



Le bureau de la SARANF

Présidente:	Prof Elisabeth DIOUF
Vice-président Afrique de l'ouest:	Docteur KANE MBAYE
Vice-président Afrique centrale:	Docteur Bula Bula
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 comission scientifique de la SARANF

Président:	Dr Papa Ngalgou GUEYE
Membres:	Dr Eric AMISI Pr Mamadou Diarrah BEYE Dr Maman Sani CHAIBOU Dr Clotilde NJALL Pr Youssouf COULIBALY Dr Aladji Seydou DEMBELE, Dr Wilfried MBOMBO Pr Eugène ZOUMENOU

Le comité scientifique du congrès

Le comité d'organisation

Président:
Vice-présidente:
Membres

Nationaux

Internationaux

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

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

Rédacteur en Chef
Brouh Yapo

Directeur de Publication
Elisabeth DIOUF

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

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

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

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

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

Mot de la présidente SARANF 2012

La SARANF a 30 ans!

Voilà 30 ans que notre société prenait naissance à Cotonou. Trente ans, trentième congrès ; malgré les difficultés de l'organisation, les aléas des déplacements, le pari de l'organisation annuelle du congrès a été réussi.

Je rends un vibrant hommage à nos Maîtres qui ont œuvré pour la création et le développement de notre société que nous avons la lourde tâche de hisser et de maintenir dans le concert des grandes sociétés savantes.

Cette année nous nous rendons à Lomé, exactement 26 ans après le 5^{ème} congrès de la SARANF qui s'est tenu au Togo en 1988, où la Société Togolaise d'Analgésie-Anesthésie-Réanimation et Médecine d'Urgence qui nous accueille organise son 5^{ème} congrès.

Cadre d'échanges intenses entre spécialistes anesthésistes-réanimateurs, urgentistes d'Afrique et d'ailleurs, le congrès de la SARANF est devenu un moment incontournable de la vie de nos différentes sociétés. Comme par les années précédentes, nous voulons consolider nos acquis et innover particulièrement en direction des jeunes médecins anesthésistes-réanimateurs qui attendent beaucoup de la SARANF et du congrès

!

qui est l'un des moments de rencontres les plus constants.

A cet effet, la commission scientifique mise en place lors de la dernière AG de la SARANF nous a gratifiés d'un excellent programme qui porte sur la neuroanesthésie, la neuroréanimation, les traumatismes graves, l'anesthésie-réanimation pédiatrique, les EVASAN et la recherche médicale. Des conférences d'experts sont également programmées sur des thèmes d'actualité et un accent particulier est mis sur la formation avec les ateliers destinés aussi bien aux médecins qu'aux techniciens en anesthésie-réanimation.

Nous remercions les autorités togolaises et en premier le Président de la République qui nous permet de nous retrouver encore une fois à Lomé et pour son soutien actif et celui de son gouvernement à l'organisation de notre manifestation.

Tous à Lomé pour un Congrès mémorable.

Excellent Congrès à vous tous.

Vive Lomé 2014 !

Vive la SARANF

Professeur Elisabeth DIOUF

Le mot du président de la commission scientifique

Le congrès de la SARANF 2014 marque un tournant!

La SARANF 2013 à Kinshasa a été un succès de par l'organisation, la qualité des communications et des échanges.

Kinshasa a vu naître la Commission Scientifique de la SARANF dont un des rôles est de contribuer à l'élaboration du programme scientifique du Congrès.

Sur les grandes thématiques fixées par la SARANF et son Bureau, la Commission Scientifique a donc travaillé sans relâche pour un programme dense, riche et diversifié dont le but est de promouvoir la connaissance et la formation continue, mais aussi de développer les échanges entre professionnels, les partages d'expérience entre pays, l'interactivité entre médecins et soignants.

La SARANF 2014 marque donc un tournant par la volonté d'ouverture et d'innovation, par le renforcement de la

solidarité et du partenariat avec d'autres sociétés savantes, et par la diversité et la qualité des sessions.

A côté des conférences, et des rencontres avec les experts, une place sera donnée d'une part aux ateliers interactifs autour de la simulation et d'autre part aux paramédicaux et en particuliers aux Techniciens Supérieurs d'Anesthésie-Réanimation.

Au nom de la SARANF, de la Commission Scientifique et du Comité Local d'organisation, nous vous donnons rendez-vous à Lomé du 19 au 21 Novembre pour la SARANF 2014.

Dr Papa Ngalgou GUEYE

Président de la Commission Scientifique de la SARANF

DAR-SMUR Hôpital Lariboisière Paris

Tel 00 33 1 49 95 61 61

Mob 00 33 6 84 64 46 18

Mot du président du comité d'organisation

Résumés des communications

Anesthésie et Réanimation Pédiatrique

Prise en charge périopératoire des enfants opérés pour chirurgie à cœur fermé au CHU du Point G

Camara B¹, Dicko H¹, Goita D¹, Coulibaly B², Diallo B¹, Diallo D¹, Keita M¹, Togola B², Doumbia D¹, Sissoko F², Coulibaly Y¹

1 : Service d'Anesthésie-Réanimation et des Urgences CHU Point G, 2 : service de Chirurgie B CHU Point G

Auteur correspondant : issou_fr@yahoo.fr

Objectifs : Évaluer la prise en charge périopératoire des enfants opérés pour cardiopathies congénitales.

Matériels et méthodes: il s'agissait d'une étude prospective, qui a porté sur 36 cas de cardiopathies congénitales opérés et hospitalisés dans le service d'anesthésie réanimation au CHU du Point G durant la période allant de Janvier 2010 à Avril 2014.

Résultats: durant la période d'étude, 36 cas de cardiopathie congénitale ont été opérés dont 29 de persistance du canal artériel et 7 de tétralogie de Fallot. Le sexe féminin était prédominant avec 19 cas (52,8%) et 40 % étaient âgés de moins de 6 ans. Le souffle cardiaque (60%), la tachycardie (27%), l'arythmie (14%), les râles crépitants (42%) et l'asymétrie thoracique (32%) étaient les signes cliniques les plus retrouvés à la consultation d'anesthésie. Les signes de retentissement des cardiopathies étaient: la dyspnée (38,9%), le retard psychomoteur (19,4%), la cyanose (9,7%), le retard staturopondéral (12,5%) et la polyglobulie (9,7%). Les patients étaient respectivement ASA1 18 cas (50%), ASA2 13 cas (36%) et ASA3 5 cas (14%). Le protocole d'induction était à base de: propofol associé au sufentanyl et au atracurium chez respectivement 21 patients (60%), 16 patients (45%) et 23 patients (64%) et l'entretien était assuré dans 83% des cas par l'halothane. L'analgésie postopératoire était multimodale associant du paracétamol et la morphine. Les complications ont été un cas de lésions du canal artériel et un cas de hémothorax. Nous avons enregistré deux décès en postopératoire immédiat.

Conclusion: La prise en charge péri-opératoire des cardiopathies congénitales est difficile dans nos conditions et nécessite un plateau technique performant et une ressource humaine bien formée.

Mots clés: cardiopathies congénitales – anesthésie-réanimation – Bamako

Anesthésie péribulbaire (APB) chez les enfants au CHU IOTA

Dembélé A S; Diango D M, Tall F K; Almeimoune H; Beye S A; Mangane M I; Coulibaly Y, Diallo A K.

