



Le bureau de la SARANF	2
Le comité d'organisation	2
Anesthésie (AN)	3
Place des blocs nerveux périphériques dans la prise en charge de la douleur péri-opératoire de l'enfant : étude préliminaire au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville	3
Bilan des activités anesthésiques à la clinique médicochirurgicale et de réanimation (CMCR) pasteur à Bamako	4
Besoin d'un accompagnement psychologique préopératoire des patients aux Cliniques Universitaires de Kinshasa	5
Etude comparative des effets hémodynamiques de la clonidine en intraveineuse versus fentanyl en anesthésie générale	6
Patient en consultation d'anesthésie : profil épidémiologique-clinique et risque opératoire	7
Classification ASA et Evénements indésirables en chirurgie programmée	8
Évaluation pré anesthésique chez le sujet âgé	9
Dysfonction cognitive en anesthésie et vieillissement	10
Intérêt de la prescription du bilan préopératoire par le médecin anesthésiste en traumatologie-orthopédie	10
Pericardite liquidienne avec signe d'adiastolie aiguë : quel type d'anesthésie ?	11
Evolution des pratiques anesthésiques au CHU de Bouaké : place de la rachianesthésie	12
Urgences hémorragiques gynéco-obstétricales: Implications anesthésiques	13
Complications du réveil en anesthésie pédiatrique: cas des cliniques universitaires de Kinshasa	14
Evaluation de la pratique d'Anesthésie en Afrique au sud du Sahara, l'expérience du centre Hospitalier mère-enfant (CHME) le "Luxembourg" de Bamako (Mali).	15
Place de l'anesthésie péri-médullaire en chirurgie gynécologique et obstétricale au centre hospitalier de Libreville (CHL)	16
Les complications respiratoires et hémodynamiques au cours de l'anesthésie pour césarienne à l'hôpital central de Yaoundé	17
Anesthésie au bloc de gynécologie-obstétrique: expérience du centre hospitalier de Libreville	18
La prise en charge anesthésique des urgences obstétricales au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo.	19
Problèmes liés à la prise en charge anesthésiologique des patientes en état de choc hémorragique au bloc des urgences gynéco-obstétriques du CHU de Cocody	20
Place de l'ALR en chirurgie pédiatrique à l'Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar : comparaison de deux périodes	21
Rachianesthésie en chirurgie gynécologique : intérêt de l'association bupivacaïne, fentanyl et morphine	22

Le bureau de la SARANF

Présidente : Prof Elisabeth DIOUF
Vice-président Afrique de l'ouest: Docteur KANE MBAYE
Vice-président Afrique centrale : Docteur SOUSSA G
Secrétaire général : Professeur BROUH Yapou
Secrétaire général adjoint : Adrien Professeur SIMA ZUE Adrien
Trésorière générale: professeur ZE-MIKANDE Jacqueline
Trésorier adjoint : Docteur BAH Kalidou
Commissaires aux comptes : Professeur AMONKOU AKPO
Professeur LOKOSSOU Thomas.

Le comité d'organisation

Président : Pr Mignonsin David (Côte d'Ivoire)

Vice-présidente : Pr Diouf Elisabeth (Sénégal)

Membres

Nationaux

Dr Kane Mbaye (Côte d'Ivoire)
Dr Ehounou Hyacinthe (Côte d'Ivoire)
Dr Kouassi Jean (Côte d'Ivoire)
Pr Boua Narcisse (Côte d'Ivoire)
Pr Amonkou Akpo Antoine (Côte d'Ivoire)
Pr Soro Lacina (Côte d'Ivoire)
Pr Brouh Yapou (Côte d'Ivoire)
Pr Yves Yapobi (Côte d'Ivoire)

Internationaux

Pr Tchoua Romain, (Gabon), Pr Sima Zué A (Gabon), Pr Bakary Diatta (Sénégal), Pr Oumar Kane (Sénégal), Pr Mamadou Diarrah Beye (Sénégal), Dr Massamba Diop (Sénégal), Pr Fidèle Binam (Cameroun), Pr Martin Chobli (Bénin), Pr Joachim Sanou (Burkina Faso)
Pr Youssouf Coulibaly (Mali), Pr Abdoulaye Diallo (Mali), Pr Mohamed Salah Ben Ammar (Tunisie)
Christophe Boisson (France), Pr Abdou Rahmann Aguemon (Bénin), Pr Thomas Lokossou (Bénin), Dr Philippe Mavoungou (France), Pr Jacqueline Ze Mikande (Cameroun), Pr Nazinigouba Ouedrago (Burkina Faso), Dr Aristide Talon (France)

Anesthésie (AN)

AN 1

Place des blocs nerveux périphériques dans la prise en charge de la douleur péri-opératoire de l'enfant : étude préliminaire au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville

Essola L, Obame R, Ngomas JF, Akéré Etouré Bilounga Z, Matsanga A, Moukala R, Ondo Mba LB, Sima Zué A.

Correspondance : Docteur Essola Laurence, E-mail laurenceessola@yahoo.fr, BP : 7919 Libreville-GABON

Introduction

La prévention et le traitement de la douleur postopératoire sont devenus, de nos jours, une préoccupation constante de l'anesthésie pédiatrique. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'apport des blocs nerveux périphériques dans la gestion de la douleur périopératoire de l'enfant.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective sur une période de 9 mois, au cours de laquelle ont été pratiquées des anesthésies locorégionales chez tous les enfants admis pour une chirurgie programmée aux blocs de chirurgie viscérale, de traumatologie-orthopédie et de spécialités de la face du Centre Hospitalier de Libreville. Les patients ont été sélectionnés lors de la consultation pré-anesthésique. Le consentement des parents a été requis, ainsi que l'autorisation d'opérer. Ont été étudiés : l'âge, le sexe, la pathologie opérée, le contexte chirurgical, la classe ASA des patients, la technique de bloc nerveux périphérique utilisée. La durée de l'effet analgésique a été appréciée en évaluant la douleur post-opératoire (échelles EVA, CHEOPS). La satisfaction des enfants et des parents a été évaluée.

Résultats

88 enfants ASAI étaient concernés, dont 71 de sexe masculin et 8 de sexe féminin. L'âge moyen des patients était de $89,58 \pm 58,03$ mois (extrêmes 2 mois et 16 ans). Le poids variait de 4kg à 65kg avec une moyenne de 33,37kg. Dans la plupart des cas,

l'anesthésie locorégionale était associée à une anesthésie générale préalable (93,2%). En chirurgie orthopédique, la fracture était l'indication des blocs périphériques avec 8 cas de bloc au creux axillaire, 7 cas de bloc au poignet et 4 cas de bloc fémoral 3 en 1 associé au bloc sciatique. En chirurgie viscérale, les blocs réalisés étaient le bloc ilio-inguinal et ilio-hypogastrique pour 25 cas d'hernie inguinale, 10 cas d'ectopie testiculaire Testiculaire, 10 cas d'hydrocèle et une tumeur testiculaire. Le bloc paraombilical a été réalisé 8 fois pour la cure de hernie ombilicale. En chirurgie stomato-maxillo-faciale, la chéiloplastie était l'indication du bloc infraorbitaire (8). Les anesthésiques utilisés étaient la bupivacaïne 0,50%, 0,25% et la lidocaïne 1%. La clonidine était utilisée comme adjuvant dans certains cas. La durée moyenne des interventions était de $50,60 \pm 33,37$ min. L'analgésie a été suffisante et a permis de couvrir la période périopératoire pour une durée moyenne de 5 heures 08 min avec des extrêmes de 3 heures et 11 heures. Il y a eu un cas d'échec (1,04%).

Conclusion

L'anesthésie locoregionale peut être utilisée dans nos régions chez les enfants, mais son utilisation requiert le respect strict des règles de la technique d'anesthésie locale et de surveillance propre à toute anesthésie.

Mots clés : anesthésie locorégionale, enfant, douleur post-opératoire, échelle CHEOPS.

AN 2

Bilan des activités anesthésiques à la clinique médicochirurgicale et de réanimation (CMCR) Pasteur à Bamako

Dembélé A.S.¹; Diango D.M.²; Mangané M.I.², Coulibaly Y.³

1. Service d'anesthésie CHU IOTA Bamako

2. Service d'accueil des urgences CHU Gabriel Touré Bamako

Objectifs: analyser la pratique anesthésique à la CMCR Pasteur.

