

Pratique anesthésique pour urgences chirurgicales abdominales à l'hôpital régional de Thies

Anesthetic practice for abdominal surgical emergencies at Thies Regional Hospital

Mbaye Diaw¹, Denis Barboza², El Hadj Ndiassé Diop¹, Pa Ba³, Pa Leye¹, Pi Ndiaye², F Ndiaye⁴, E Diouf¹

1. Service d'Anesthésie-Réanimation CHU Aristide Ledantec- UCAD Dakar
2. Service d'Anesthésie-Réanimation Hôpital de la Paix Ziguinchor - UFR Ziguinchor
3. Service de Chirurgie Hôpital Régional Thiès - UFR Thiès
4. Service d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Régional Thiès - UFR Thiès

Auteur correspondant : Mbaye DIAW, Tel : 00221774487921, Email : diawfara86@gmail.com

Résumé

Introduction : La gestion anesthésique des urgences abdominales constitue toujours un véritable challenge du fait de l'état hémodynamique souvent précaire des patients et du risque d'estomac plein. Le but de ce travail était d'étudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des urgences chirurgicales abdominales.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective sur cinq mois allant du 1er Janvier 2016 au 31 Mai 2016 portant sur les patients ayant bénéficié d'une anesthésie pour abdomen chirurgical. L'âge, le sexe, la pathologie chirurgicale, la technique anesthésique, les drogues utilisées et l'issue du malade ont été les paramètres étudiés.

Résultats : Durant la période d'étude, nous avons colligé 90 patients, avec 64 patients de sexe masculin (71%) et 26 patients de sexe féminin (29%) et un sex-ratio de 2,4. L'âge moyen était de 34 ans avec des extrêmes de 7 jours et 82 ans. La classe ASA II-U était prédominante avec 42% des cas, suivie de la classe ASA III-U avec 26% des cas. L'étude de la pathologie chirurgicale montrait une pathologie appendiculaire dans 33% des cas, un syndrome occlusif dans 24% des cas, une péritonite dans 21% des cas, un étranglement herniaire dans 13% des cas, une contusion abdominale dans 3% des cas, une torsion kystique ovarienne et une grossesse extra-utérine dans 3%. L'anesthésie générale a été pratiquée dans 95% des cas et l'anesthésie loco-régionale, exclusivement la rachianesthésie, dans 5%. Tous les patients avaient bénéficié de l'administration de suxaméthonium dans le cadre de l'induction à séquence rapide et du fentanyl comme morphinique. L'hypnotique le plus utilisé était le propofol. La transfusion a été nécessaire dans 12% des cas. Les interventions duraient entre 30 et 180 minutes. 10 patients (11% des cas) ont été transférés en Réanimation essentiellement pour instabilité hémodynamique per-opératoire et retard de réveil. La mortalité post-opératoire était de 6%.

Conclusion : l'anesthésie pour abdomen chirurgical reste toujours un défi du fait du retard diagnostique, de la précarité du terrain et de l'insuffisance des moyens techniques.

Mots-clés : anesthésie - urgences - digestives - estomac plein

Summary :

Introduction: The anesthetic management of abdominal emergencies is always a real challenge because of the often precarious hemodynamic state of patients and the risk of inhalation. The aim of this work was to study the anesthetic management of abdominal emergencies in Thiès.

Patients and methods: This is a retrospective study from January 1, 2016 to May 31, 2016 involving patients who had undergone anesthesia for surgical abdomen. Age, gender, surgical pathology, anesthetic technique, drugs used, and outcome of the patient were the parameters studied.

Results: During the study period, we collected 90 patients, with 64 male patients (71%) and 26 female patients (29%) and a sex ratio of 2.4. The average age was 34 years with extremes ranging from 7 days to 82 years. The ASA II-U class was predominant with 42% of cases, followed by the ASA III-U class with 26% of cases. The study of surgical pathology showed appendiceal pathology in 33% of cases, occlusive syndrome in 24% of cases, peritonitis in 21% of cases, hernial strangulation in 13% of cases, abdominal contusion in 3% of cases. case, ovarian cystic torsion and ectopic pregnancy in 3%. General anesthesia was performed in 95% of cases and locoregional anesthesia, exclusively spinal anesthesia, in 5%.