Auteur correspondant: dralasaïd@gmail.com

Objectif: évaluer la faisabilité de l'APB chez les enfants au CHU IOTA

Patients et méthodes il s'agissait d'une étude prospective sur une période de 12 mois (Janvier à décembre 2012) au CHU IOTA. Elle a concerné tous les enfants de 6 à 15 ans devant subir une chirurgie de l'oeil chez qui une mise en confiance était obtenue depuis la consultation d'anesthésie

Matériels: Aiguilles à biseau court 25G et 32mm maximum de long. -Anesthésiques locaux: association Bupivacaine 0,5%, Lidocaine 2 %. - Ballonnet de compression oculaire mécanique type Honan ou sac de sable de 225g.

Résultats et commentaires Nous avons colligé 300 enfants sur 679 enfants admis dans notre service. La tranche d'âge de 11-12 ans avait représenté 20% avec des extrêmes de 6 et 15 ans, le sexe masculin le sex-ratio était de 2.1. Une consultation pré anesthésique a été réalisée chez 84% des patients au cours de laquelle une stratégie de mise en confiance par contact verbal a été décidée chez 14,3%. Nous avons eu recours à une sédation chez 3 de nos patients soit 1% des sujets. La cataracte était la principale indication chirurgicale chez 63,4%. Deux de nos patients étaient asthmatiques. Quarante-deux pourcent (82%) étaient ASA I. L'acte anesthésique a été réalisé par un infirmier anesthésiste dans 71% des cas. Les doses de 6 cc d'anesthésique local en injection temporale inférieure et 2cc en nasale supérieure nous ont permis de procurer une anesthésie satisfaisante respectivement dans 69 et 66% cas. L'anxiété a été l'évènement indésirable le plus noté chez 12,3% des patients. Nous n'avons enregistré aucune complication chez 99% d'entre eux.

Conclusion: APB chez l'enfant est faisable, reproductible dans la limite d'âge de 6-15ans.

Mots clés: anesthésie péri-bulbaire; enfant; ophtalmologie; CHU IOTA.

Anesthésie pédiatrique au centre hospitalier universitaire Sylvanus Olympio (CHU SO) de Lomé (Togo).

Tomta K., Egbohoun P., Mouzou T., Tchanka D., Yaya A.I.

Service d'Anesthésie Réanimation CHU SO de Lomé

Objectif: Evaluer la pratique anesthésique pour chirurgie pédiatrique au CHU Sylvanus Olympio (CHU SO) 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 socio-démographiques, les paramètres étudiés étaient les aspects cliniques, anesthésiologiques et évolutifs.

Résultats : Quatre cent quatre vingt sept patients ont été opérés durant cette période ; L'âge moyen était de 7,5 ans (extrêmes : 1 jour et 15 ans). Le rapport homme/femme était de 285/203 (sex-ratio : 1,4). 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/III (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 orotrachéale (82%), masque facial (17,5%), et canule de trachéotomie (3 cas). 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 (1%) ont été enregistrés.

Conclusion: l'anesthésie pour chirurgie pédiatrique est grevée 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

Chirurgie ambulatoire au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulle de Ouagadougou

Kabré B Y¹ Traoré I², Ouédraogo I A¹, Ouédraogo I¹, Bandré E¹, Ouédraogo N².

1Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulle Ouagadougou, 2 Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo Département d'anesthésie réanimation Ouagadougou

Introduction: La faible capacité d'hospitalisation et les longs délais opératoires, constituent des obstacles à une prise en charge adéquate des patients.

Objectif: faire le bilan de la chirurgie ambulatoire au CHUP-CDG de Ouagadougou et dégager des perspectives d'amélioration.

Matériel et méthodes Il s'est agi d'une étude transversale descriptive portant sur tous les patients de chirurgie ambulatoire du 22 mai au 26 août 2014. Les conditions d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire étaient : âge supérieur à un an ; ASA I ; chirurgie non hémorragique, de durée inférieure à 90 minutes et entraînant une douleur faible à modérée ; contact téléphonique disponible et éloignement de l'hôpital inférieur à une heure.

Résultats Cinquante-six patients, d'âge moyen de 55 mois avec un écart type de 36 et un sex ratio de 3,7 ont été colligés. Les principales indications chirurgicales étaient : 53,57% de persistance du canal péritonéo-vaginal et 21,50% de hernies ombilicales. Une anesthésie générale a été réalisée chez tous les patients avec une induction par le propofol (78,6%) et un entretien à l'halothane. Une anesthésie caudale a été associée chez 57% des patients. La durée moyenne de l'intervention était 33 mn avec un écart type de 21. Aucune complication per opératoire n'a été notée. En post-opératoire immédiat 6 patients (10,71%) ont présenté des complications nécessitant une conversion en hospitalisation conventionnelle pour 7,1%.

Conclusion La morbidité liée à la chirurgie ambulatoire est faible. Une évaluation continue de notre pratique optimisera d'avantage la qualité de cette activité.

Mots clés: chirurgie-ambulatoire-enfant

Bilan préopératoire systématique en chirurgie pédiatrique au CHU de Brazzaville

N. Obenda¹, U.J Biez¹, R.G Soussa¹, E Koutaba², IL.P Ondima²

1 Service de réanimation polyvalente CHU-B

2 Service de chirurgie pédiatrique CHU-B

Auteur correspondant: Norbert OBENDA. E-mail:norbertobenda@gmail.com

Objectif: Evaluer l'intérêt et le coût du bilan préopératoire systématique en chirurgie pédiatrique du CHU de Brazzaville.

Matériel et méthodes: étude rétrospective, analytique sur 24 mois à partir des dossiers anesthésique et chirurgical des patients opérés en chirurgie pédiatrique du CHU de Brazzaville pour une chirurgie élective.

Résultats : 560 dossiers ont été colligés. L'âge moyen des patients était de 7,6 (extrêmes 1 et 15 ans) et le sexe ratio de 2,33. (7garçons/3filles). La drépanocytose était le seul antécédent retrouvé chez nos patients (2%).La classification ASA était 1 (90%) et 2 (10%). Il s'agissait d'une chirurgie mineure dans 80% des cas et une chirurgie hémorragique dans 20% des cas. Le groupage sanguin-rhésus et l'hémogramme n'étaient justifiés que dans 15% des cas. Il n'y a eu aucune anomalie des taux de prothrombine(TP) et temps de céphaline activé (TCA).Ce bilan systématique a coûté pour chaque patient la somme de onze mille francs (11.000 F) CFA. Nous n'avions noté ni complication ni incident en per et/ou en post opératoire. La technique anesthésique proposée n'a pas été modifiée par rapport aux résultats des examens paracliniques.

Conclusion: Le bilan préopératoire prescrit systématiquement avant la consultation préanesthésique en chirurgie pédiatrique ne décèle pas d'anomalies majeures conduisant à la modification de la technique anesthésique. Le changement d'attitude à obtenir après consensus avec l'équipe chirurgicale est nécessaire pour réduire le nombre d'examen paracliniques et ainsi réduire le coût de ces derniers (en faisant réaliser des économies à la population).

Mots clés: bilan préopératoire systématique, chirurgie pédiatrique, intérêt, coût.

Prise en charge anesthésiologique des péritonites généralisées chez l'enfant au CHU Tokoin de Lomé.