Patients et Méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective analytique sur une période de 4ans. Nous avons colligés 351 dossiers des patients opérés en chirurgie réglée ou urgente sous anesthésie générale, rachidienne ou bloc nerveux, de juin 2009 à juin 2012. Les constantes (pression artérielle, pouls, fréquence respiratoire, saturation pulsée en oxygène), le nombre d'anesthésistes et leur qualification, la qualification du chirurgien, les moyens de surveillance existants ; les incidents et accidents, la durée d'hospitalisation ont été évalués.

Résultats

Nous avons colligé 351 patients, majoritairement jeune (26- 30ans), de sexe Féminin soit 56.1% et relativement en bon état général (ASA1 = 53.3%, ASA2 = 14%, ASA1U=27,6%). L'anesthésie était réalisée par des médecins anesthésistes-réanimateurs (74.6%) contre 25.4% par des ISAR. La chirurgie d'urgence a été la plus fréquente (64.4%) contre 35.5% de chirurgie réglée. La Chirurgie gynéco-obstétrique a été la plus pratiquée avec 31.4% suivie de la chirurgie viscérale 26.5%. L'anesthésie générale était beaucoup plus pratiquée soit 56.4% suivie de l'ALR à 44.6% avec une large prédominance de la rachianesthésie. Une prédominance des événements indésirables (EI)

5.

d'origine cardiovasculaire à 13,1%. Tous les patients pris pour AG ont tous bénéficié d'une analgésie per et post opératoire. 96,9% de nos patients ont été réveillés sur table opératoire.

Conclusion :

La démarche qualité requiert la présence d'un médecin anesthésiste réanimateur et la création d'une salle de soins post interventionnelle.

Mots clés : bilan des activités-anesthésie-CMCR-Pasteur-Bamako

Références

1. **Bengaly. M.** Activités anesthésiques à l'hôpital de kati, bilan de 12 mois ; 2007-2008 ; thèse de médecine ; FMPOS ; Bamako ; Mali
2. **Ravot B.** Evènements, incidents et accidents liés à l'anesthésie, analyse d'un an d'activité du service d'anesthésiologie des hôpitaux urbains de Nancy. Thèse de Médecine de Nancy, n° 97-1995.
3. **Chobli M, Adnet P.** Pratique Anesthésique en Afrique subsaharienne. Ann Fr Anesth Réanim, 1997; 16: 234.
4. **Binam F, Lemondeley P, Blatt A, Arvist T.** Pratiques anesthésiques à Yaoundé (Cameroun) Ann Fr Anesth Réanim, 2001; 20 : 16-22

AN 3

Besoin d'un accompagnement psychologique préopératoire des patients aux Cliniques Universitaires de Kinshasa

Lukeba Nt*, N'situ Ma*, Mampunza Ms*

*Centre Neuro Psycho Pathologique, Département de psychiatrie, Fac.de Médecin /Unikin.

Auteurs correspondant: Email : thierry_lukeba@yahoo.fr, Tél.: 00243999501622

Introduction : L'intervention chirurgicale suscite chez le patient, déjà confronté à une expérience traumatique de la maladie, des réactions diverses allant de l'espoir à une anxiété. Cette dernière résulte non seulement du risque vital lié à l'intervention chirurgicale mais aussi à d'autres facteurs liés au vécu du patient et aux conditions matérielles de l'intervention. Et pourtant le praticien est beaucoup plus préoccupé à la préparation technique et matérielle qui doivent garantir la réussite de l'intervention qu'aux aspects psychologiques pouvant influencer les suites per et postopératoire. Le but de cette étude est de montrer l'importance de la prise en charge psychologique des patients en préopératoire.

Matériels et méthodes : C'est une étude descriptive transversale menée aux cliniques Universitaires de Kinshasa de mars à juillet 2008. Cinquante patients ont été soumis aux échelles d'auto évaluation d'anxiété de Spielberger et à l'auto questionnaire de bortner pour définir respectivement leur degré d'anxiété préopératoire et leur profil de personnalité. Les échelles administrées la veille de l'intervention ont été précédé par un examen psychiatrique complet du patient. Le test de chi- carré a été utilisé pour étudier les associations entre variables. $P < 0,05$ définissait le seuil de signification statistique.

Résultats : Plus de la moitié de nos patients (56%) n'avaient pas reçu l'information préopératoire au sujet du déroulement de l'intervention chirurgicale et ses

suites. 60% de ces patients avaient un niveau important d'anxiété préopératoire. La personnalité de type A était décrite chez 42% de l'ensemble des patients de cette série. Les patients qui avaient présenté des niveaux d'anxiété importants avaient plus le profil de personnalité du type A.

Conclusion : L'anxiété préopératoire est présente chez le patient non informé. Ce qui montre l'intérêt de la prise en charge psychologique du patient qui devrait être intégrée dans la préparation préopératoire de ce dernier.

Mots clés: Patients, préparation psychologique, intervention chirurgicale.

Références :

1. **Williams Sheffield A.:** Patient Knowledge of operative care Hospital training Schene, Chesterfield, and Derbyshire UK.JR SOC.Med.1993.
2. **Michèle Lachowsky.** Préparation psychologique en chirurgie gynécologique obstétrique. CHU Buchat, paris Sept 2007.
3. **Sjoling M., et Al** The impact of preoperative information in anxiety, post-operative, pain and satisfaction with pain management. Patient Educ.1999.51: 169-76.

AN4**Etude comparative des effets hémodynamiques de la clonidine en intraveineuse versus fentanyl en anesthésie générale**

Shamamba R., Mbombo W., Ilunga JP, Barhayiga B, Bula-Bula M., Kilembe M.
Cliniques Universitaires de Kinshasa

Introduction : L'intervention chirurgicale induit un stress et/ou une agression tissulaire auquel l'organisme réagit par une stimulation sympathique se traduisant par une augmentation du débit cardiaque, des résistances vasculaires périphériques et de la pression artérielle. Cette réaction sympathique peut être à la base des complications cardiovasculaires telle que l'ischémie myocardique. Une anesthésie bien conduite doit, non seulement atténuer la douleur, mais aussi ces effets hémodynamiques.

La Clonidine, agent alpha-2 adrénergique, possède des effets bénéfiques incluant l'anxiolyse, la sédation, l'analgésie et les effets hémodynamiques sans dépression respiratoire [1]. Son utilisation en anesthésie permet, non seulement de réduire les doses d'anesthésiques et d'analgésiques mais aussi d'atténuer la réponse hémodynamique à l'agression [2].

Afin d'atténuer la réponse hémodynamique au stress induit par la laryngoscopie, l'intubation et l'incision cutanée, les effets hémodynamiques de la Clonidine ont été comparés à ceux du Fentanyl.

Matériels et méthodes : Le présent travail, une étude comparative, prospective randomisée, à simple aveugle, a été réalisé aux Cliniques Universitaires de Kinshasa et l'Hôpital Biamba Marie Mutombo. Après obtention de l'avis favorable du comité d'éthique et de leur consentement éclairé, 58 patients opérés sous anesthésie générale ont été choisis et repartis de manière aléatoire en deux groupes: les patients du groupe A (27 patients) avaient reçu la Clonidine et ceux

du groupe B (31 patients), le Fentanyl. La voie d'administration était la voie intraveineuse.

Résultats: La fréquence cardiaque (FC) et les pressions artérielles [diastolique (PAD), systolique (PAS) et la moyenne (PAM)] n'étaient pas différentes dans les deux groupes à l'entrée de la salle d'opération. Après l'induction, seule la FC était significativement plus basse ($p < 0,001$) dans le groupe Clonidine ($71,28 \pm 13,0$) comparativement au groupe Fentanyl ($100,24 \pm 18,66$).

A l'incision, la FC de même que les PAS, PAD et PAS étaient plus basses dans le groupe Clonidine que dans le groupe Fentanyl.

Conclusion: La clonidine utilisée au décours de l'intervention chirurgicale semble assurer un contrôle plus efficace de la réponse hémodynamique que le fentanyl.

Mots-clés : clonidine-fentanyl- anesthésie générale

Références

1. **Kanto J et al.** The place of alpha-2-agonists in anesthesiology of today. *Acta Anaesthesiol Scand* 1997; 41(1 Pt 1):4-5.
2. **Flacke JW et al.** Reduced narcotic requirement by Clonidine with improved hemodynamic and adrenergic stability in patients undergoing coronary bypass surgery. *Anesthesiology* 1987; 67:11-9.