All patients had received suxamethonium as part of fast-sequence induction and fentanyl as morphine. The most used hypnotic was propofol. Transfusion was necessary in 12% of cases. The interventions lasted between 30 and 180 minutes. 10 patients (11% of cases) were transferred to intensive care mainly for perioperative hemodynamic instability and delayed wake up. The postoperative mortality was 6%. **Conclusion:** Anesthesia for surgical abdomen is still a challenge because of the delayed diagnosis, the precariousness of the ground and the insufficiency of the technical means.

Keywords: anesthesia - emergencies - digestive - inhalation

Introduction:

Les urgences abdominales sont définies comme étant douleurs abdominales évoluant depuis quelques heures ou quelques jours (moins de trois) et qui sont en rapport avec une pathologie chirurgicale, nécessitant un traitement en urgence. Leur management péri-opératoire en périphérie pose plusieurs problèmes tels que le retard de consultation et de diagnostic, l'état hémodynamique souvent précaire qui en découle, le risque d'évolution vers le choc septique, le manque de moyens de monitoring et de traitement.

L'objectif de ce travail était d'étudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des urgences chirurgicales abdominales au Centre hospitalier Régional Amadou Sakhir Ndiéguène de THIES.

Patients et Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective du 1er Janvier 2016 au 31 Mai 2016 menée au Bloc opératoire des Urgences

du Centre Hospitalier Régional de THIES. Étaient inclus les dossiers des patients admis et opérés en urgence pour un syndrome douloureux abdominal aigu. Étaient exclus les patients dont les dossiers étaient incomplets et les reprises chirurgicales.

Les variables étudiées étaient: l'âge, le sexe, la classe ASA, la pathologie chirurgicale, la technique anesthésique, les drogues utilisées, l'état hémodynamique peropératoire et l'évolution.

Résultats:

Nous avons colligé 90 patients; ce qui représentait 45% de l'activité chirurgicale des urgences. L'âge moyen était de 34 ans avec des extrêmes de 7 jours et 82 ans. Les hommes représentaient 71% (n=64) et les femmes 29% (n=26) avec un sex-ratio de 2,4. La classe ASA II-u était prédominante dans 42% des cas (n=38) suivie de la classe ASA I-u avec 30% des cas (n=27) et de la classe ASA III-u avec 26% des cas (n=24).

Le tableau I décrit les affections les plus fréquemment rencontrées à l'origine des abdomens chirurgicaux

Tableau I : répartition selon les pathologies

Pathologies	Appendicites et complications	Occlusions	Péritonites	Hernies	Contusions abdominales	Torsions kystes ovariens
Effectif	30	22	20	12	3	3
Pourcentage (%)	33	24	21	13	3	3

Le signe fonctionnel le plus fréquemment rencontré était la douleur abdominale. Tous les patients avaient bénéficié d'un bilan pré-opératoire minimal comportant la numération formule sanguine et un bilan d'hémostase (TP, TCK). La créatininémie et l'ionogramme sanguin étaient réalisés chez 28% des patients tandis que l'ASP était réalisé chez 75% des patients. Une préparation hémodynamique adaptée était nécessaire dans 46% des cas. Elle consistait à un

remplissage vasculaire avec des cristalloïdes en raison d'un litre par heure pendant 2 à 3 heures. Une sonde urinaire était posée pour monitorer ce remplissage et les constantes hémodynamiques du patient (TA, FC, SpO2) étaient surveillées et notées. L'anesthésie générale était

réalisée dans 95% (n=86) des cas et l'anesthésie loco-régionale, exclusivement la rachianesthésie dans 5% (n=4) des cas. Une induction à séquence rapide avec administration de Suxaméthonium et manœuvre de Sellick était faite dans tous les cas d'anesthésie générale. L'hypnotique le plus utilisé était le propofol, dans 56% des cas (**Tableau II**). En per-opératoire l'analgésie était assurée par le fentanyl comme morphinique et l'entretien par l'halothane dans tous les cas. Une ventilation mécanique au respirateur d'anesthésie était faite chez 80 patients (88%) et une ventilation manuelle chez 10 patients (12%), essentiellement les nouveau-nés et les nourrissons.