K Tomta, H Sama

Service d'Anesthésie Réanimation, CHU Sylvanus Olympio Lomé Togo

Introduction: La péritonite généralisée reste une pathologie fréquente et grave responsable d'une mortalité élevée dans les pays en développement. Son pronostic est beaucoup plus sévère chez l'enfant. La mortalité élevée varie selon les pays [1]. Le but de ce travail était d'évaluer la prise en charge anesthésiologique des péritonites généralisées chez l'enfant au CHU Tokoin.

Matériels et méthode: Il s'est agi d'une étude prospective menée du 1^{er} janvier au 31 décembre 2010 auprès des patients âgés de 0 à 15 ans, opérés pour péritonite généralisée dans le service de chirurgie pédiatrique. Les principaux paramètres étudiés étaient: l'âge, le sexe, la prise en charge anesthésiologique et chirurgicale et les complications évolutives.

Résultats: 40 cas de péritonites généralisées ont été recensés. Il y avait une prédominance masculine (65,5%). L'âge des patients variait de 5 jours à 15 ans. 85% des anesthésies ont été administrées par des TSAR sans supervision médicale. 75% des patients ont été admis après au moins 72 heures. Les péritonites appendiculaires occupaient le premier rang (50%) suivies des perforations typhiques (32,5%). 60% étaient en sepsis sévère. 52,5% ont été classés ASA III. Tous les patients avaient bénéficié d'une réanimation préopératoire dont la durée moyenne était de 19,4 heures avec des extrêmes de 4 heures et 75 heures. 42,5% des patients ont reçu au moins deux poches de CGR. 7,5% patients ont été mis sous amines vasopressives. Les complications se répartissaient comme suit: choc septique (5), SDRA (1), IRA dialysée (1). Le taux de mortalité était de 5%.

Conclusion: Les péritonites généralisées de l'enfant restent grevées d'une lourde mortalité au CHU SO de Lomé. Une hospitalisation précoce et une optimisation de la prise en charge s'imposent en vue d'améliorer le pronostic souvent réservé.

Mots clés: Péritonite, Enfant, CHU, Tokoin.

1. Assouto P. Bénin Médical 2003; 25: 36-40

Intérêt du masque laryngé en anesthésie pédiatrique: expérience d'une mission humanitaire

PC. Nze Obiang, S. Essola, Er. Obame, JF. Nnang, P. Nzoghe Nguema, A. Sima Zué

Introduction: La prise en charge des voies aériennes est déterminante en anesthésie. Les particularités physiologiques la rendent encore plus spécifique chez les enfants. Notre travail a consisté à évaluer l'impact de l'utilisation d'un masque laryngé lors d'une mission humanitaire de chirurgie pédiatrique.

Patients et méthodes: Etude descriptive et rétrospective portant sur les données des patients ayant bénéficié d'une anesthésie au cours d'une mission humanitaire de chirurgie infantile du 07 au 11/07/14 à l'Hôpital Régional de l'Estuaire-MELEN (Gabon). Les paramètres étudiés étaient: âge, types de chirurgie, techniques d'anesthésie et les caractéristiques liées à l'utilisation du masque laryngé (temps opératoire, délai du réveil). Le logiciel Microsoft Excel 2010 a servi à l'analyse des données.

Résultats: Durant les 5 jours de la mission humanitaire 43 patients ont été pris en charge dont 36 (83,7%) avaient entre 0 et 16 ans, et la moitié (21) entre 1-5 ans. Les chirurgies viscérales (12), orthopédique (10) et plastique (11) ont été les plus pratiquées. Une anesthésie générale a été pratiquée chez 40 patients (93%), le masque laryngé a permis le contrôle des voies aériennes chez 37,5 % de ces patients dont la moitié (8) chez les enfants de 1-5 ans. Pour des chirurgies de moins d'une heure, 13 patients ont bénéficié d'un masque laryngé et 9 d'une intubation trachéale. Les délais du réveil ont été raccourcis (< 10 minutes) avec le masque laryngé (10 vs 3). Nous n'avons relevé aucun incident en rapport avec l'utilisation de ce dispositif.

Conclusion: Dans le strict respect de ses indications, plusieurs travaux ainsi que notre étude démontrent que le masque laryngé demeure une très bonne alternative dans la prise en charge des voies aériennes en anesthésie pédiatrique et contribue à améliorer le turn-over en salles d'intervention. L'utilisation du masque laryngé devrait être vulgarisée afin d'amener le maximum de praticiens à la maîtrise de cette technique chez les enfants et d'optimiser ainsi leur réhabilitation post-opératoire.

Mots clés: Anesthésie pédiatrique–Contrôle des voies aériennes–Masque laryngé

Les urgences non traumatiques en chirurgie digestive pédiatrique au CHU Sylvanus Olympio de Lomé

Akakpo-Numado Gk, Boume MA, Mihluedo-Agbolan KA, Efiou, Tekou H.

Service de chirurgie pédiatrique du CHU-SO (Lomé)

Auteur correspondant: Akakpo-Numado. Email: akanugregoire@yahoo.fr,

Introduction: Les urgences non traumatiques en chirurgie digestive pédiatrique (UNTD) posent un problème de diagnostic étiologique précis, un problème pronostique et nécessitent une prise en charge thérapeutique dans un délai plus ou moins court. Le but de notre étude était de préciser les aspects épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et pronostique des UNTD dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU-SO.

Matériel et méthodes: Il s'est agi d'une étude rétrospective sur dossiers des enfants âgés de 0 à 15 ans, traités pour UNTD au CHU-SO entre janvier 2009 et décembre 2013.

Résultats: En 05 ans, 215 enfants (165 garçons et 50 filles) ont été traités pour UNTD. Les urgences congénitales regroupaient: les omphalocèles (20 cas), les malformations anorectales (10 cas), la maladie de Hirschsprung (10 cas), les atrésies du grêle (7 cas) et la sténose hypertrophique du pylore (4 cas). Les urgences acquises étaient réparties en urgences infectieuses: les péritonites aiguës généralisées (80 cas) et les appendicites aiguës (54 cas); et en urgences acquises non infectieuses: les invaginations intestinales aiguës (15 cas), les brûlures caustiques de l'œsophage (9 cas), les occlusions intestinales (3 cas), les hernies ombilicales étranglées (2 cas) et 1 cas de hernie inguinale étranglée. Les résultats étaient bons dans presque tous les cas.

Conclusion: Les facteurs de mauvais pronostic étaient le retard à la consultation et les conditions socio-économiques défavorables. L'amélioration des moyens financiers et le renforcement du plateau technique au CHU-SO permettraient d'avoir des résultats encore plus satisfaisants.

Mots clés: occlusion néonatales, péritonites, invagination intestinales aiguës, hernie étranglée, omphalocèle

Prise en charge périopératoire des enfants opérés pour chirurgie à cœur fermé au CHU du Point G

Camara B¹, Dicko H¹, Goita D¹, Coulibaly B², Diallo B¹, Diallo D¹, Keita M¹, Togola B², Doumbia D¹, Sissoko F², Coulibaly Y¹

1: Service d'Anesthésie-Réanimation et des Urgences CHU Point G
2: service de Chirurgie B CHU Point G

Auteur correspondant: Coulibaly Y **Email:** issou_fr@yahoo.fr

Objectifs: Évaluer la prise en charge périopératoire des enfants opérés pour cardiopathies congénitales.

Matériels et méthodes: il s'agissait d'une étude rétro prospective, qui a porté sur 36 cas de cardiopathies congénitales opérés et hospitalisés dans le service d'anesthésie réanimation au CHU du Point G durant la période allant de Janvier 2010 à Avril 2014.