AN 5**Patient en consultation d'anesthésie : profil épidémiologique et risque opératoire**

Coulibaly Y, Diallo D, Keita M, Goita D, Dicko H, Diallo B M,
Service anesthésie réanimation CHU du Point G, BP333, Bamako, Mali

Introduction :

Le "champ" d'action de l'anesthésie est très large prenant en compte, la chirurgie, l'obstétrique, l'endoscopie et les explorations radiologiques. Elle est réalisée sur tous les "terrains" depuis le prématuré jusqu'au vieillard et sur toutes les pathologies, d'où l'intérêt d'une évaluation

Objectif: évaluer le profil épidémiologique et le risque opératoire des patients en consultation d'anesthésie.

Patients et Méthode :

Il s'agit d'une étude prospective et descriptive réalisée sur une période de 4 mois du 1^{er} décembre 2011 au 31 mars 2012. Tous les patients quel que soit l'âge, le sexe, l'indication chirurgicale et le type d'anesthésie ont été inclus à partir de la consultation d'anesthésie pour chirurgie programmée. Les paramètres suivants ont été étudiés : âge, sexe, profession, antécédents médicaux et anesthésiques, type de chirurgie, score de Mallampati, examens complémentaires, classification ASA, technique anesthésique.

Résultats :

Cinq cent vingt patients ont été inclus. L'âge moyen était de $44,56 \pm 21,1$ ans ; les femmes au foyer étaient majoritaires avec 31,5 %. La consultation d'anesthésie pour la chirurgie urologique était prédominante (46,7%) L'hypertension artérielle était l'antécédent médical retrouvé dans 12,3% des cas. Le traitement médicamenteux était retrouvé chez 38,6% des patients dont 30,6% à visée cardiologique. Quarante-huit pourcent des patients étaient classés Mallampati 1 et 2. La prescription du bilan d'opérabilité était

systématique chez tous les patients, 24,3% avait un taux d'hémoglobine <10g/dl. L'ECG réalisé chez 17 patients retrouvait dans 82,4% des anomalies essentiellement à type de troubles du rythme. La radiographie du thorax était l'examen de bilan d'extension demandé chez 28 patients. La classification de l'American society of anesthesiologists (ASA) était I et II (96,1%), III (3,5%) et IV (0,4%). Deux cent soixante facteurs de risques opératoires étaient retrouvés dont 18 cas d'intubation prévue difficile. Trente-deux consultations spécialisées et trente-six examens biologiques complémentaires étaient proposés devant les anomalies cliniques et biologiques.

Conclusion :

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

Mots clés : Consultation, Anesthésie, Epidémiologie,

Références

Tetchi Yd, Boua N, N'guessan Yf, Binlin Dadie R, Mignonsin D. La place des examens paracliniques préopératoires systématiques expérience du service d'anesthésie Réanimation du Chu de treichville. *Rev. Int. Sc. Méd.* Vol. 8, n°1, 2006, pp. 40-44

F. Binam, P. Lemardeley, A. Blatt, T. Arvis. Pratiques anesthésiques à Yaoundé (Cameroun). *Ann Fr Anesth Réanim* 1999 ; 18 : 647-56

Kaboro M, Lokossou T, Chobli M. le risque opératoire en chirurgie . RAMUR tome 10 N°2 2000

AN 6

Classification ASA et Evènements indésirables en chirurgie programmée

Coulibaly Y, Diallo B; Dicko H ; Goita D ; Diallo D Diallo A
Service Anesthésie-Réanimation & Urgences, CHU du Point G, BP333, Bamako, Mali

Introduction : La sécurité des soins constitue, pour tous les médecins, une priorité dans l'exercice de leur profession notamment pour les anesthésistes. En 1941, l'American Society of Anesthesiologists « *ASA* » proposait l'un des premiers outils utilisés pour l'évaluation du risque anesthésique : *classification* « *ASA* ». Cette classification considérée comme un score de gravité, est-elle associée à la survenue d'évènements indésirables ?

Objectif : Déterminer le rapport entre la classification ASA et la survenue d'évènements indésirables (EI) en péri-opératoire

Patients et Méthode : Il s'agissait d'une étude transversale de 2 mois. L'enroulement des patients a été réalisé à partir de la consultation d'anesthésie. L'ASA et les paramètres préopératoires, peropératoires et postopératoires immédiats pour chaque patient inclus étaient notifiés. L'analyse a porté sur les caractéristiques démographiques, l'indication opératoire, la classification ASA, le protocole et la technique anesthésiques, les évènements indésirables

Résultats : Au total, 198 patients opérés sous anesthésie générale ou locorégionale sur 356 patients vus en consultation d'anesthésie ont été inclus. Il s'agissait de 108 patients de sexe féminin et de 90 patients de sexe masculinL'âge moyen était de 46 ans \pm 27,12. Selon la classification ASA, nos patients étaient classés respectivement ASA1 (63,1%), ASA2 (33,3%) et ASA3 (3,5%). Nous avons enregistré 706 évènements indésirables (EI) avec une moyenne de 3,56 par patient. 92% des patients étaient concernés par ces EI, trois patients sont décédés en post opératoire soit 1,5 %. La tachycardie était l'EI le plus fréquent (52 %). Les évènements hématologiques étaient prédominants en préopératoire, les EI cardiovasculaires en peropératoire et le EI digestifs en post opératoire.

L'induction et l'entretien ont été les périodes anesthésiques à risque. La classification ASA était corrélée à la survenue d'EI en préopératoire, cependant cette corrélation n'était pas significative en per et post opératoire. La durée d'hospitalisation, l'âge, les antécédents d'HTA et chirurgicaux, l'état général et la profession, Le Type de Chirurgie, l'installation du patient et la durée de l'intervention constituaient des facteurs de risque d'EI.

Conclusion : au terme de notre étude, il ressort que la classification ASA permet d'évaluer le risque opératoire en préopératoire, mais devrait être associé à d'autres facteurs pour les risques per et post opératoire.

Mots clés : classification ASA, anesthésie, évènement indésirable, incident, accident.

Références

1. **E. Nouvellon, P. Cuvillon, D. Candela, J. Ripart** ; Le score ASA est-il suffisant pour évaluer la gravité ? Département Anesthésie Douleur, CHU Nîmes, Place du Pr Debré, 30029 Nîmes Cedex 09 http://www.reanord.org/jmaru/docs/2006/f2006_35.pdf , Date de dernière consultation: 31/01/2011 11:18.
2. **M. Sfez** ; Analyse et maîtrise du risque en anesthésie ; Conférences d'actualisation 2002, p. 371-385. © 2002 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS, et Sfar ; 77, avenue Paul Doumer, 75116 Paris, France ; e-mail : msfez@invivo.edu
3. **F. CLERGUE, A D'HOLLANDER, PH. GARNERIN** ; Risque actuel de l'anesthésie Comment le réduire encore ? <http://www.jepu.net/pdf/2001-047.pdf> [23/01/2011 13:19] : Date de dernière consultation.

AN 7

Évaluation pré anesthésique chez le sujet âgé

Abdelilah EL HAIRY, CHG Romilly sur seine France

Introduction En France sont réalisées 8 millions d'anesthésies/an dont 35% (2.8 millions) concernent les patients de plus de 60 ans. Ces actes d'anesthésie ont progressé de +120% entre 1980 et 1996, +196% pour les plus de 60 ans, et +268% pour les patients ASA3.

En 2010 la longévité au Maroc était de 74 ans contre 47 en 1960 et la tranche d'âge > à 60 ans représentait 11% de la population, soit plus de 3 millions d'habitants.

I-Risque opératoire en fonction de l'âge varie avec:

-les modifications épidémiologiques du sujet âgé au cours du temps (espérance de vie)

-l'effet âge sur le risque opératoire difficile à interpréter isolément (rencontre d'une population donnée / un type de chirurgie)

-les effectifs inclus ne permettent pas d'analyser le poids des comorbidités (nb =7)

--la prise en compte des complications postopératoires (marqueur de mortalité à terme: survenue d'une ischémie myocardique) et la qualité des soins alloués avec un optimum chez le sujet âgé.

II- Évaluation préopératoire du sujet âgé ou Consultation d'anesthésie (CPA):

Il est obligatoire de respecter un délai de plusieurs jours (48h minimum) avant toute intervention programmée (*Décret du 5/12/1994 CSP D712.40 et D712.41*). Parmi ses objectifs, on note l'information, la communication et le consentement éclairé.