Tableau II : Hypnotiques utilisés

Produits	Propofol	Thiopental	Kétamine
Effectif	48	29	9
Pourcentage (%)	56%	34%	10%

Une antibiothérapie était réalisée dans 77% des cas, avec l'association ampicilline-métronidazole dans 55% et l'association ampicilline-métronidazole-gentamycine dans 22%. Durant l'intervention, la PAM moyenne était de 7,2 cmHg (n=80) pour un remplissage moyen de 1750 ml de cristalloïdes. La transfusion était nécessaire dans 12% des cas. La durée moyenne de la chirurgie était de 85 minutes (extrêmes entre 30 et 180min) et de l'anesthésie 105 minutes (extrêmes entre 45 et 240min). 80 patients (89%) étaient extubés sur table, avec un délai

moyen d'extubation de 20 minutes et transférés aux urgences chirurgicales. Dix (10) patients (11%) étaient transférés en Réanimation pour instabilité hémodynamique dans 6 cas et retard de réveil dans 4 cas. La mortalité globale était de 6,6% (6 décès) et les causes de décès étaient le choc septique dans 66% (n=4), l'hyperkaliémie sévère dans 17% (n=1) et le choc hypovolémique associé à des lésions neurologiques graves dans 17% (n=1). Parmi les patients transférés en

réanimation, 4 patients sont décédés dans un délai de 24 heures dans 75% des cas.

Discussion :

Les urgences digestives occupent une place importante dans l'activité opératoire des urgences chirurgicales sous les tropiques comme le montre notre étude où elles représentaient 45% de l'activité opératoire des urgences. Cette même fréquence élevée est retrouvée dans l'étude de Harouna et al. [1] où sur une période de 2 ans, les abdomens aigus chirurgicaux concernaient 742 patients, représentant 62% des interventions chirurgicales en urgence. Notre population d'étude est jeune avec une moyenne d'âge de 34 ans et une prédominance masculine (sex-ratio : 2,4), ce qui concorde avec d'autres séries africaines [2,3,4]. Dans notre travail, la faible proportion féminine pourrait être liée au fait que la plupart des urgences chirurgicales gynécologiques sont pris en charge au bloc opératoire du service de gynécologie - obstétrique.

Dans notre série comme dans celle de Soumah [4], la pathologie appendiculaire (appendicite aigue, abcès appendiculaire) occupe la première place des urgences chirurgicales (33% et 66% respectivement). Cependant, on retrouve l'occlusion intestinale comme première cause des abdomens chirurgicaux dans la plupart des séries africaines du fait de la grande fréquence du volvulus du colon pelvien [1,5]. En milieu tropical, il est généralement admis que les péritonites résultent de l'évolution défavorable de l'appendicite aigue, de l'ulcère gastroduodéal et de la fièvre typhoïde [1]. C'est ainsi que dans notre travail, les péritonites étaient d'origine appendiculaire (45% des cas) et par perforation (40% des cas).

Sur le plan clinique, la douleur abdominale est le signe fonctionnel le plus constant [4,5]. Les autres signes dépendent de l'étiologie et du stade évolutif de la maladie.

