nombre limité d'infrastructures et le manque de coordination de la stratégie de prise en charge en milieu pré-hospitalier et hospitalier. Une volonté politique de restructuration et d'équipement du système de prise en charge préhospitalière, sans négliger les services d'accueil des urgences, pourrait permettre de relever ce défi.

Mots-clés: BPCO Pick Flow Exacerbation

Thème 17

Pathologies circonstancielle, brûlures, toxicologie

- 1.** Facteurs prédictifs précoces d'insuffisance rénale aigue chez les brûlés graves

T17-1 Facteurs prédictifs précoces d'insuffisance rénale aiguë chez les brûlés graves

Sama D. Hamza

Présentation : orale

Thème : Pathologies circonstanciées, brûlures, toxicologie

Orateur : Sama D. Hamza. Email : hamzasama@hotmail.com

Objectif: déterminer les facteurs prédictifs d'insuffisance rénale aiguë (IRA) chez les brûlés graves sous ventilation mécanique

Patients et méthodes: nous avons mené une étude rétrospective sur trois ans portant sur l'analyse des dossiers des patients brûlés graves hospitalisés au centre de traitement des brûlés de l'hôpital Saint Louis à Paris. La classification KDIGO 2012 de l'IRA a été utilisée. Tous les patients âgés de plus de 18 ans; admis directement ou dans les 12 heures qui suivent la brûlure, hospitalisés en réanimation et présentant des critères d'intubation avec mise sous ventilation mécanique ont été inclus

Résultats: sur notre période d'étude, quatre-vingt-neuf patients ont été inclus avec une prévalence de l'IRA à 37% en utilisant KDIGO.

En tenant compte du recours à l'épuration extra rénale, la gravité initiale du brûlé (p inférieure à 0,001), la créatininémie à H0 (p inférieure à 0,001) et l'inhalation de fumées d'incendie ($p=0,017$) semblent prédire la survenue de l'IRA avec instauration d'une épuration extra rénale chez le brûlé grave. L'analyse de la corrélation entre la gravité initiale du brûlé et la survenue d'IRA selon cette classification donne une valeur de $p=0,09$

Conclusion: aucun facteur prédictif précoce d'insuffisance rénale aiguë précoce chez le brûlé grave n'a été retrouvé dans notre étude

Mots-clés : insuffisance rénale aiguë, brûlure grave, facteurs prédictifs précoces

Thème 18

Pédiatrie

1. Pratique de l'antibioprophylaxie en chirurgie pédiatrique au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville
2. Evaluation de la sécurité en anesthésie pédiatrique dans un hôpital régional au Gabon
3. Anesthésie pédiatrique au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio (CHU) de Lomé (Togo)
4. Anesthésie de l'enfant au Centre Hospitalier Régional de Kaya: état des lieux
5. Anesthésie pour chirurgie de la fente labio-palatine
6. La mortalité maternelle dans la communauté urbaine de Niamey

T18-1 Pratique de l'antibioprophylaxie en chirurgie pédiatrique au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville

Otiobanda Gilbert Fabrice

Présentation : orale

Thème : Pédiatrie

Orateur : Otiobanda Gilbert Fabrice. Email : otiobandagilbertfabrice@yahoo.f

Objectif: évaluer la pratique de l'antibioprophylaxie en chirurgie pédiatrique au CHU-B.

Matériels et méthodes : Il s'est agi d'une étude rétrospective, descriptive, d'une durée de 12 mois (janvier 2013-décembre 2013), réalisée au bloc opératoire du CHU-B. Tous les patients opérés en chirurgie pédiatrique pour une chirurgie programmée ont fait partie de l'étude. Les paramètres analysés étaient : classe ASA, classe Altemeier, durée de chirurgie, type d'antibiotique administré, moment d'administration et de réinjection de l'antibiotique.