Il faut transmettre au patient (à son entourage) un sentiment de sécurité et de prise en charge médicale optimale, avec une information compréhensible. Elle permet de recueillir les données les plus objectives possibles sur l'état physique et psychologique du patient afin de choisir la procédure anesthésique la plus appropriée, de gérer les traitements péri-opératoires, et de répertorier la dimension médicale mais aussi sociale (degré d'autonomie) du sujet âgé.

III- Fragilité du sujet âgé:

• Dans des conditions « basales », il y a peu de différences selon l'âge, mais lors d'une situation aiguë, le risque de décompensation d'une pathologie jusqu'alors infra-clinique, et la Consommation des capacités de réserve sont accrues.

IV- Vieillesse des organes:

Il touche surtout cœur et vaisseaux, mais aussi cerveau, poumon, rein, muscle, SNA.

V- Caractéristiques médicales du sujet âgé selon le terrain:

• Cumul de comorbidité (n=7) et polymédication (n=6,4)

• La nature des pathologies varie selon le degré de dépendance (HTA--anxiété sujet *non dépendant*;

démence--incontinence urinaire sujet *dépendant*).

• La survenue événements postopératoires dépend beaucoup de *facteurs environnementaux*: (kinésithérapie, prothèses auditives/dentaires, terrain atopique...).

VI- Caractéristiques médicales du sujet âgé et prévention des complications péri-opératoires:

• Sémiologie *atypique* pour les non gériatres (Ex: vomissements pour une pneumonie)

• Phénomène de *cascade*: AINS, Anémie (Hémorragie digestive), Hospitalisation, Chute, HSD, Confusion, NLP, Rétention urinaire aiguë, Agitation, Neuroleptiques

• Importance du "*détail*": point d'appui prolongé et escarre, expression de réserves limitées face à une agression

• Période péri-opératoire et *accélération de la dépendance*: dé-médicalisation la plus rapide possible, souci du retour à l'environnement le plus proche possible avant l'hospitalisation

Conclusion:

• La conséquence de l'altération des réserves fonctionnelles d'un sujet âgé est la réduction de ses capacités d'adaptation au stress péri-opératoire (zéro degré de liberté).

• L'évaluation du risque péri-opératoire en fonction de l'âge doit prendre en compte: les morbidités associées (poids supérieur à celui de l'âge), le degré d'autonomie, les complications attendues selon le type de chirurgie et la qualité des soins alloués.

• Une approche gériatrique est nécessaire pour une optimisation de la prise en charge (circuit spécifique) péri-opératoire.

Mots clés: épidémiologie, évaluation, risque

AN 8**Dysfonction cognitive en anesthésie et vieillissement**

Abdelilah EL HAIRY,

PH Anesthésie, CHG Romilly sur seine France

Le cahier des charges de l'anesthésie du vieillard évolue parallèlement avec la Médicalisation, la Gestion du Risque, la Sécurité et la Qualité. Les fonctions cognitives essentielles sont la Mémoire, l'Attention, le Raisonnement et la Planification de tâches complexes.

L'anesthésie et la cognition dépendent des contextes, des enjeux et de la prise en charge.

Le cadre nosologique des Dysfonctions Cognitives Postopératoires distingue la Confusion postopératoire de la Démence postopératoire Prolongée (DCPOP).

Les tests de l'International Study of Postoperative Cognitive Dysfunction (ISPOCD) tiennent compte de l'Age, l'Hypoxémie périopératoire et l'Hypotension périopératoire. Ces tests sont le Visual Verbal Learning Test, le concept Shifting Test, le Stroop Colour Interference Test, le paper and Pencil Memory Scanning Test, le letter-Digit Coding et le fourBoxesTest. Les Causes de DCPOP sont nombreuses. Il s'agit principalement des agents d'anesthésie, du retentissement de l'anesthésie (hyperventilation, hypoxie, hypotension), du système cholinergique et des prédispositions génétiques ("anesthésie" = catalyseur), c'est le cas des marqueurs génétiques de la Maladie d'Alzheimer identifiés dans le système Apolipoprotéine-E (Allèle E4 associé avec un risque accru et Allèle E2 associé avec un risque moindre).

L'incidence de la DCPOP dépend de l'amplitude du phénomène liée à l'âge (> 60 ans) et de la variabilité des tests qui n'est pas nulle.

L'implication et l'Information qui soulèvent un problème de santé publique. Ce qui impose une

Identification des mécanismes et des facteurs de risque (multifactoriel), une Stratégie de soin avec une prévention primaire et une Information prudente du patient et/ou des proches (8 millions d'anesthésies /an, dont 35%, soit 2.8 millions concernent les patients de plus de 60 ans.

En 2010 la longévité au Maroc a atteint 74 ans (47 en 1960) avec 11% (3 millions) de la population qui dépasse 60 ans.

Conclusion

Confusion postopératoire et DCPOP sont deux entités particulières aux degrés d'urgence différents et qui nécessitent une prise en charge spécifique. Cette dysfonction représente un enjeu majeur qui doit faire l'objet d'une information et d'une formation des professionnels de santé, des patients et des familles.

Mots clés: incidence, causes, tests cognitifs

AN 9**Intérêt de la prescription du bilan préopératoire par le médecin anesthésiste en traumatologie-orthopédie**

Soro L1, Bouh J1, Kouamé KS1, Ayé YD1, Lambin Y2, Amonkou A1

Service d'anesthésie réanimation CHU Yopougon

Service de traumatologie-orthopédie CHU Yopougon

(Abidjan, Côte -d'Ivoire)

Introduction:

Le bilan préopératoire dans le service d'orthopédie du CHU de Yopougon, consistait en 2008, à prescrire des examens paracliniques standards systématiques pour tous les patients à opérer. Cette attitude paraissait au regard des recommandations, inadaptée dans un pays en voie de développement. Le présent travail est une étude comparative, entre la prescription systématique de bilan et la consultation pré anesthésique. L'objectif est de déboucher sur des recommandations adaptées à l'organisation du service en période préopératoire.

Matériel et méthode :

Étude prospective, comparative du 01 avril 2008 au 30 avril 2009. Ont été inclus tous les patients vus en consultation pré anesthésique pour chirurgie programmée dans le service. Cette étude a porté sur 2 groupes de patients : Le groupe 1, composé de patients vus en consultation avec le bilan paraclinique prescrit par les chirurgiens et le groupe 2, de patients dont le bilan a été prescrit après consultation. Les paramètres étudiés étaient principalement la nature et le coût des examens paracliniques.

Résultats : L'âge moyen était de 42±19,5 ans avec des extrêmes de 16 et 96 ans. Le sex ratio était de 1,70 en faveur des hommes. Les traumatismes des membres dominaient les pathologies (61%). Les patients étaient classés ASA I et II dans 88% des cas. On dénombre 625 examens paracliniques dont 446 dans le groupe 1 et 179 dans le groupe 2. Ces examens étaient pathologiques dans 10,31% des cas dans le groupe 1 et dans le groupe 2 dans 13,96%. 35 patients ont été transfusés en préopératoire dont 16 dans le groupe 1 et 19 dans le groupe 2. Le coût du bilan systématique était de 30450±95F et celui du bilan sélectif 13300±53 FCFA.

Conclusion : le bilan systématique doit être abandonné et remplacé par un bilan sélectif basé sur l'interrogatoire et l'examen clinique. Dans notre contexte socio-économique difficile la prescription sélective serait bénéfique pour les malades.

Mots clés : bilan préopératoire, sélectif, systématique, chirurgie orthopédique

AN 10

Pericardite liquidienne avec signe d'adiastolie aiguë : quel type d'anesthésie ?

L. Kohou-Kone, P. Yapo Yapo, H. Ehounoud, J. Kouame, J. N'guessan, S. Abro, I. Angoran, Y. Yapobi.
Institt de cardiologie d'Abidjan (Côte d'Ivoire)

Objectifs : évaluer nos résultats et proposer une technique d'anesthésie adaptée aux patients présentant une péricardite liquidienne avec des signes d'adiastolie aiguë.

Matériels et méthodes : étude rétrospective et descriptive réalisée sur une période de 6 ans (Janvier 2005 à décembre 2011) dans le service d'anesthésie-réanimation de l'Institut de Cardiologie d'Abidjan. Ont été inclus dans l'étude les patients proposés pour un drainage chirurgical du péricarde pour péricardite avec des signes d'adiastolie aiguë durant la période indiquée. Les variables suivantes ont été étudiées : données socio-antropométriques (âge, sexe, poids), les caractéristiques physiques et fonctionnelles (ASA, NYHA), le diagnostic, l'état clinique pré opératoire, la technique d'anesthésie, les complications per opératoires, le taux de mortalité.