Le dosage de l'hémoglobine et un bilan de la crase sanguine étaient réalisés chez tous les patients dans notre travail contre 91% dans la série de Gaye et al [3]. Ceci du fait d'une prescription quasi-systématique et pas toujours justifiée dès l'admission aux urgences chirurgicales. Le principal examen d'imagerie accessible en urgence était l'ASP (75%); en effet l'échographie et la TDM sont disponibles mais restent onéreuses en périphérie pour la plus grande majorité de la population vivant au-dessous du seuil de pauvreté. L'attente de leur réalisation en milieu rural peut entraîner un réel retard à l'intervention et assombrir le pronostic. Dans notre étude, 46% (n=42) des patients ont bénéficié d'une préparation hémodynamique avec remplissage vasculaire contre seulement 15% dans la série de Faboye et al [6]. Ceci pourrait s'expliquer par le nombre plus important de patients ASA II-u et ASA III-u dans notre série (42% et 26%).

L'anesthésie générale était la technique anesthésique la plus fréquente (95%) dans notre étude. Gaye et al [3] ont

aussi observé une prédominance de l'anesthésie générale contre 5% de rachianesthésie. Cependant dans l'étude de Faboye et al [6], l'anesthésie générale était réalisée dans 50% des cas, probablement du fait des urgences obstétricales incluses dans ce travail et réalisées sous anesthésie loco-régionale. Les abdomens chirurgicaux sont généralement considérés comme « estomac plein ». Les recommandations préconisent en cas d'anesthésie générale une induction à séquence rapide et manœuvre de Sellick, avec aspiration digestive pour minimiser le risque d'inhalation [7-13]. Dans notre travail, l'induction à séquence rapide (hypnotique-Suxamethonium) était réalisée dans tous les cas d'anesthésie générale comme dans le travail de Gaye et al (97%) [3]. En cas stabilité hémodynamique l'hypnotique idéal reste le Thiopental pour sa puissance et sa rapidité d'action [8 9]. Les situations hémodynamiques instables doivent faire préférer soit l'étomidate ou la kétamine [9,14]. Dans notre travail, la kétamine a été utilisée dans 10% des cas chez des patients présentant un état hémodynamique instable. Tous les cas d'anesthésie générale ont été réalisés avec administration d'un curare d'action courte conformément aux recommandations, en l'occurrence le suxamethonium [9]. En effet, ce curare dépolarisant à un délai d'action court (1min), et une durée d'action brève (10min) et propose des conditions excellentes d'intubation [15]. Dans notre série l'analgésie per-opératoire était assurée par le fentanyl (100%). De même dans la plupart des protocoles d'induction rapide, les morphiniques ne sont administrés qu'après protection des voies aériennes (intubation) du fait des effets émétiques [9]. Néanmoins des morphiniques avec un délai d'action rapide et une courte durée d'action comme l'alfentanil (30-40 µg/kg) ou le rémifentanil (> 4 µg/kg) peuvent être utilisés pour diminuer le retentissement hémodynamique de la laryngoscopie en chirurgie cardiaque, en obstétrique et en neurochirurgie [9]. L'entretien était réalisé dans tous les cas par l'halothane du fait de la non-disponibilité des autres halogénés moins cardiopresseur et moins prorythmogène (isoflurane, sévoflurane). La fréquence des incidents per-opératoires (11,11%) est semblable à celle de Gaye et al, mais inférieure à celle observée dans d'autres séries africaines [3,5,6] du fait de l'inclusion des hypotensions fugaces et des accès hypertensifs dans ces études. Dans notre travail, il s'agissait des instabilités hémodynamiques dans 6 cas et de retard de réveil dans 4 cas ; en post-opératoire ces patients étaient transférés en réanimation intubés et ventilés. Dans les séries africaines, la morbidité opératoire est élevée, concernant principalement la suppuration pariétale [1,4,5]. Dans notre travail, elle est sous-estimée (2,2 %) du fait que la plupart des complications post-opératoires n'étaient pas consignées dans les registres. C'est le lieu de souligner l'importance

de la coelio-chirurgie en urgence abdominale qui peut permettre une suppuration pariétale moindre, une réduction de la mortalité et de la durée de séjour hospitalier comme l'a démontré Cissé et al [15] dans leur étude sur la laparoscopie en urgence.