Résultats: durant la période d'étude, 36 cas de cardiopathie congénitale ont été opérés dont 29 cas de persistance du canal artériel et 7 cas de tétralogie de Fallot. Le sexe féminin était prédominant avec 19 cas (52,8%) et 40 % étaient âgés de moins de 6 ans. Le souffle cardiaque (60%), la tachycardie (27%), l'arythmie (14%), les râles crépitants (42%) et l'asymétrie thoracique (32%) étaient les signes cliniques les plus retrouvés à la consultation d'anesthésie. Les signes de retentissement des cardiopathies étaient: la dyspnée (38,9%), le retard psychomoteur (19,4%), la cyanose (9,7%), le retard staturopondéral (12,5%) et la polyglobulie (9,7%). Les patients étaient respectivement ASA1 18 cas (50%), ASA2 13 cas (36%) et ASA3 5 cas (14%). Le protocole d'induction était à base de : propofol associé au sufentanyl et au traciurium chez respectivement 21 patients (60%), 16 patients (45%) et 23 patients (64%) et l'entretien était assuré dans 83% des cas par l'halothane. L'analgésie postopératoire était multimodale associant du paracétamol et la morphine. Les complications ont été un cas de lésions du canal artériel du canal et un cas de hémithorax. Nous avons enregistré deux décès en postopératoire immédiat.

Conclusion: La prise en charge péri-opératoire des cardiopathies congénitales est difficile dans nos conditions et nécessite un plateau technique performant et une ressource humaine bien formée.

Mots clés: cardiopathies congénitales – anesthésie-réanimation Bamako

Tolérance hémodynamique de l'anesthésie caudale chez l'enfant

Maimouna; Bengono Bengono R; Amengle A.L; Metogo Mbengono J.A; Afane Ela A; Ze Minkande J.

Département de chirurgie et spécialités, FMSB

Introduction: L'anesthésie caudale est une technique d'anesthésie péridurale qui consiste en l'injection d'un mélange anesthésique dans l'espace péridural à travers le hiatus sacré. Ces trente dernières années, l'anesthésie caudale est devenue une pratique incontournable en anesthésie pédiatrique. Cependant sa pratique n'est pas indemne des complications. L'audit de l'ADARPEF réalisé entre 1993 et 1994 avait retrouvé une morbidité de 7 pour 10.000 anesthésies caudales. En Afrique, en 1997, Aguemon A. et al ont retrouvé une incidence de 4 pour 100 anesthésies caudales au Bénin. Au Cameroun, les données sur l'anesthésie caudale sont rares. Le but de l'étude était de décrire la tolérance de l'anesthésie caudale au cours de la chirurgie sous-ombilicale de l'enfant.

Méthodologie: Il s'agissait d'une étude descriptive et prospective. Elle s'est déroulée sur une période de sept mois à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé. Elle concernait tous les enfants opérés pour chirurgie sous-ombilicale sous anesthésie caudale. Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche technique et analysées grâce au logiciel Epi info. Les paramètres étudiés ont été la fréquence cardiaque, la pression artérielle, la durée du bloc moteur et sensitif et les complications per et post opératoires.

Résultats: Trente et quatre enfants ASA 1 et 2 ayant bénéficié d'une anesthésie caudale en injection unique ont été recrutés. L'âge moyen était de 3,4 ans, le sexe masculin était le plus représenté. La chirurgie urétrale et les cures de hernies étaient les principales indications opératoires. La pression artérielle, la fréquence cardiaque sont restées dans les limites de 20% par rapport aux valeurs préopératoires pour les chirurgies d'une durée inférieure à 120 min et chez les enfants de moins de 11 ans. L'échec de la technique était de 11%. Le bloc moteur et l'échec de la technique constituaient les principaux incidents per et post opératoires.

Conclusion: L'anesthésie caudale est une technique sûre et fiable chez l'enfant si les indications et contre-indications sont respectées. Elle assure une bonne stabilité hémodynamique en peropératoire pour les chirurgies de courte durée. La surveillance per et post-opératoire permet de dépister toute complication et d'en assurer une prise en charge immédiate.

Mots clés: Anesthésie caudale, tolérance hémodynamique, incidents et accidents

Aspects épidémiologiques et pronostiques des brûlures graves chez l'enfant

Amengle A.L; Bengono Bengono R; Metogo Mbengono J; Beyiha G; Zé Minkandé J; Obama Abena M.T

Hôpital Gynéco- Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, Faculté de Médecine et des Sciences pharmaceutiques de l'Université de Douala, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I

Introduction: La brûlure constitue une pathologie traumatique fréquente. L'incidence et la mortalité élevées restent préoccupantes malgré les thérapeutiques modernes. Le but de notre étude était de cerner les facteurs épidémiologiques et pronostiques des brûlures graves dans notre contexte.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective et prospective menée sur 14 mois. Etaient inclus les enfants de 0 à 15 ans, hospitalisés pour brûlure grave dans les hôpitaux suivants : Hôpital Central de Yaoundé, Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé, Centre des grands brûlés de Douala. La saisie et l'analyse des données s'est faite par les logiciels Epi-info 2003, SPSS 2003, Excell 2003.

Résultats : Nous avons recensé 68 cas. L'âge de prédilection était de 1 à 5 ans (48,53%). On notait une prédominance du sexe masculin (52,94%). Les circonstances étaient accidentelles. Quarante et neuf cas, soit 72%, étaient admis dans les 24 heures suivant l'accident. Les liquides chauds étaient la principale cause de brûlure grave (76,47%). La surface corporelle était de 20 – 40% dans 45,58% des cas. La profondeur du 2^{ème} degré superficiel était représentée dans 55,88% des cas. Les infections étaient présentes dans 55,88% des cas.

Conclusion: La brûlure grave de l'enfant reste une pathologie préoccupante. La mortalité et la morbidité sont liées à des erreurs de prise en charge, la situation socio-économique défavorable des populations et le manque d'infrastructures. La gestion de ce problème repose sur la prévention primaire et le recyclage du personnel médical et paramédical.

Mots clés : Brûlure grave ; enfant ; aspect épidémiologique et pronostique

Anesthésie Neurochirurgicale

Anesthésie pour hématomes extra et sous duraux au CHU de Tokoin, Lomé - Togo

Mouzou T¹, Tomta K¹, Egbohoun P¹, Beketi A², Eklu K A¹.

1: Service d'Anesthésie Réanimation, CHU Tokoin, Lomé (TOGO)

2: Service de Neurochirurgie, CHU Tokoin

Objectif: Faire l'état des lieux de l'anesthésie pour hématomes extra et sous duraux au CHU Tokoin.

Malades et méthode Il s'agit d'une étude prospective à visée descriptive allant du 17 avril 2008 au 31 décembre 2009 (20 mois) et portant sur les patients victimes d'un traumatisme crânien opéré au bloc central du CHU-Tokoin. Les paramètres étudiés étaient l'âge, le sexe, les catégories socioprofessionnelles, les causes du traumatisme, l'évolution clinique et para-clinique, les modalités de la prise en charge et le pronostic à court terme.

Résultats Le traumatisme crânien représente 37,60% des admissions dans les services des urgences chirurgicales, de la réanimation chirurgicale et le service de neurochirurgie. La tranche d'âge la plus représentée était celle des adultes (54,76%), le sexe masculin a dominé avec un ratio de 9. Les conducteurs de taxi-moto étaient les plus touchés avec 57,03%. La principale cause du traumatisme crânien était l'AVP (85,71%). Près de la moitié des patients (47,61%) étaient des TC graves. Le délai moyen de réalisation du scanner était de 3,9 jours. La prise en charge chirurgicale était de 5,32%.