Résultats : sur un total de 151 patients, 32 ont été inclus dans l'étude. L'âge moyen était de 33,40 ans (extrême de 4 et 64 ans) avec un sex ratio de 1,9. La majorité des patients (81,3%) étaient au stade ASA III et 43,3% au stade IV de la NYHA. 96, 7% (n=29) présentaient une anémie avec un taux d'hémoglobine \leq 10g/dl. Tous les patients présentaient une turgescence spontanée des jugulaires, une hépatomégalie avec reflux hépato jugulaire. 46,9% (n=13) des patients étaient en orthopnée. 28,1% (n=9) n'avaient pas

d'œdèmes des membres inférieurs. Seulement 6,3% (n=2) des patients avaient une ascite associée. 84,4% (n=27) des patients avaient bénéficiés d'une ponction péricardique évacuatrice avec une rémission très brève des symptômes qui réapparaissaient. Les indications opératoires étaient dominées par les péricardites purulentes avec un taux de 81,3% (n=23). 68, 75% (n=22) des patients ont bénéficiés d'une anesthésie générale avec ventilation mécanique. 31, 25% (n=10) ont bénéficiés d'une sédation analgésie avec ventilation spontanée complétée par une anesthésie locale du site opératoire. L'induction s'est faite en position demi-assise chez 46,9% des patients. Les complications per opératoires étaient dominées par l'hypotension artérielle (59,4%). Nous avons déplorés 7 décès (21,87%). Tous avaient bénéficiés d'une anesthésie générale avec ventilation mécanique. Tous les patients qui ont bénéficiés de la sédation analgésie avec ventilation spontanée ont présentés peu de complications hémodynamiques.

Conclusion : L'anesthésie générale avec ventilation mécanique s'avère délétère pour ces patients fragiles sur le plan hémodynamique. La sédation analgésie apparait comme une alternative satisfaisante.

Mots clés : anesthésie ; péricardite liquidienne ; adiaastolie.

AN 11

Evolution des pratiques anesthésiques au CHU de Bouaké : place de la rachianesthésie

Pete Y, Koffi N, Kouamé KE, Ouattara A, Abhé CM, Brouh Y

Introduction : l'évolution en anesthésie dans les pays développés ont permis de privilégier de nos jours les techniques d'anesthésie locorégionales au dépens de l'anesthésie générale. Dans nos pays en développement, ces techniques ont été introduites progressivement dans la pratique des anesthésistes, en fonction des capacités en personnel qualifié et de la disponibilité des produits.

Objectif: apprécier la place de la rachianesthésie durant la crise militaro-politique.

Matériel et méthode : il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive sur 18 mois (Janvier 2011 à Juin 2012) réalisée au bloc opératoire des urgences du chu de BOUAKE et prenant en compte tous les actes d'anesthésie pratiqués durant la période d'étude. Les paramètres étudiés étaient : l'âge, le sexe, l'indication, la réalisation d'une CPA, la technique d'anesthésie choisie, les produits utilisés, l'évolution du patient en terme d'incident ou pas. Les résultats ont été donnés en fréquences et en valeurs moyennes assorties de leur écart-type.

Résultats : 3664 anesthésies ont été pratiquées durant cette période dans un seul bloc opératoire. L'âge moyen des patients étaient de 27 ans (extrêmes 3j et 87 ans). Le sexe ratio était de 0,3. Les indications étaient

dominées par les césariennes (49,1%), suivie des traumatismes par armes à feu (27,3%) et des appendicites (21,8 %). La consultation pré anesthésique a été faite par un médecin anesthésiste dans 44 % des cas ; 46% ont été classés ASA II, 11 % ASA III et 8,9 % ASA IV. En chirurgie générale, seulement 20 % des patients ont bénéficié d'une rachianesthésie contre 94,7 % en obstétrique ; soit au total 67,3 % de rachianesthésies. Pour l'induction, la bupivacaine 5% était utilisée seule (41 %) ou associée au fentanyl (59 %). La dose variait entre 7,5 et 10 mg pour les césariennes et entre 12,5 et 15 mg pour la chirurgie générale. L'anesthésie a été pratiquée à 98 % par un infirmier anesthésiste. 7 cas de difficulté respiratoire ayant nécessité une intubation orotrachéale ont été notés.

Conclusion : L'activité anesthésique dans notre CHU a connu quelques difficultés durant cette période de transition. L'introduction progressive de la rachianesthésie dans notre pratique entamée depuis deux décennies a été quelque peu freinée par les contraintes de la guerre.

Mots clés: rachianesthésie –urgences chirurgicales- crise militaro-politique

AN 12

Urgences hémorragiques gynéco-obstétricales: Implications anesthésiques

Ayé Y.D1. Ayé-Yayo M2. Bouh J1. Amonkou A.A1.

1 : Service d'Anesthésie-Réanimation, CHU de Yopougon

2 : Laboratoire central, CHU de Yopougon

Auteur correspondant: AYE Yikpé Denis. Emailayeci@yahoo.fr

Introduction

L'hémorragie en milieu gynéco-obstétrical est une urgence fréquente, redoutée et première cause de mortalité maternelle dans les pays sous-développés. La chirurgie d'hémostase recours habituel de traitement, rend incontournable l'anesthésie, dans un contexte à risque et qui devra faire face au choc hémorragique mais surtout à l'anémie aiguë.

Objectif: Evaluer l'incidence de l'anémie sur la morbidité et la mortalité peri-anesthésique au cours des urgences hémorragiques en gynéco-obstétrique.

Matériel et méthode :

Cette étude observationnelle, prospective a enregistré des patientes consécutives admises au CHU de Yopougon du premier Octobre 2010 au 31 Mars 2011, pour hémorragies obstétricales ou gynécologiques, chez lesquelles une indication chirurgicale était posée et qui requerraient une anesthésie. Ont été analysés: l'âge, l'état hémodynamique, les causes d'hémorragie, le taux d'hémoglobine préopératoire, le type d'anesthésie, les pertes sanguines peropératoires, la persistance du saignement, la mortalité peri-anesthésique et la morbidité.

Résultats

Les résultats de 78 patientes ont pu être analysés. L'Age moyen était de 27,7ans.

Les GEU rompues ont été la première cause d'hémorragie (48,7%). 65,4% avaient un taux d'hémoglobine préopératoire \leq 8g/dl ; 46% avaient un

état hémodynamique précaire. 39,7% étaient classées ASA 3 et 9% ASA4. 98,7% ont eu une anesthésie générale. La mortalité a été de 7,7%. Les hémorragies obstétricales (47,5%) ont eu les pronostics les plus sévères.

Bien que la tendance a été pour une mortalité plus accrue pour les taux d'hémoglobine les plus bas, une association significative n'a pu être démontrée (Odds Ratio = 1). Par contre le risque de décès était fortement associé au status hémodynamique précaire à l'admission (odds ratio = 2,5), à la persistance du saignement au décours de la chirurgie (odds ratio = 108,33) et au volume des pertes sanguines au-delà de 2000 ml.

La morbidité a été plus accrue pour les anémies sévères et s'est traduit par une instabilité hémodynamique per opératoire, un réveil difficile (16,7%), une durée de séjour hospitalier plus long (odds ratio = 2,46).

Conclusion :

Plus que l'anémie, ce sont l'origine utérine du saignement, la persistance du saignement, le volume des pertes sanguines per opératoires et l'état hémodynamique préopératoire précaire qui apparaissent associés aux pronostics le plus sévères.

Cela suggère une bonne réanimation hémodynamique préopératoire et une célérité dans la prise en charge.

Mots clés : Anesthésie, hémorragies gynéco-obstétricales, anémie aiguë.

AN 13**Complications du réveil en anesthésie pédiatrique:
cas des cliniques universitaires de Kinshasa**

Mulapu N., Mbala R., Bula-Bula M., Ilunga M., Mbombo W., Kilembe M.
Département d'Anesthésie et Réanimation, Cliniques universitaires de Kinshasa

Introduction: Les complications post-anesthésiques sont des incidents et accidents qui surviennent dans les 48 heures après la réalisation d'une anesthésie. Elles sont fréquentes et surviennent à n'importe quel moment après une anesthésie locale, loco-régionale ou générale [1]. Ces complications sont dangereuses quand elles sont méconnues, découvertes en retard ou mal prises en charge. Les complications du réveil prolongent le séjour en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI), augmentent la durée d'hospitalisation, la morbi-mortalité et le coût financier. C'est au cours de la période de réveil que surviennent la majorité des accidents d'anesthésie, 42% en France (INSERM, 1999), et elles sont particulièrement fréquentes chez les enfants [2].