Résultats : Au total 216 dossiers ont été analysés. L'âge moyen était de $7,57 \pm 5,03$ ans. La classe ASA I était la plus représentée dans 94,9% des cas. L'anesthésie était générale dans 88,9% des cas. Les chirurgies étaient classées Altemeier I dans 68,1% des cas, Altemeier II et III dans 26,9% et 5% des cas respectivement. L'antibioprophylaxie était faite dans 51,4% des cas. Les antibiotiques les plus utilisés étaient le cefuroxime dans 42,3% des cas et le ceftriaxone dans 28,8% des cas. Dans 20,7% des cas l'antibiotique était administré après l'incision chirurgicale. Il n'y a pas eu de réinjection. La durée moyenne de la chirurgie était de $99,94 \pm 46,36$ minutes. L'antibioprophylaxie était non justifiée dans 45,1% des cas.

Conclusion: Dans près de la moitié des cas l'antibioprophylaxie n'était pas conforme aux recommandations. Un consensus entre chirurgiens et anesthésistes doit être trouvé afin d'élaborer des protocoles nationaux pour l'antibioprophylaxie en chirurgie pédiatrique.

Mots-clés : antibioprophylaxie chirurgie pédiatrie

T18-2 Evaluation de la sécurité en anesthésie pédiatrique dans un hôpital régional au Gabon

Nze Obiang Pascal Christian

Présentation : orale

Thème : Pédiatrie

Orateur : Nze Obiang Pascal Christian. Email : nzepascal@gmail.com

Introduction: Les particularités anatomophysiologiques et les profils pharmacologiques des drogues anesthésiques chez l'enfant font la spécificité de l'anesthésie pédiatrique en termes de sécurité périopératoire. Sa pratique est délicate dans des structures hospitalières non spécialisées. Notre étude évalue la sécurité en anesthésie pédiatrique au Centre Hospitalier Régional de l'Estuaire-Mélen.

Patients et méthode : Sur une étude rétrospective et descriptive de mai 2014 à mars 2017. Les dossiers des patients ayant bénéficié d'une anesthésie pédiatrique ont été analysés du point de vue socio-démographique, clinique, anesthésiologique et évolutif.

Résultats : Deux cent cinq patients ont été inclus. La chirurgie viscérale représentait 85,4% et les urgences chirurgicales 11,7%. L'âge moyen était de 6,5 ans. Le sex-ratio était de 3,5. Les patients étaient classés ASA I dans 98%. Un médecin anesthésiste était présent pour tout patient de moins de 12 ans (76,1%). L'oxymètre de pouls et l'électrocardioscope constituaient l'essentiel du monitoring périopératoire. L'anesthésie était générale dans 91,7% et locorégionale dans 8,3% des cas. Les indications chirurgicales concernaient la chirurgie périphérique. Un laryngospasme et deux retards de réveil ont été relevés.

Conclusion : Dans les hôpitaux non spécialisés, la médicalisation de l'anesthésie pédiatrique permet de garantir une sécurité périopératoire dans le cadre de la chirurgie viscérale périphérique, avec un monitoring limité.

Mots-clés : anesthésie pédiatrique sécurité anesthésique hôpital régional

T18-3 Anesthésie pédiatrique au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio (CHU) de Lomé (Togo)

Tomta Kadjika

Présentation : orale

Thème : Pédiatrie

Orateur : Tomta Kadjika

Objectif: Évaluer la pratique anesthésique pour chirurgie pédiatrique au CHU Sylvanus Olympio de Lomé.

Patients et méthode: Étude rétrospective descriptive, de janvier à décembre 2013. Les dossiers des patients de moins de 15 ans opérés dans les blocs de chirurgie pédiatrique, ORL, ophtalmologique, du CHU SO ont été inclus. Outre les données sociodémographiques, les paramètres étudiés étaient les aspects cliniques, anesthésiologique et évolutifs.