L'anesthésie générale était la technique d'anesthésie de choix 100% chez les patients opérés. Les incidents et accidents per-opératoires étaient dominés par l'hypotension artérielle (hTA). La prise en charge en générale est embryonnaire. La durée de séjour dans la réanimation chirurgicale après l'opération était de 7,3 jours. La mortalité était de 17%.

Conclusion Les hématomes intra-crâniens sont graves, leur nombre est en nette augmentation d'où l'intérêt de mettre en place des mesures préventives efficaces, des structures adéquates pour leur prise en charge.

Mots clés: Anesthésie, Neurochirurgie, Hématomes cérébraux, CHU

Aspects anesthésiologiques de la ventriculo-cysternostomie (VCS) à l'Hôpital du Mali

Diani N., Sidibé A., Diallo O., Cissé M.A.C., Ouattara K, Dama M.

Introduction L'anesthésie intéresse aussi bien les prématurés que les vieillards, la VCS représente la technique endoscopique utilisée aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

Notre objectif principal était d'évaluer la pratique anesthésiologique et d'identifier les événements indésirables et aussi déterminer la durée de l'anesthésie et de la chirurgie.

Matériel et méthode. Il s'agissait d'une étude prospective de 6 mois. L'analyse et la saisie des données ont été effectuées sur le logiciel Excel, Word, Epi info 3.5.3.fr et khi² comme test statistique a été appliqué.

Résultats: L'âge moyen était de: 50,4 mois. 60% des patients étaient de sexe féminin. 62, 5% avaient un antécédent d'infection dans 53,3% des patients avaient ASA II. Une grande majorité soit 86,7% a reçu du fentanyl, 93,3% le propofol comme hypnotique, halothane 40%, isoflurane 60%, le vecuronium 53,3%. 40% ont fait une tachycardie. La durée moyenne de l'anesthésie était de 106 min celle de la chirurgie de 62 min. L'évolution était favorable dans l'ensemble des cas.

Conclusion: La VCS commence à être aussi en Afrique une technique de choix pour le traitement des hydrocéphalies.

Mots clés. Aspects anesthésiologiques – Ventriculocysternostomie-Hôpital du Mali

Complications post opératoires en chirurgie intracrânienne.

MKTouré, J.Koné, C. Sogodogo, S.A.Beye, D.M.Diango, Y.Coulibaly.

CHU Bamako MALI

Introduction: les tumeurs cérébrales sont à risque de développer des complications postopératoires systémiques avec des séquelles neurologiques graves. Le retard diagnostique d'une complication peut en effet mettre en jeu le pronostic vital.

Objectif: déterminer l'incidence et les caractéristiques des complications survenant en postopératoire immédiat nécessitant une prise en charge spécifique et d'identifier les facteurs prédictifs.

Matériel et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective de janvier 2011 à juillet 2014. Ont été inclus tous les patients opérés en neurochirurgie. Les complications postopératoires précoces ont été définies comme des événements survenant dans les 24h suivant la chirurgie et les complications graves ont été définies par la nécessité de réaliser un scanner cérébral en urgence.

Résultats: Durant la période d'étude, 304 patients avaient bénéficié d'une intervention neurochirurgicale dont 54 pour chirurgie intracrânienne: tumeurs (72,22%), accidents vasculaires cérébraux hémorragiques (7,4%) et lésions post-traumatiques (14,81%). 18 % des patients ont présenté au moins une complication neurologique post opératoire précoce. Le taux de complication jugée grave était de 3%. L'évolution était fatale chez 2 patients, un patient est resté en état végétatif. Les facteurs prédictifs de ces complications étaient : la durée longue de chirurgie, une perte sanguine et délai long de prise en charge, le recours aux vasopresseurs et la non extubation dans les premières 24h.

Discussion: L'incidence des complications rapportées après neurochirurgie intracrânienne reste élevée et varie entre 6 et 10%, ce qui n'est pas le cas dans notre étude. Ces complications sont souvent précoces (hématome cérébral, crises convulsives, œdème).

Les contraintes liées à la pratique de neuroanesthésie dans le contexte du Mali: cas du centre hospitalier mère enfant de Bamako.

MKTouré, J.Koné, E.D Vossah, S.A.Beye, D.M.Diango, Y. Coulibaly.

CHU Bamako MALI

Introduction: l'anesthésie dans les pays en voie de développement, particulièrement la neuroanesthésie se déroule le plus souvent dans des conditions précaires, liées à une situation de pénurie. Ce contexte conditionne une réadaptation de la pratique aux réalités de terrain. L'objectif de notre travail était de faire un état de lieu de notre pratique.

Méthodologie: il s'agissait d'une étude rétrospective de décembre 2010 à juillet 2014. Elle a concerné tous les patients opérés pour pathologies neurochirurgicales.

Résultats: durant la période d'étude 304 patients ont bénéficié d'une intervention pour pathologie neurochirurgicale avec un âge moyen de 30,76±24 ans en vers des hommes. La DVP a représenté 28,3% des cas, les tumeurs cérébrales 12,8%, et les urgences vasculaires 14,1%. Les interventions programmées étaient de 74% avec une durée moyenne de 6,46H. 44,1% des patients ont présenté au moins un accident ou incident peropératoire. L'ensemble des patients ont bénéficié d'un monitoring de base et d'une antibioprophylaxie (pas forcément adaptée). La capnographie a été utilisée chez 8 patients. L'halothane a été utilisé dans 76,6% des cas, et 50,7% des patients ont été ventilés manuellement, 5,5% des patients ont présenté un retard de réveil. Deux décès périopératoires ont été rapportés.

Discussion: la pratique de la neuroanesthésie qui est très diversifiée, reste un défi dans notre contexte. La spécificité de cette pratique est liée aux techniques, aux agents anesthésiques et au monitoring utilisé. Cependant, elle doit s'adapter au site d'intervention et à la pathologie du patient

Aspects épidémiologiques de la ventriculocisternostomie (VCS) à l'Hôpital du Mali à propos de 15 cas

Diani N., Sidibé A., Diallo O, Cissé M.A.C., Ouattara K, Dama M.

Introduction La ventriculocisternostomie est une technique neuroendoscopique mini invasive pour le traitement de l'hydrocéphalie.

Objectif: Identifier les aspects épidémiologiques des bénéficiaires de cette technique.

Matériel et méthodes. Il s'agissait d'une étude prospective de 6 mois. L'analyse et la saisie des données ont été effectués avec le logiciel Excel, Word, Epi info 3.5.3.fr et le χ^2 appliqué comme test statistique.

Résultats. 15 patients ont été colligés parmi lesquels 33% étaient âgés de moins de 6 mois avec une moyenne de 50,4 mois. Le sexe féminin représentait 60%, la majorité des enfants résidait en zone rurale soit 53,3% Seulement 20% provenaient d'autres hôpitaux. 62, 5% avaient un antécédent d'infection avec un cas d'hydrocéphalie congénitale. La pathologie a été diagnostiquée chez 93,3% des enfants, dont 20 % étaient d'origine tumorale, et 13,3% d'origine post méningite. Des complications ont été répertoriées chez 33,3% des cas.