Patients et méthodes

Cette étude est une étude transversale, analytique et observationnelle, réalisée aux Cliniques Universitaires de Kinshasa et à l'Hôpital Pédiatrique de Kalembe-Lembe du 1^{er} janvier au 30 sept 2011, soit 9 mois. Après l'obtention de l'accord du comité d'éthique et du consentement éclairé des parents, 366 enfants opérés durant la période d'étude ont été enrôlés. Les variables ci-après ont été analysées : l'âge, le sexe, le poids, l'indication opératoire, le caractère urgent ou programmé de l'intervention, la classe ASA du patient, le protocole anesthésique utilisé, les complications observées durant le réveil ainsi que l'évolution du patient.

Résultats

L'incidence des complications liées au réveil anesthésique était comparable à celle trouvée dans la littérature, elle était de 157 sur les 366 cas soit 42%. Les complications respiratoires ont été prédominantes (61,4%) suivi des complications cardiaques (31,9). La mortalité a été très élevée, 14%. L'âge (nouveau-né et petit enfant), les associations morbides (anémie, sepsis et troubles hydro-électrolytiques), les interventions faites en urgence, la chirurgie digestive, le protocole kétamine, fentanyl, suxamethonium et pancuronium sont associés à une augmentation significative des complications de réveil. Toutefois, la mortalité était excessive, 22 décès soit 14%.

Conclusion : l'anesthésie pédiatrique aux cliniques universitaires de Kinshasa présente une mortalité et une morbidité élevées.

Mots-clés: réveil-anesthésie-pédiatrique

Références

1. **Dubreuil M., Meymat Y.**, anesthésie et pédiatrie, service d'anesthésie –réanimation 4 hôpital pédiatrique, centre hospitalier pellegrin, Bordeaux...
2. **Van der Walt JH., Sweeney DB., Runciman WB., Webb RK.**, Pediatric incidents in anaesthesia: an analysis of 2000 incidents reports, *Anaesthesia Intensive Care*, 1989; 21: 655-8.

AN 14**Evaluation de la pratique d'Anesthésie en Afrique au sud du Sahara, l'expérience du centre Hospitalier mère-enfant (CHME) le "Luxembourg" de Bamako (Mali).**

M. K. Toure, A.Y. Sidibé, S. A. Beye, A. H. Maiga, M. Diakité, B. Keita, M.Keita, D. Doumbia, Y. Coulibaly.

Introduction: L'amélioration constante de la sécurité des patients et la qualité de soins en anesthésie, nécessite une évaluation régulière de notre pratique. Le Pole d'anesthésie-réanimation du CHME est composé d'un médecin anesthésiste réanimateur, secondé de trois techniciens anesthésie-réanimateurs.

Objectif: évaluer quantitativement et qualitativement l'activité anesthésique dans le centre hospitalier mère enfant de Bamako, afin d'identifier les difficultés prioritaires et les normes à recommander pour la qualité et la sécurité en anesthésie.

Méthodes L'étude a été réalisée au CHME de Bamako, entre le 1^{er} Janvier 2011 et le 31 Décembre 2011. Elle a inclus tous les patients ayant bénéficié d'un acte chirurgical réalisé au bloc opératoire et tous les types d'anesthésie réalisés par un anesthésiste réanimateur ont été pris en compte. Les cas d'anesthésie réalisés dans un autre centre et transférés au CHME, ainsi que les anesthésies locales réalisées par le chirurgien n'ont pas été inclus. Un questionnaire contenant plusieurs items portant sur le patient, l'anesthésie, la réanimation post opératoire et la chirurgie a été adressé à chaque patient.

Résultats : 795 anesthésies ont été réalisées par deux médecins anesthésistes dont un vacataire, trois techniciens d'anesthésie et six stagiaires. La CPA a été réalisée chez l'ensemble des patients pour les chirurgies réglées soit 94,64%. La prémédication a été conduite dans 3,67%. L'anesthésie générale a été pratiquée dans

55,33% de cas. La Kétamine et le thiopental ont été les hypnotiques le plus utilisé. L'anesthésie locorégionale a été réalisée chez 42,6% des patients. La surveillance électrocardioscopique n'a pas été constante, la capnographie quasi absente, l'oxymétrie du pouls a été utilisé chez 100% des patients. La pratique d'anesthésie ambulatoire a représenté un faible pourcentage 2% et l'anesthésie en urgence a représenté 9,31%. Trois cas de décès périopératoires ont été enregistrés dont deux sont en rapport avec l'approche chirurgicale.

Conclusion : Les résultats de cette enquête soulève une multitude de question quant à la pratique de l'anesthésie, surtout concernant les produits utilisés, le monitoring per opératoire, et la qualification du personnel anesthésique.

Mots clés : évaluation, anesthésie

Référence

1. **R.belkrezi, S. Kabbaj, H.Ismaili, W. Maazouzi.** Enquête sur la pratique de l'anesthésie au Maroc. Ann Fr Anesth Réanim 2002; 21: 20-6.
2. **Société française d'anesthésie et de réanimation.** *La pratique de l'anesthésie en France en 1996.* Ann Fr Anesth Réanim 1998 ; 1996; 17: 1299-391

AN 15**Place de l'anesthésie péri-médullaire en chirurgie gynécologique et obstétricale au centre hospitalier de Libreville (CHL)**

R. Obame, L. Essola, P. Nzoghe Nguema, Z. Akéré Etoure Bilounga, R. Mouckala, A. Sima Zué.

Département d'Anesthésie- Réanimation, Centre Hospitalier de Libreville

Auteur correspondant: E-mail: obame-ozet2005@yahoo.fr

Introduction : La pratique de l'anesthésie périmédullaire en chirurgie gynéco- obstétrique est fréquente, et ancienne au CHL. Son choix reste cependant opérateur dépendant, malgré un impact économique et une morbidité anesthésique faibles.

Objectifs : Ils étaient de définir l'incidence et la place de l'APM en chirurgie gynéco-obstétrique au CHL.

Patients et méthodes : Sur une étude rétrospective, descriptive réalisée au CHL du 01^{er} janvier au 31 juillet 2011, toutes les APM réalisées en chirurgie gynéco-obstétrique ont été étudiées à travers les indications chirurgicales et les techniques anesthésiques utilisées.

Résultats : 967 anesthésies ont été administrées dont 656 APM, soit 67,8% de l'activité anesthésique. La césarienne

était la principale indication d'APM avec 611 cas, correspondant à 63,2% de l'activité anesthésique, et 93,14% des APM. La rachianesthésie était la technique la plus utilisée. Le choix de la péridurale était marginale.

Discussion : L'APM est la première technique anesthésique en chirurgie gynéco- obstétrique au CHL, mais elle est insuffisamment pratiquée. La

rachianesthésie, plus facile à réaliser que la péridurale bénéficie d'une indication plus large.

Conclusion : L'augmentation de l'incidence de l'APM en chirurgie gynéco- obstétrique au CHL passe par l'amélioration du niveau de formation des personnels soignants.

Mots clés : Anesthésie péri médullaire, rachianesthésie, péridurale.

Références

1. **Ngaka Nsafu D, Nzoghe Nguema P, Matsiégui P.B.** Analgésie postopératoire par injection péridurale de Kétoprofène. Rev. Afr. Anesth. Med. Urg. 2002; 7: 2- 6.
2. **Sima Zué A, Méyé J F, Maïga M.** Plaidoyer pour la pratique en milieu Gabonais de la rachianesthésie pour la césarienne. Médecine d'Afrique Noire. 2003; 8-9 : 367- 370.
3. **Nicolas P, Depreville G, Lahaye F, Nzoghe Nguema P.** Plaidoyer pour l'anesthésie caudale en pays sous équipé. In : 6^{ème} Congrès de la SARANF. Edition 1989; Libreville ; p. 27- 29

AN 16

Les complications respiratoires et hémodynamiques au cours de l'anesthésie pour césarienne à l'hôpital central de Yaoundé

Esiene A**, A. Afane Ela**, Owono E.P**, Bengono Bengono* R.

*Faculté de médecine et des Sciences Biomédicales (FMSB) Université de Yaoundé I

**Unité d'Accueil Anesthésie – Réanimation et Urgences, Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun

Introduction

L'anesthésie pour césarienne expose la femme enceinte à un ensemble de complications malgré les progrès réalisés en termes de sécurité des patients. Le but de ce travail était d'évaluer la fréquence des complications liées à la pratique de l'anesthésie pour césarienne à la maternité principale de l'Hôpital Central de Yaoundé.