Résultats: Quatre cent quatre-vingt-sept patients ont été opérés durant cette période. La chirurgie viscérale (34,08%), ORL (26,3%), et traumatologique (20,1%) ont été les plus pratiquées. La chirurgie a été réglée dans 71,5% des cas. Les patients étaient classés ASA I (82,4%), et ASAII/ASAIII (14%). L'anesthésie a été majoritairement réalisée par un technicien anesthésiste (83,8%). Le monitoring a utilisé essentiellement l'oxymètre de pouls (tous les patients), et le stéthoscope précordial (81,7%). L'anesthésie a été générale dans 97,5% des cas

(dont 8% associée à un bloc caudal), et rachidienne dans 2,4%. Les principaux produits d'anesthésie générale utilisés étaient le propofol (74,9%), le fentanyl (84%), et l'halothane (85,2%). L'induction a été inhalatoire (11,5%), intraveineuse (32,6%), ou combinée inhalatoire et intraveineuse (55%). Lors des AG, le contrôle peropératoire des voies aériennes supérieures a été assuré par intubation oro-trachéale (82%), masque facial (17,5%), et canule de trachéotomie (3%). La ventilation a été contrôlée manuelle (43,1%), contrôlée mécanique ou spontanée (19,3%). Les complications ont été respiratoires (9%), ou cardiaques (1,8%). Cinq décès ont été enregistrés.

Conclusion: L'anesthésie pour chirurgie pédiatrique est gravée d'une lourde mortalité; en cause un monitoring encore insuffisant, une médicalisation insuffisante de la prise en charge, un état souvent précaire des patients en urgence.

Mots-clés : Anesthésie Pédiatrie CHU Togo

T18-4 Anesthésie de l'enfant au Centre hospitalier régional de Kaya: état des lieux

Sapo CWW¹, Lankoandé M¹, Ki BK², Kaboré RAF¹

1. *CHU/Yalgado Ouédraogo*
2. *CHUP/Charles De Gaulle*

Présentation : orale

Thème : Pédiatrie

Orateur : Sapo Christian Wendy. Email : sapo@yahoo.com

Objectif : décrire la pratique de l'anesthésie pédiatrique au sein d'un hôpital régional au Burkina Faso.

Matériel et méthode: Il s'est agi d'une étude transversale descriptive sur trois mois (1er Juillet au 30 Septembre 2016) au CHR de Kaya. Elle portait sur les infirmiers anesthésistes, le matériel, les infrastructures et sur les enfants de moins de 15 ans ayant bénéficié d'une anesthésie.

Résultats: Au cours de la période, 38 cas d'anesthésies pédiatriques sur 142 patients ont été colligés soit une fréquence de 26,8%. Le sex-ratio était de 2,2 et l'âge moyen des patients était de 7,2±4,3 ans. Les patients étaient classés ASA 1 dans 76,3% des cas. La chirurgie réglée prédominait (55,3%). La chirurgie digestive était la plus pratiquée (65,8%) et la péritonite représentait 34,2% des pathologies. L'anesthésie générale était la technique la plus pratiquée (97%) et l'induction intraveineuse prédominait (73%). Le propofol était

l'hypnotique le plus utilisé (67,6%). L'halothane était l'agent anesthésique le plus utilisé pour l'entretien anesthésique (94,3%). L'intubation trachéale a été réalisée dans 62,1% des anesthésies générales. Les patients ont bénéficié d'une ventilation mécanique assistée dans 70,3% des cas. L'incidence des complications post opératoires était de 68,4% et les infections dominaient (46,2%) ces complications. La mortalité était de 2,6% (un décès). Par ailleurs l'étude a révélé que l'anesthésie pédiatrique était une pratique occasionnelle pour les infirmiers anesthésistes (moins de 100 anesthésies par an et par anesthésiste) dont la formation initiale et continue en la matière n'était pas optimale. En outre le matériel et les infrastructures n'étaient pas spécifiques à l'anesthésie de l'enfant.

Conclusion: La formation du personnel et la dotation en matériel et infrastructures adéquats constituent les mesures correctives immédiates pour ce centre.

T18-5 Anesthésie pour chirurgie de la fente labio-palatine

Amadou Magagi

Présentation : orale

Thème : Pédiatrie

Orateur : Amadou Magagi. Email : magamadou@yahoo.fr

Introduction : La fente labiale est une malformation résultant d'une anomalie dans le développement de la face. Ce terrain prédispose à une intubation difficile et deux maîtres mots doivent être à l'esprit durant toutes les étapes de cette anesthésie: rigueur et vigilance.