Conclusion: La VCS est une technique simple, pratique moderne et efficace du traitement chirurgical des hydrocéphalies .L'hôpital du Mali qui pratique cette technique depuis 2 ans constitue désormais une référence.

Mots clés: Ventriculocisternostomie-Hydrocéphalie-Endoscopie

Prise en charge anesthésique des méningiomes au CHU Sylvanus Olympio (CHU SO) Lomé

Tomta K., Mouzou T., Egbohoun P;

Service d'Anesthésie Réanimation CHU SO

Objectifs: Evaluer la prise en charge anesthésiologique des méningiomes au CHU SO, 3 ans après l'ouverture d'un service de neurochirurgie dans un hôpital à structure de soins.

Patients et méthodes: Il s'est agi d'une étude rétrospective et descriptive sur dossiers médicaux de tous les patients ayant bénéficié d'un acte anesthésique pour chirurgie de méningiome au CHU SO de Lomé (Togo) sur la période de décembre 2010 à 2013. Les paramètres étudiés étaient outre les données socio démographiques, les explorations préopératoires, la classe ASA, les modalités et protocoles d'AG, les incidents et accidents péri-anesthésiques, la durée de l'acte chirurgical, les suites opératoires, l'évolution finale.

Résultats: Douze patients ont été inclus sur les 21 cas de tumeur cérébrale opérés pendant la période d'étude (57,1%). L'âge moyen était de 73,21 ans avec une prédominance masculine (sex-ratio à 2); le siège de la tumeur était sus tentorial dans 11 cas. Tous les patients avaient bénéficié d'une consultation d'anesthésie et classée en ASA II (7 cas), III ou ASA IV (1 cas). Le contrôle des voies aériennes a été assuré par l'intubation orotrachéale chez tous, et la ventilation peropératoire était mécanique. Tous les patients ont été transfusés en période peropératoire. Les principales complications périopératoires étaient neurologiques (5cas), et cardiovasculaires (5 cas). La durée moyenne des interventions était de 7,2 heures (extrêmes: 04H et10 H20). La mortalité post opératoire était de 2cas (16,7%).

Conclusion: La prise en charge anesthésique des méningiomes présente des insuffisances liées à la qualification du personnel neuroanesthésie et la limitation du plateau technique d'anesthésie. Des efforts en termes de formation du personnel et du plateau technique sont indispensables pour améliorer le pronostic de ces tumeurs dans notre contexte.

Mots clés: Méningiomes, Neurochirurgie, Neuroanesthésie, TOGO.

Les contraintes liées à la pratique de neuroanesthésie dans le contexte du Mali: cas du centre hospitalier mère-enfant de Bamako.

MKTouré, J.Koné, E.D Vossah, S.A.Beye, D.M.Dibo, Y. Coulibaly.

Introduction: l'anesthésie dans les pays en voie de développement, particulièrement la neuroanesthésie se déroule le plus souvent dans conditions précaires, liées à une situation de pénurie. Ce contexte conditionne une réadaptation de la pratique aux réalités de terrain. L'objectif de notre travail était de faire un état de lieu de notre pratique.

Méthodologie: il s'agissait d'une étude retro prospective de décembre 2010 à juillet 2014. Elle a concerné tous les patients opérés pour pathologies neurochirurgicales.

Résultats: durant la période d'étude 304 patients ont bénéficié d'une intervention pour pathologie neurochirurgicale avec un âge moyen de 30,76+/-24 ans en vers des hommes. La DVP a représenté 28,3% des cas, les tumeurs cérébrales 12,8%, et les urgences vasculaires 14,1%. Les interventions programmées étaient de 74% avec une durée moyenne de 6,46H. 44,1% des patients ont présenté au moins un accident ou incident peropératoire. L'ensemble des patients ont bénéficié d'un monitoring de base et d'une antibioprophyllaxie (pas forcément adaptée). La capnographie a été utilisée chez 8 patients. L'halothane a été utilisé dans 76,6% des cas, et 50,7% des patients ont été ventilés manuellement, 5,5% des patients ont présenté un retard de réveil. Deux décès périopératoire ont été rapportés.

Discussion: la pratique de la neuroanesthésie qui est très diversifiée, reste un défi dans notre contexte. La spécificité de cette pratique est liée aux techniques, aux agents anesthésiques et au monitoring utilisé. Cependant, elle doit s'adapter au site d'intervention et à la pathologie du patient

Prise en charge anesthésiologique des tumeurs cérébrales à Niamey-Niger

Chaibou MS¹, Daddy H¹, Sanoussi S², Didier JL², Kelani A², Idrissa A¹, Madougou M¹, Chobli M³,

¹Département d'Anesthésie-Réanimation-Urgences-Hôpital National de Niamey-Niger, ²Département de chirurgie - Hôpital National de Niamey, ³Faculté des Sciences de la Santé, Cotonou- Bénin

Objectifs: Evaluer la prise en charge anesthésique des tumeurs cérébrales à Niamey.

Matériel et méthodes: Il s'agit d'une étude prospective réalisée sur 2 ans à l'Hôpital National de Niamey du 1^{er} Janvier 2010 au 31 Décembre 2012. Ont été inclus tous les patients opérés pour tumeurs cérébrales. Les variables suivantes ont été analysées: l'âge, le sexe, la localisation de la tumeur, la classification ASA, la prise en charge per opératoire et post opératoire, l'évolution des patients.

Résultats: Trente-cinq patients ont été inclus dans l'étude. L'âge moyen était de 25,38 ans avec des extrêmes de 9 mois et 62 ans. Les hommes représentaient 60 % et les femmes 40 % ; soit un sexe ratio est de 1,5. Les tumeurs de la fosse post été prédominantes (28,6%), suivies des tumeurs frontales (20%) et des adénomes hypophysaires (11,4%). 57,17% des patients étaient classés ASA1 ; 37,14% ASA2 et 5,7% ASA3. L'induction anesthésique a été faite au thiopental dans 48,6% des cas, propofol dans 37,1%. Elle a été inhalatoire (halothane) chez 14,3% des patients. L'entretien de l'anesthésie a été assuré par le fentanyl et l'halothane. 34,28% des patients ont bénéficié d'une transfusion sanguine. Les incidents et accidents anesthésiques étaient des bradycardies chez 8,57% des patients, des hypotensions artérielles chez 20 %, un arrêt cardiaque per opératoire. L'extubation a été faite sur table dans 85,7% des cas. 82,9% des patients ont été admis en réanimation et 17,1% en salle de surveillance post interventionnelle. L'analgésie post opératoire été à base de paracétamol associé au tramadol, nefopam ou kétoprofène. La morphine a été utilisée chez 34,28% les patients. La durée moyenne du séjour en réanimation était de 48 heures. L'évolution a été favorable chez 87,5% des patient, cinq patients étaient décédés (un en salle d'opération et quatre en post opératoire).

Conclusion: Dans les pays en voie de développement, les anesthésistes sont de plus en plus confrontés à la prise en charge des tumeurs cérébrales. Cette situation est nait de la présence croissante des spécialités neurochirurgicales, d'où l'intérêt d'améliorer le plateau technique en particulier les unités de réanimation, mais aussi de former le personnel pour la prise en charge de ces affections.

Mots-clés: anesthésie - tumeurs cérébrales-Niamey-Niger

Intérêt de la dexaméthasone dans la prévention des nausées et vomissements post opératoires (NVPO) en neurochirurgie à l'hôpital Gabriel Touré de Bamako

Almemoune A.H., Samake B., Mangane M., Diop M., Diango D.