Patientes et méthodes

L'étude était prospective et descriptive, effectuée pendant deux mois. Etaient incluses: toute femme admise pour césarienne, consentante et dont l'anesthésie avait été conduite par un médecin. Etaient exclues les parturientes dont la feuille d'anesthésie n'était pas dûment remplie. Variables étudiées : paramètres sociodémographiques, parité et gestité, score ASA, type d'anesthésie, médicaments utilisés, complications péri opératoires observées et leur traitement et score d'APGAR.

Résultats

Sur 731 accouchements, 119 césariennes ont été réalisées soit 16,3%. Au total 105 patientes recrutées ; 82% (86/105) des césariennes effectuées en urgence et 87,6%(92/105) sous anesthésie générale. Age moyen : 26,9±6,2ans avec des extrêmes à 14 et 42ans; 41%étaient en surpoids et 31% obèses ; elles étaient

ASA1 (19%) ou 2(81%).Les principaux médicaments utilisés: vécuronium(92 cas), thiopental(86 cas), kétamine(21 cas), halothane(52 cas), fentanyl et la rachianesthésie a été réalisée à la bupivacaine à 0,5%.deux cent cinquante-deux(252) complications respiratoires et hémodynamiques ont été observées dont les plus fréquentes étaient mineures et d'ordre hémodynamique: hypertension(101/252), tachycardie(89/252) et hypotension artérielle (33/25).

Conclusion

L'anesthésie générale s'est révélée être le principal facteur favorisant de la survenue des complications.

Références

1. **Binam et al** : pratiques anesthésiques à Yaoundé au Cameroun. Pratiques épidémiologiques de 1103 interventions. Ann Fr Anesth Réanim 1999 ; 18 ; p.647-56.
2. **Deneux-Tharoux C et al**. Postpartum maternal mortality and caesarean delivery:a population based study in France. Obstet Gynecol 2006; 108:5418.
3. **Thénoz N., et al** : Anesthésie pour césarienne. Conférences d'actualisation, SFAR 2005 ; p. 323-33.

Mots-clés : complications, césarienne, anesthésie

AN 17**Anesthésie au bloc de gynécologie-obstétrique:
expérience du centre hospitalier de Libreville**

Sima Zué A, Essola L, Obame R, Békalé Be Engone J, Kamel G, Kaïne JL, Akéré Etouré Bilounga Z, Moukala R, Ondo Mba LB, Ondo Minko D.

Correspondance: Essola Laurence. E-mail: laurenceessola@yahoo.fr, BP : 7919 Libreville-Gabon

Objectif

Evaluer la pratique de l'anesthésie au bloc de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier de Libreville

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive sur une période de 2 ans, du 1^{er} Janvier 2010 au 31 décembre 2011, réalisée dans le service d'Anesthésie-Réanimation et au bloc opératoire de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier de Libreville. Ont été étudiés : l'âge des patientes, la pathologie opérée, le contexte chirurgical, la classe ASA des patientes, la technique anesthésique utilisée et la durée de l'anesthésie. Les complications ont été analysées.

Résultats

Durant cette période, 3877 patientes étaient soumises à une intervention chirurgicale ou une exploration nécessitant une anesthésie. L'âge moyen était de 26,83 ans avec des extrêmes de 10 ans et 65 ans. 54,26% des patientes étaient ASAI. 77,8% des interventions étaient pratiquées dans un contexte d'urgence. 40,81% des patientes étaient opérées sous anesthésie générale avec intubation oro-trachéale et 0,3% sous anesthésie péridurale. L'association thiopental-suxaméthonium-vécuronium était utilisée en induction dans 78,16% des cas de césarienne. En chirurgie d'urgence, les indications chirurgicales étaient dominées par les

métrorragies dues à des avortements incomplets (38,40%) et les grossesses extra-utérines (11,59%). En chirurgie réglée, les myomectomies et les hystérectomies représentaient respectivement 9,38% et 7,41% des interventions. Le couple Médecin Anesthésiste-Réanimateur (MAR) et Technicien Supérieur d'Anesthésie-Réanimation (TSAR) assurait 55,40% des interventions. La durée moyenne des interventions était de 66,20±43min. La thérapie anti-hypertensive, le remplissage vasculaire et la transfusion de produits sanguins labiles ont été nécessaires dans certains cas. La thérapie antalgique post-opératoire était multimodale, associant le paracétamol au kétoprofène et/ou la morphine, le tramadol ou le néfopam. Les incidents et accidents ont été observés chez 40 patientes (1,03%). Huit (8) décès (0,20%) ont été enregistrés.

Conclusion

L'activité anesthésique en milieu gynéco-obstétrical est fréquente. La faible incidence de complications ne doit pas masquer les difficultés rencontrées au cours de la pratique quotidienne. Il importe de promouvoir la formation continue des médecins anesthésistes-réanimateurs et des techniciens supérieurs pour une optimisation de la prise en charge.

Mots-clés : gynécologie-obstétrique, anesthésie générale, métrorragies

AN 18**La prise en charge anesthésique des urgences obstétricales au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo.**

Bonkougou P1, Sanou J1, Simporé A1, Kafando Y1, Kinda B1, Ouédraogo N2
Service d'Anesthésie –Réanimation, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou
Service des Urgences Médicales du CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou

Auteur correspondant: E-mail zambobonkougou@yahoo.fr, Tél. +22678030677. Ouagadougou Burkina-Faso

Introduction. La prise en charge anesthésique des urgences obstétricales doit tenir compte à la fois des difficultés liées à l'anesthésie en urgence de manière générale mais aussi des problèmes liés à l'état gravidopuerpéral. Notre objectif était d'étudier les pratiques anesthésiques dans ce contexte à haut risque anesthésique que représentent les urgences obstétricales afin de déterminer leur impact sur la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale précoce.

Matériels et méthodes. Il s'est agi d'une étude prospective à visée descriptive sur six mois du 1^{er} avril au 30 septembre 2011. Ont été incluses 1021 patientes ayant subi un acte anesthésique en urgence pour urgence obstétricale.

Résultats.

L'âge moyen des patientes était de 26,51 ans. Les interventions réalisées étaient la césarienne (91,9%), l'examen de la filière génitale sous valve (5,9%) et la laparotomie.

Dans 72,1% des cas les patientes étaient de classe ASA1+U. Dans 81,5% des cas l'acte anesthésique a été réalisé par des ISAR. L'ALR exclusivement représentée par la RA était prédominante (86,06%), 92,75% des césariennes ont été réalisées sous RA. Le pancuronium était le seul curare utilisé. Le taux d'intubation lors d'AG pour césarienne était de 41,17%. Dans 72,1% des cas les patientes étaient de classe ASA1+U. Dans 81,5% des cas l'acte anesthésique a été réalisé par des ISAR. L'ALR exclusivement représentée par la RA était prédominante (86,06%), 92,75% des césariennes ont été réalisées sous RA. Le pancuronium était le seul curare utilisé. Le taux d'intubation lors d'AG pour césarienne était de 41,17%.

Les incidents et/ou accidents anesthésiques peropératoires ont concerné 62,4% des patientes et

étaient dominés par l'hypotension artérielle sous RA. Trois cas d'arrêt cardiaque réversible sous RA et 2 cas d'échec d'intubation ont été notés.

En postopératoire 16,6% des patientes ont présenté des complications dominées par l'anémie et les céphalées post-RA.

Nous avons noté 15 décès maternels dont 4 en peropératoire. Les causes de décès étaient dominées par l'anémie. Des difficultés de prise en charge anesthésique ont été notées chez 3 patientes décédées.

Discussion / Conclusion. L'activité anesthésiologique dans le service de gynécologie-obstétrique se pratique dans des conditions difficiles marquées par une insuffisance des ressources matérielles. Certaines pratiques ne sont pas conformes aux recommandations actuelles. Cette situation ne permet pas toujours de garantir la sécurité des patientes anesthésiées.