Matériel et méthode: L'étude s'est déroulée au centre de chirurgie de la fente labio-palatine. Tous les patients de 0 à 15 ans admis au centre étaient inclus. Les variables étudiées étaient les données épidémiologiques, la classe ASA, les drogues anesthésiques, les complications et le devenir des patients.

Résultats: au cours de la période d'étude soixante patients âgés de 0 à 15 ans ont été recensés. L'âge moyen était de 47 mois avec des extrêmes de 3 mois et 13 mois. Le sexe ratio était de 1,5. En moyenne 10 à 15 patients étaient opérés chaque mois. Les patients étaient sans antécédents particuliers dans 91% des cas. La classe ASA I représentait 85% des cas. L'anesthésie générale avec intubation oro-trachéale à l'aide d'une sonde à ballonnet était la règle et le circuit anesthésique était adapté à l'enfant. Les drogues anesthésiques

utilisées étaient le propofol, le fentanyl, le fluothane et le suxaméthonium. Le monitoring était composé d'un dispositif de prise de : pression artérielle non invasive, la saturation en oxygène, la capnographie, l'électrocardiogramme et des bruits du cœur par stéthoscope précordial. La ventilation était mécanique et la durée moyenne de l'intervention était de 180 minutes. Le réveil et l'extubation étaient faits sur table, la surveillance post opératoire a été faite en salle de soins post interventionnelle. L'analgésie post opératoire a été faite sur un protocole associant paracétamol injectable, néfopam et/ou nalbuphine. Un cas de collapsus cardiovasculaire en per opératoire a été le seul événement indésirable répertorié. L'évolution a été favorable pour tous les patients.

Conclusion: L'anesthésie pour chirurgie de la fente labio-palatine pourrait se faire sans complications à condition qu'elle se déroule dans une structure adaptée à l'enfant et qu'elle soit réalisée par un personnel expérimenté et mettant à jour ses connaissances.

T18-6 La mortalité maternelle dans la communauté urbaine de Niamey

Idrissa R¹, Nafiou Idi¹, Boukari .B.M¹, Adamou.K², Madou.C.H¹

1. *Service d'Anesthésie Réanimation CHR POUDRIERE*
2. *Service d'Anesthésie Réanimation MATERNITE ISSAKA GAZOBI*

Présentation : poster

Thème : Pédiatrie

Orateur : Idrissa R. Email : email : idrissadela@yahoo.fr

Introduction: La mortalité maternelle est très élevée dans nos pays et les causes sont souvent évitables.

Objectif : analyser les fréquences, les causes et ses déterminants

Méthodologie: Etude rétrospective sur 4 ans allant du 1 janvier 2010 au 31 décembre 2014. Etaient inclus les décès maternels survenus après l'admission dans une des maternités soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement ou au cours des 42 jours des suites de couche.

Résultats: 434 décès maternels sur 156365 naissances vivantes soit un taux de mortalité maternelle de 277,5 pour 100 000 NV. Le taux le plus élevé de mortalité a été enregistré en 2011 avec 23,30%. Parmi les cinq communes qui composent Niamey la commune II avait enregistré le taux de mortalité le plus élevé. Cependant ces taux enregistrés pendant notre étude sont inférieurs à ceux enregistrés avant l'instauration de la gratuité de la césarienne en

2004. Les causes obstétricales directes représentaient 63,40% des cas avec 30,1% de causes hémorragiques dont 17,2% d'hémorragies de la délivrance, suivies des causes hypertensives 17,7%, des cardiopathies 7,3% et des avortements provoqués compliqués 1,1% des cas. Les causes indirectes représentaient 46,3% dominées par l'anémie 20,7% et le neuropaludisme 6,2%. Les femmes jeunes de moins de 29 ans étaient les plus concernées avec un taux de 56,73% avec 53,6% de femmes non scolarisées. Le délai de survenue du décès après admission est de 5mn à 12 jours. 85,08% des décès étaient évitables

Conclusion: La mortalité maternelle a diminué depuis l'instauration de la gratuité de la césarienne cependant beaucoup reste à faire. Sa réduction passerait par une réorganisation de la médecine périnatale s'appuyant sur la prise en charge multidisciplinaire des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgences (SONU).