Département d'anesthésie de réanimation et de médecine d'urgence CHU Gabriel Touré

Introduction: Les nausées et les vomissements postopératoires (NVPO) sont définis comme étant les nausées et/ou les vomissements survenant dans les 24 heures suivant la chirurgie.

Notre objectif était d'évaluer l'effet préventif du dexaméthasone dans la prise en charge des NVPO. Les NVPO entraînent une intensification de l'inconfort et l'insatisfaction du patient, ainsi qu'une hausse des coûts associés à la durée de l'hospitalisation.

Méthodologie: Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive randomisée en simple aveugle sur une période de 13 mois allant de Mars 2013 au mois d'Avril 2014. La méthode de randomisation à consister comme suit : Nous avons chiffré nos patients en fonction de leur arriver. Ensuite tous les patients de numéro impair ont fait partir de notre groupe A et ceux de numéro pair du groupe B. • Groupe A : 50 patients recevant en prophylaxie de la dexaméthasone à dose unique administrée en IVL lors de l'induction à la posologie de 5 mg (poids 60kg) à 8 mg (poids >60kg). Groupe B: 50 patients appelé Groupe Témoin ne recevant aucune prophylaxie antiémétique.

Résultat: Au total, 100 patients ont été colligés ; L'âge moyen étaient de 30,5 ans dans le groupe A contre 38,0 ans dans le groupe B. Treize de nos patients se déclarent tabagique. Plus de la moitié de nos patients (69%) étaient ASA I parmi lesquelles 74% dans le Groupe A contre 64% dans le Groupe B. Plus de la moitié de notre échantillon présentaient un facteur de risque (FdR) avec 52% des cas. 25% ont bénéficié d'une prémédication à base de Diazépam et Atropine. Toutes nos interventions étaient réalisées sous anesthésie générale. La kétamine a

été l'hypnotique le plus utilisé chez 59 de nos patients soit 59%, parmi ces patients ayant reçu la kétamine un taux de NVPO de 28,8% a été enregistré, soit 5,08% dans le Groupe A et 23,73% dans le Groupe B. L'incidence moyenne des nausées et des vomissements dans les six premières heures était de 16% en l'absence de prophylaxie contre 4% en cas prophylaxie. Sept patients ont reçus de la morphine en post opératoire dont 5 dans le Groupe A et 2 dans le Groupe B. Douze de nos patients avaient un ATCD chirurgicale, 4 avaient un ATCD de NVPO, parmi lesquels 3 ont vomi soit 75%. Vingt trois patients ont eu des NVPO soit une fréquence de 38% en l'absence de prophylaxie (Groupe B) contre 8% en prophylaxie au dexaméthasone (Groupe A). Quel que soit le facteur de risque, la prophylaxie au dexaméthasone a réduit de façon efficace les NVPO. **Tableau 1 :** récapitulatif

	Groupe A (effectifs)	Groupe B (effectifs)
Tabac	6/50	1/50
ASA1	37/50	32/50
Score Apfel à 2	17/50	13/50
Masculin/NVPO	2/33	16/37
Féminin/NVPO	2/15	3/10

Conclusion : Les NVPO sont des complications courantes de l'anesthésie. Cependant quelque que soit le facteur de risque, la prophylaxie au dexaméthasone réduisait de façon significative les NVPO sans toxicité cliniquement significativement prouvée.

Mots clés: NVPO, prophylaxie, Dexaméthasone, Facteur de risque

Anesthésie: Scores -Evaluation –Monitoring-Transfusion

Les ABCK score comme alternative au score ASA

Bula-Bula LM¹, Kitiabi B¹, Sikyala A², Namegabé S¹, Ilunga M¹, Kilembé M¹

1. Département d'anesthésie et réanimation, Cliniques Universitaires de Kinshasa

2. Hôpital de l'Amitié Sino-Congolaise.

Auteur correspondant: drmebula@gmail.com

Introduction Le score ASA a comme inconvénient d'être subjectif et de présenter un taux de concordance décrit par plusieurs auteurs (1,2). Cette étude s'est donné comme objectif de proposer un score beaucoup moins subjectif.

Méthodologie Il s'agit d'une étude prospective réalisée du 01 Décembre 2013 au 30 juillet 2014 à l'hôpital Saint Joseph. Tous les patients venus en consultation pré-anesthésique ont été évalués au moyen du score ASA et de l'ABC score de Kinshasa (ABCK) repris au tableau I. La classe ABCK du patient était obtenue par la somme des chiffres trouvés additionnée de un. Étaient exclus, les femmes enceintes et les enfants. Le consentement éclairé était obtenu. La conformité du nouveau score était évaluée par le test kappa de Cohen.

Tableau I. ABCK

Paramètres recherchés	Observations	Score
<u>A</u> irway	Libre avec Mallampati 1 ou 2.	0
	Obstruée: fléchissement de la conscience, limitation ouverture de la bouche (trismus, ATM,...), nuque raide, masse endobuccale, masse cervicale avec déviation de la trachée (Radiographie), Mallampati 3 et 4,	1
<u>B</u> reathing	Eupnéique	0
	Examen pulmonaire pathologique, Rx Thorax pathologique, SaO ₂ <90%,	1
<u>C</u> irculation	Normale	0
	Examen cardio-vasculaire pathologique, anémie, ECG ou échographie cardiaque pathologique	1
	Facteurs de risque cardiovasculaire : obésité, diabète, asthme, bronchopneumopathie chronique	
	Les états d'hyper ou hypovolémie : insuffisance rénale, insuffisance hépatique, syndrome de malabsorption, sepsis, trouble crase sanguine	

Tableau II: concordance entre ASA et ABCK

ASA	Classes	ABCK				Total	Kappa
		1	2	3	4		
	1	112	2	0	0	114	K= 0,79 p < 0,001
	2	11	53	3	0	67	
	3	0	6	18	2	26	
	4	0	0	2	3	5	
Total		123	61	23	5	212	

Discussion Cette étude montre l'existence d'une forte concordance significative entre ASA et ABCK.

Références

- 1 The internet J. Anesthesiol 2007; 15: 1-11.
- 2 Paediatric Anesthesia 2007; 17 (3): 2016-22.

Evaluation de la qualité des pratiques anesthésiques des urgences chirurgicales

Diango M.D¹, Mangané M¹, Beye S. A², Dembele.A.S³,
Diop M.¹, Almeimoune.A¹

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

Introduction La démarche qualité est l'une des approches préconisées par l'OMS et mise en œuvre sur les étapes de la pyramide sanitaire. L'anesthésie est un acte médico-chirurgical qui requiert le respect des normes de sécurité afin d'accomplir un acte chirurgical pour le patient.

Objectif évaluer la qualité de la prise en charge anesthésiologique des urgences chirurgicales au CHU Gabriel Toure de Bamako.

Matériel et méthode Il s'agissait d'une étude prospective analytique sur trois (3) mois du 1^{er} décembre 2013 au 29 février 2014 portant sur l'ensemble des patients ayant subi une anesthésie en urgence durant la période d'étude et son évolution dans les 24 heures post opératoires.