Mots-clés: anesthésie obstétricale, urgence, mortalité maternelle

Références

1. **Diouf E.** Contribution des anesthésistes réanimateurs à la réduction de la mortalité maternelle Rev af Anesth Med Urg 2011 novembre; 16: 1-3.
2. **Duflo F, Allaouchiche B, Chassard D.** Urgences anesthésiques obstétricales Conférences d'actualisation 2000. Paris Elsevier 2000: 43-60.
3. **Brouh Y, Tétchi Y., Pete Y., Ouattara A., Abbé C, Koffi N et al.** La pratique de l'anesthésie en Côte d'Ivoire Rev. Af. Anesth. Méd. Urg. 2011, Novembre; 16: 48-53

AN 19

Problèmes liés à la prise en charge anesthésiologique des patientes en état de choc hémorragique au bloc des urgences gynéco-obstétriques du CHU de Cocody

Kouamé KE, Sinali AMF, Pete Y, Koffi N, Ouattara A, Brouh Y
Service anesthésie réanimation, CHU Cocody ; république de Côte d'Ivoire

Introduction

La prise en charge d'une patiente en état de choc hémorragique au bloc opératoire est fréquente et constitue l'une des situations les plus difficiles à laquelle peut être confronté un anesthésiste-réanimateur.

Objectif : Evaluer la prise en charge anesthésique des patientes admises pour état de choc hémorragique au bloc des urgences gynéco-obstétriques du CHU de Cocody.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive sur une période de douze mois allant de janvier à décembre 2010. Etaient incluses les patientes admises au bloc des urgences gynéco-obstétriques du CHU de Cocody en état de choc hémorragique.

Résultats : Au cours de la période d'étude, 1854 patientes ont bénéficié d'une anesthésie au bloc opératoire des urgences gynéco-obstétriques du CHU de Cocody et parmi elles, 109 présentaient un état de choc hémorragique (5,88%). La moyenne d'âge était de 32,75 ans (extrêmes de 15 à 69 ans). L'indication opératoire était posée dans la demi-heure qui suivait l'admission (64,22%). Les causes du choc hémorragique en gynéco-obstétriques étaient dominées par les GEU (38,53%) et les hémorragies de la délivrance (34,86%). Seule la numération formule sanguine était réalisée dans 28,44% des cas. La

transfusion sanguine a été réalisée chez 84 patientes en préopératoire (79,06%). L'induction anesthésique a été effectuée dans les 60 mn suivant l'admission de la patiente (49,54%). La kétamine a été l'hypnotique de choix pour l'induction anesthésique. Ces inductions s'effectuaient le plus souvent la nuit (64,22%) et par les infirmiers anesthésistes (63,30%). 89 patientes ont bénéficié d'une transfusion sanguine en peropératoire (81,65%). Le collapsus peropératoire était l'incident le plus rencontré (75,8%). L'arrêt cardio-respiratoire est survenu chez 13 patientes (29,7%) et a été à l'origine de 11 décès. La présence d'un interne d'anesthésie et les durées d'intervention de plus d'une heure étaient corrélés au décès.

Conclusion : Les états de choc hémorragique sont des situations très fréquentes et graves en gynéco-obstétrique. La difficulté d'accès aux kits d'anesthésie et de chirurgie, le sous équipement des salles d'opération et l'insuffisance de médecins anesthésistes expliquent les difficultés de prise en charge de ces patientes en états de choc hémorragique.

Mots clés : Choc hémorragique, GEU, arrêt cardio-respiratoire

Référence

Vigouroux C, Lecam B, Conseiller C. Choc hémorragique- édition techniques- Enc Med Chir. (Paris, France), Anesthésie-Réanimation, 36840 B¹⁰, 10-1990, 10p

AN 21

Place de l'ALR en chirurgie pédiatrique à l'Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar : comparaison de deux périodes

Diop-Ndoye M ; Lèye PA ; Fall L ; Ndiaye PI ; Bèye MD ; Kane O ; Diouf E
Service d'anesthésie-réanimation HALD Dakar-Sénégal

Auteur correspondant : E-mail marie.ndoye@orange.sn, tel 00221 77 566 63 59

2^{ème} période :

Introduction :

L'anesthésie locorégionale (ARL) connaît, en chirurgie pédiatrique comme en chirurgie de l'adulte, une expansion depuis une vingtaine d'années. Dans le concept d'analgésie multimodale, elle est devenue un outil indispensable. L'objectif de cette étude était de faire une évaluation de notre pratique de l'ALR en chirurgie pédiatrique en étudiant l'évolution de cette activité en 10 ans.

Méthodologie :

Nous avons comparé deux périodes ; 1^{ère} période : Juillet 1999 – Juin 2000,

Aout 2010 – Juillet 2011.

Les aspects étudiés étaient : les caractéristiques démographiques, le terrain, la durée de l'intervention, la technique anesthésique, le type de chirurgie, le taux d'échec, les accidents et incidents.

Résultats

Les patients étaient comparables sur le plan de la démographie et du type d'intervention. L'incidence globale de l'ALR est de 40,25% pour la 1^{ère} période contre 49,64% pour la 2^{ème} période.

La répartition des techniques est représentée par le tableau suivant.

	1 ^{ère} période	2 ^{ème} période
Bloc périmedullaire	74%	46,35%
Bloc de diffusion	12%	43,54%
Bloc plexique	14%	10,11%
Taux d'échec	0,6%	4,9%
Accidents / incidents	0	8 cas

Tableau comparant les techniques et les incidents sur deux périodes

Nous notons une évolution des techniques d'ALR avec une place importante qu'occupent les blocs de diffusion au profit du bloc caudal. Les accidents anesthésiques notés seulement dans la 2^{ème} période contrastent avec l'amélioration des conditions d'exercice anesthésique.

Conclusion :

L'évolution de notre pratique de l'ALR en pédiatrie est relativement satisfaisante si elle est comparée aux données de la littérature.

Mots clés : anesthésie locorégionale – pédiatrie – évolution

AN 22**Rachianesthésie en chirurgie gynécologique : intérêt de l'association bupivacaïne, fentanyl et morphine**

Nnomoko E, Ze Minkandé J, Mboudou E, Metogo Ntsama JA, Metogo Mbengono JA, Afane Ela A.

Introduction : L'adjonction des adjuvants aux anesthésiques locaux permet de prolonger la durée de l'analgésie et de traiter la douleur post opératoire. Nous avons mené une étude dont l'objectif était de décrire la durée et la qualité de l'analgésie procurée par l'association bupivacaïne, fentanyl et morphine en chirurgie gynécologique.

Matériels et méthodes : Notre étude prospective descriptive a été menée de Juin 2011 à Mars 2012 à l'hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé. Étaient incluses les patientes admises pour chirurgie gynécologique laparotomique réglée sous rachianesthésie. Les patientes opérées sous rachianesthésie et anesthésie générale et celles ayant une contre-indication à la rachianesthésie ainsi que celles ayant refusé de participer à l'étude ont été exclues. Le mélange anesthésique comprenait : la bupivacaïne : 13 mg, la morphine 0,1 mg et le fentanyl 20 µg. Les paramètres étudiés comportaient les paramètres anthropométriques, les paramètres anesthésiques, le délai d'installation du bloc sensitif et moteur, l'évaluation de la douleur postopératoire par l'EVA, la première demande en analgésique.

Résultats : Cent patientes ont été retenues. L'âge moyen des patientes était de $39,22 \pm 10,41$ ans, les patientes étaient ASA I et II essentiellement. L'indication opératoire la plus fréquente était la myomectomie. Le bloc moteur était présent à la 5^{ème} minute. L'incident le plus observé était l'hypotension peropératoire. Les scores EVA variaient entre 1 à la

septième heure et 3 à la 24^{ème} heure. La première demande en analgésique est survenue à la 24^{ème} heure pour 11 patientes et il n'y a pas eu de demande en analgésique pour 89 patientes. Ce protocole a permis de réduire le coût des antalgiques en période postopératoire.

Conclusion : L'association fentanyl, morphine et bupivacaïne permet d'obtenir une analgésie de bonne qualité et de longue durée sans majoration des effets indésirables par rapport aux techniques conventionnelles.

Mots clés : Rachianesthésie, association bupivacaïne/fentanyl/morphine, analgésie

Références

1. **Mercier F. J., Tercym., Benhamou P.** Analgésie après rachianalgésie versus CPCEA ; évaluation et traitement de la douleur. Ann. Fr Anesth Réa. 1998 : 1873-81.
2. **Malinovsky JM.** Anesthésie intrathécale. Conférences d'actualisation SFAR. Paris : Elsevier 2006 : 351-64.
3. **Raffaelli W, Marconi G, Fanelli G, et al.** Opioid-related side-effects after intrathecal morphine: a prospective, randomized, double-blind dose-response study. Eur. J. Anaesthesiol 2006 : 1-6.