Mots-clés : Mortalité maternelle Niamey

Thème 19

Rein, urologie

1. Prise en charge de l'insuffisance rénale aigue grave en réanimation expérience de l'HIA OBO
2. Complications rénales au cours des urgences obstétricales en réanimation au CHU de Yopougon
3. Admission des patients hémodialysés en réanimation dans un hôpital de référence au Cameroun : analyse des indications d'admission et du pronostic.

T19-1 Prise en charge de l'insuffisance rénale aigue grave en réanimation expérience de l'HIA OBO

Okoué Ondo Raphael

Présentation : orale

Thème : Rein, urologie

Orateur : Okoué Ondo Raphael. Email : raphaelokoue@gmail.com

Introduction : L'insuffisance rénale aigue est un problème de santé publique majeur, aussi bien dans les pays développés que dans les pays en voie de développement. Reconnu comme étant un facteur indépendant de mortalité en réanimation, nous avons réalisé une étude au sein du service de réanimation de l'Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba pour évaluer les modalités de prise en charge et le profil épidémiologique des patients insuffisants rénaux.

Matériels et méthodes: Etude rétrospective sur une période de 40 mois (janvier 2014-Avril 2017) incluant les patients admis en réanimation classifiés AKIN 3

Résultats: 31 cas ont été colligés. La majorité des patients venaient du Service d'Accueil des Urgences. Les motifs d'admission les plus fréquents étaient l'instabilité hémodynamique (25,8%) ; le Paludisme grave (19,35%) et les troubles de conscience (16;13%). La moyenne d'âge dans notre série était de 46 ans environ, avec un sex ratio de 2,1. Le recours à l'épuration extra-rénale s'est fait dans 25 cas, indiqué surtout devant une hyperkaliémie menaçante (50%), une anurie (22%), l'encéphalopathie urémique (17%) et l'œdème aigu du poumon (11%).

La mortalité globale était de 67,74%.

Conclusion : L'insuffisance rénale aigue reste grevée d'une forte mortalité malgré les progrès dans la connaissance de sa physiopathologie et de la prise en charge de ses complications. Le recours précoce à l'épuration extra-rénale est encore difficile chez des patients trop instables pour rejoindre une unité d'hémodialyse.

Mots-clés : Insuffisance rénale aigue
Epuration extra rénale

T19-2 Complications rénales au cours des urgences obstétricales en réanimation au CHU de Yopougon

Ayé Yikpé Denis

Présentation : orale

Thème : Rein, urologie

Orateur : Ayé Yikpé Denis. Email : ayeci@yahoo.fr

Objectifs: Déterminer la fréquence, le spectre, les circonstances étiologiques ainsi que le pronostic des complications rénales rencontrées au cours des urgences obstétricales admises en réanimation au CHU de Yopougon.

Matériels et méthodes: Etude rétrospective sur les dossiers des patientes admises en réanimation sur une période de 5 ans (2010-2015), pour urgences obstétricales.

Etaient analysés: les motifs d'admission, la fonction rénale, les données démographiques, étiologiques et pronostiques.

Résultats: 69 dossiers ont été retenus. L'âge moyen des patientes était de 23,5 ans. La parité moyenne était de 1,5. La durée moyenne de séjour était de 4,7 jours. Les motifs fréquents d'admission étaient: les troubles de la conscience (89,9%), les convulsions (27,5%), la détresse respiratoire (20,3%). 75,4% avaient l'hypertension artérielle à l'admission. 66,7% avaient une grossesse portée à terme. 90% avaient été admises suite à un accouchement, avec 49,3% par césarienne. 47,8% avaient une insuffisance rénale aiguë. A la base de ces admissions, se trouvaient les pré-éclampsies sévères et leurs complications dont les éclampsies (82,6%), le HELLP syndrome (11,6%). La mortalité était de 30,4% et 90% avaient une insuffisance rénale aiguë.