La mortalité globale était de 6,6% (n=6) dont 4 par choc septique (66%) ; ce qui concorde avec les résultats obtenus par Soumah et al [4] (66% dû au choc septique) et Gaye et al [3] (33% dû au choc septique) au Sénégal, mais aussi dans la plupart des séries africaines où le choc septique, inhérent à la péritonite, reste la première cause de décès [9]. Par ailleurs, cette mortalité élevée spécifique à la péritonite peut s'expliquer non seulement par le retard diagnostique et de prise en charge, le bas

niveau socio-économique [9], mais aussi par des protocoles d'antibiothérapie non adaptés et inefficaces.

Conclusion :

Les urgences abdominales chirurgicales occupent une place importante dans l'activité des urgences. Elles sont le plus souvent dues à l'appendicite aigue et ses complications. La morbidité et la mortalité demeure élevée dans notre contexte. La sensibilisation des populations sur les problèmes de santé, l'amélioration du plateau technique, une collaboration multidisciplinaire incluant anesthésiste-réanimateurs, chirurgiens, biologistes, radiologues permettraient de réduire fortement ces complications.

Références :

1. **Harouna et al.** Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'Hôpital National de Niamey : étude analytique et pronostic. Méd Afr Noire. 2001 ; 48 : 49-54.
2. **Ka Sall B, Kane O, Diouf E, Beye MD.** Les urgences dans un Centre Hospitalier et Universitaire en milieu tropical. Le point de vue de l'anesthésiste réanimateur. Med Trop 2002 ; 62 : 247-250
3. **Gaye I et al.** Prise en charge péri opératoire des urgences chirurgicales abdominales chez l'adulte au CHU Aristide Le Dantec. Pan Afr Med J. 2016; 24: 190
4. **Soumah SA, Ba PA, Diallo-Owono FK, Toure CT.** Les abdomens aigus chirurgicaux en milieu africain : étude d'une série de 88 cas à l'hôpital Saint Jean de Dieu de Thiès. Sénégal Bull Med Owendo. 2011 ; 13 : 13-16.
5. **Touré A.** Anesthésie pour urgence chirurgicale abdominale à l'hôpital Gabriel Touré de Bamako. Thèse médecine : Université de Bamako ; 2007.
6. **Diop FNM.** Prise en charge anesthésique des urgences chirurgicales à l'hôpital régional de Tambacounda. Mémoire DES d'anesthésie-réanimation n° 788, Dakar 2013.
7. **Debaene B, Lebrun E, Lehuédé MS.** Anesthésie pour urgences abdominales. Conférences d'actualisation. Paris Elsevier 1999 ;105-21
8. Plaud et coll. Ann Fr Anesth Reanim 2002 ;21 :247-8
9. **Boulay G, Hamza J.** Anesthésie et estomac plein. 44ème Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Médecins. Conférences d'actualisation : SFAR 2002 ; 217-26.
10. **Salem MR.** Cricoid pressure for preventing gastric insufflation in infants and children. Anesthesiology 1994 ; 80 : 1182-3.
11. **Sellick.** Cricoid pressure to control regurgitation of stomach contents during induction of anesthesia. Lancet.1961 ; 2 : 404-6
12. **Vanner RG, Goodman NW.** Gastro-oesophageal reflux in pregnancy at term and after delivery. Anaesthesia 1989 ; 44 : 808-11.
13. **Mendelsohn.** The aspiration of stomach contents into the lungs during obstetric anesthesia. Am J Obstet Gynecol 1946
14. **Fuchs-Buder T, Sparr HJ, Ziegenfuss T.** Thiopental or etomidate for rapid sequence induction with rocuronium. Br J Anaesth 1998 ; 80 : 504-6.
15. **Cissé M, Konaté I, Ka O, Dieng M, Tendeng J, et al.** La laparoscopie en urgence à la Clinique Chirurgicale de l'Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar : les 100 premiers cas. e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie 2009 ; 8 : 78-81.