Conclusion: L'insuffisance rénale aiguë avait une incidence élevée au cours des urgences obstétricales admises en réanimation au CHU de Yopougon. Ces urgences étaient dominées par les complications de la pré-éclampsie, sources de morbidité et de mortalité élevée. Un meilleur suivi des grossesses à haut risque, ainsi que l'acquisition de moyens de réanimation néphrologique pourraient avoir un impact sur la prise en charge optimale de ces patientes.

Mots-clés : urgences obstétricales pré-éclampsie insuffisance rénale aiguë

T19-3 Admission des patients hémodialysés en réanimation dans un hôpital de référence au Cameroun : analyse des indications d'admission et du pronostic.

Jemea Bonaventure

Présentation : orale

Thème : Rein, urologie

Orateur : Ndom Ntock Ferdinand. Email : jemea@hotmail.fr. ferdilous@yahoo.fr

Introduction : Les réanimateurs font face dans leur pratique courante à la prise en charge des patients hémodialysés chronique. Il est important de pouvoir maîtriser la maladie rénale chronique afin d'améliorer la qualité des soins et le suivi. Cette étude avait pour objectif de déterminer les indications d'admission et le pronostic des patients hémodialysés en réanimation dans un hôpital de référence au Cameroun.

Matériels et méthodes : Dans notre série, nous avons inclus de manière prospective tous les patients consentants et atteints de maladie rénale chronique sous traitement de dialyse, admis dans le service de Réanimation Polyvalent du CHU de Yaoundé pendant la période allant du 1er Janvier 2016 au 31 Décembre 2016. Les variables étudiées étaient les comorbidités, l'observance aux séances d'hémodialyse, les indications d'admission en réanimation et le pronostic des patients.

Résultats : Au total 16 patients atteints de Maladie Rénale Chronique (donc 13 de sexe masculin) avec un âge moyen de $53,7 \pm 14,5$

ans, ont été admis dans le service de réanimation pendant l'étude. Les fréquences des comorbidités étaient: l'hypertension artérielle (13), le diabète de type 2 (03) et le VIH/SIDA (03). Les indications d'admission en réanimation étaient: l'encéphalopathie urémique (10), l'hyperkaliémie sévère (08), le sepsis sévère (05), les urgences hypertensives (03) et l'anémie sévère décompensées (03). Tous les patients présentant une encéphalopathie urémique avaient au préalable une mauvaise observance des séances d'hémodialyse de maintenance. Dix patients ont eu un pronostic fatal.

Conclusion : Notre étude a suggéré que la mauvaise observance des séances d'hémodialyse de maintenance est une cause majeure d'admission en réanimation pour les patients atteints de Maladie Rénale Chronique. Ceci entraîne une morbidité et une mortalité importante.

Mots-clés : Maladie rénale chronique hémodialyse réanimation néphrologique

Thème 20

Ventilation, voies aériennes, poumon

1. Les pneumopathies nosocomiales acquises sous ventilation mécanique en unité de soins intensifs neurologiques : incidence et prise en charge.
2. Prise en charge d'une exacerbation de BPCO à L'HIAOBO de 2010 à 2016

T20-1 Les pneumopathies nosocomiales acquises sous ventilation mécanique en unité de soins intensifs neurologiques: incidence et prise en charge.

Bah Mamadou Diawo

Présentation : orale

Thème : Ventilation, voies aériennes, poumon

Orateur : Bah Mamadou Diawo. Email : mdiawo@yahoo.com

Objectifs : Evaluer l'incidence et la prise en charge thérapeutique des pneumopathies nosocomiales survenues chez des patients présentant une souffrance neurologique sévère et ventilés mécaniquement.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique menée du 1^{er} Janvier 2015 au 31 Décembre 2016 au niveau de l'unité de neuroréanimation du service de neurochirurgie du CHU de Fann de Dakar. Ont été inclus dans l'étude, tous les patients présentant une souffrance neurologique sévère (score de Glasgow)

Résultats : Sur la période d'étude, 295 patients ayant présenté une souffrance neurologique sévère ont été ventilés mécaniquement. Soixante-cinq patients ont développé une pneumopathie. Ce qui correspondait à une incidence de 22%. L'âge moyen des patients était de 38,7 ans $\pm$ 13,34 [4 - 77 ans]. Le traumatisme crânien (34%), l'hémorragie sous-arachnoïdienne (29%), les tumeurs cérébrales (27%), les abcès du cerveau (6%) et l'hématome intra-parenchymateux (4%), étaient les lésions cérébrales pour lesquelles les patients avaient été ventilés mécaniquement. La pneumopathie était précoce (5 jours) chez 47 patients (72%). Une inhalation bronchique était décelée dès l'intubation trachéale chez 25 patients (39%).

Klebsiella Pneumoniae (36%), *Pseudomonas Aëroginosa* (30%), *Acinetobacter Spp* (20%) et *Staphylococcus Auréus* (10%) étaient les germes les plus retrouvés. La pneumopathie était associée à une infection d'un second site dans 14% des cas. Pour tous les patients, l'antibiothérapie probabiliste qui associait une céphalosporine de 3^{ème} génération et de la gentamycine était secondairement adaptée à l'antibiogramme. La durée moyenne de la ventilation mécanique était de 6 jours $\pm$ 1,62 [2 - 24 jours]. La guérison avait été obtenue dans 81% des cas. Les complications étaient à type de difficulté du sevrage ventilatoire (42%) et de choc septique (19%). Pour 83 patients (28%), l'évolution s'est faite vers le décès. Ces décès étaient imputables à la lésion neurologique sévère pour laquelle les patients étaient ventilés mécaniquement.

Conclusion : En unité de neuroréanimation, les pneumopathies nosocomiales acquises sous ventilation mécanique demeurent les plus fréquentes et les plus sévères des infections nosocomiales malgré les progrès de l'antibiothérapie et la mise en œuvre de mesures de prévention.

Mots-clés : Soins intensifs neurologiques
Ventilation mécanique
Pneumopathies nosocomiales

T22-2 Prise en charge d'une exacerbation de BPCO à L'HIAOBO de 2010 à 2016

Bika Doris

Présentation : poster

Thème : Ventilation, voies aériennes, poumon

Orateur : Bika Doris. Email : gaudongmbethe@yahoo.fr

Objectifs : Déterminer la prévalence et le profil clinique de l'exacerbation d'une BPCO et évaluer la qualité de sa prise en charge à l'HIA-OBO.

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude rétrospective portant sur 16 cas d'exacerbation de BPCO dans le service des Urgences et de Médecine Interne de l'HIA-OBO, sur une période de 72 mois allant du 1er Janvier 2010 au 31 Décembre 2016.

Résultats : Nous avons exploité 16 dossiers de patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO dans la période allant du 1er Janvier 2010 au 31 Décembre 2016. L'âge moyen des patients était de 66,56 ans avec des extrêmes de 48 et 80 ans. Le sexe masculin était le plus représenté avec une sex-ratio de 1,66. Les principaux motifs d'hospitalisation étaient la dyspnée (100%), la toux (100%), la fièvre (68,75%) et l'expectoration purulente (43,75

%). Le stade II (37,50%) était le plus fréquent. Le facteur d'exacerbation le plus retrouvé, était la bronchite aiguë. Les signes physiques prédominants, étaient les sibilants (68,75%), les signes de cœur pulmonaire chronique (62,50 %) et les ronchis (50 %). Le traitement à la phase aiguë était fait d'une oxygénothérapie, de corticoïdes, d'anticoagulants préventifs et d'aérosols. L'antibiothérapie (68,5%), le drainage thoracique (18,75%) et les diurétiques (18,75%) comme traitement étiologique. La durée moyenne d'hospitalisation était de 13,5 jours. Nous n'avons enregistré aucun décès, mais deux transferts en service de réanimation pour pneumopathies graves dont l'évolution sous traitement a été favorable.

Conclusion : la BPCO constitue un problème de santé publique tant sur le diagnostic qui doit être précoce, rapide que sur la prise en charge précoce et adéquate des patients.

Mots-clés: BPCO Pick Flow Exacerbation