Résultats: Six mille quatre cent douze patients ont été enregistrés durant la période d'étude. Trois cent cinquante un patients ont été inclus soit une fréquence de 5,4%. Le sexe féminin a prédominé avec un taux de 64,5% et un sexe ratio de 1,8 en faveur des femmes. L'essentiel de la population avait moins de 40 ans avec une proportion de 82,7 %. Dont 79,4% étaient ASA 1+U. Les pathologies gynéco-obstétriques ont constitué 47,1 % des motifs d'admission. La chirurgie obstétricale a été la plus représentative avec 44,1% suivie de la chirurgie générale à 32,9%. Le délai de la prise en charge était acceptable chez 90% de nos patients qui étaient inférieur à 3 heures de temps. L'anesthésie générale a été la plus représentative avec 59,8%. Les accidents et/ou incidents cardiovasculaires avaient prédominé dans 15,8 %, et le moment anesthésique de survenue des accidents et incidents fut la période d'entretien. La mortalité per anesthésique dans les 24 heures post opératoires a été de 0,3%.

Conclusion L'amélioration de la qualité des soins en matière d'anesthésie passe par la préparation des patients, le respect des normes et procédures, un encadrement et une formation continue des personnels anesthésistes.

Mots clés: Evaluation, anesthésie, urgences chirurgicales

Incidence of hypoxia and related events detected by Lifebox pulse oximeter monitoring in a maternity unit at Sylvanus Olympio University Teaching Hospital, Togo

HD Sama¹, K Tomta¹, T Mouzou¹, P Egboh¹, R Turc², IA Walker³

1. Department of Anesthesia and Critical Care Medicine, Sylvanus Olympio University Teaching Hospital, Lomé Togo
2. Project Officer Lifebox Foundation, London United Kingdom
3. Consultant Anaesthetist, Great Ormond Street Hospital for Children NHS Foundation Trust, London UK;

Auteur correspondant: E-mail: hamzasama@hotmail.com

Background: The aim of the Lifebox Foundation (www.lifebox.org) is to improve safety in surgery and anesthesia on a global scale by delivering an essential piece of monitoring equipment for anaesthesia safety and a training programme. The equipment and training was distributed to 100 anesthesia providers in Togo in November 2012.¹ This prospective and descriptive survey describes the incidence of hypoxia and other related events detected using the Lifebox oximeter in a cohort of patients undergoing surgery in the maternity unit from 1st January to 31 March 2014.

Patients and Method: All mothers in labour who received anaesthesia in the maternity unit were included. Audit data collection form we completed included: ASA score, anaesthesia technique, lowest saturation recorded during the case, intervention undertaken to correct hypoxia, maternal and neonatal outcomes.

Results: total number of 21 cases was recorded on 540 anaesthesia procedures performed. It was 26% (140) planned interventions and 74% (440) emergencies. 20% of anaesthesia procedures received general anaesthesia and 80% received regional anaesthesia, with spinal anaesthesia and epidural analgesia accounting for 85.7% and 14.3% respectively. Each anaesthesia provider had their own Lifebox pulse oximeter, and there were a total of 15 oximeters within the maternity unit. Capnography equipment was not available. The pulse oximeter helped to detect: hypoxia (14); hypoventilation and related complications. 5 deaths were related to anaesthesia (see table 1). All anaesthesia providers said that the pulse oximeter was essential for safe anaesthesia care; no one reported a problem with using the pulse oximeter.

Table I: causes of maternal deaths and their absolute numbers

Causes of maternal deaths	Absolute numbers
Hemorrhage	2
Eclampsia	2
Sepsis	1
Embolism	1
Anesthesia	5
Cardiopulmonary arrest	2
Aspiration and edema	2
Pneumonia. Post anoxic coma	1
Total	11

Conclusion: our survey shows that pulse oximetry provides effective early detection of hypoxia in patients undergoing surgery in the maternity services in Togo. This allows for early intervention of ventilation mishaps, before damaging hypoxemia occurs. It also allows early detection of operative cardiac arrest, with successful outcomes seen in 2 of 3 patients.

Key words: pulse oximeter, hypoxia, anaesthesia, death, Lifebox, Togo

¹ <http://blogs.bmj.com/bmj/2012/12/18/lifebox-q-and-a-togo-facing-the-facts-and-making-a-difference/>

Transfusion sanguine et chirurgie réglée dans le Service d'Orthopédie – Traumatologie (SOT) du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU-YO) de Ouagadougou

Bonkougou P¹, Korsaga A², Kinda B¹, Ki O¹, Simporé A¹, Sanou J¹, Ouédraogo N¹.

¹Département d'Anesthésie – Réanimation du CHU-YO

²Département de Chirurgie et Spécialités – Service d'Orthopédie – Traumatologie du CHU-YO

Auteur correspondant: Email: zambobonkougou@yahoo.fr

Introduction: La transfusion est une médication courante et indispensable en chirurgie.

Objectif: contribuer à l'amélioration de la gestion du sang, et au renforcement de la sécurité transfusionnelle,

Patients et Méthodes: il s'agissait d'une étude rétrospective réalisée dans le SOT du CHU-YO du 1^{er} Janvier à 31 Décembre 2013. Elle a consisté à analyser les indications et la pertinence des prescriptions de produits sanguins labiles (PSL) en chirurgie réglée dans le SOT du CHU-YO. Les supports (les dossiers médicaux, les dossiers d'anesthésie dans ses volets pré, per et postopératoire) de tous les patients qui ont eu à subir une chirurgie réglée durant la période d'étude.

Résultats: Dans le service, en douze mois, 266 patients ont été opérés de chirurgie traumatologique orthopédique réglée. L'étude a retenu 242 (soit 90,97%). Parmi les 242 patients, 69,42% ont bénéficié d'une de prescription de PSL (essentiellement des CGR) avant l'intervention. Le taux d'hémoglobine moyen préopératoire était de 12,25g/dl avec des extrêmes de 9,47g/dl et 18g/dl. Des 168 patients, ayant bénéficié d'une prescription de PSL, seulement 32, 14% ont été transfusés. Deux cent quatre-vingt-deux poches de CGR ont été délivrées, avec 35,11% transfusées. Chez 13 patients transfusés (soit 24,8%), aucun critère de pertinence de la transfusion n'avait été retrouvé.

Discussion: Dans un contexte où la pénurie de sang est un problème de santé publique dans nos pays subsahariens [1], les 64,89% de poches de PSL délivrées, non utilisées et surtout non retournées à la banque de sang à temps, sont inacceptables..

Conclusion. La réduction des prescriptions abusives et des transfusions inutiles de PSL, pourrait être une des solutions à cette pénurie.

Référence:

1. Sima Zué. Rev Afr Anesth Méd Urg Tome n°1-2013

Pratique anesthésique au CHR d'atakpamé

Mouzou T¹, Tomta K¹, Egbohoun P¹, Fiagnon K², Kangbeni Y O¹.

1. Service d'Anesthésie Réanimation, Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio (CHUSO) Lomé (TOGO)

2. Service de Gynécologie et Obstétrique CHU SO

Objectif: Faire l'état des lieux des activités anesthésiologiques au CHR d'Atakpamé.

Matériels et méthodes: Il s'agissait d'une étude prospective de douze (12) mois. Notre étude concernait les patients ayant eu une anesthésie et une réanimation durant cette période.

Les moyens d'étude étaient: interrogatoire, interview, remplissage de fiches d'enquête, observation des malades et des TSAR, relevé des données des dossiers et registres ayant servi aux activités anesthésiologiques des patients.

Les paramètres étudiés étaient: l'âge, le sexe, la classification ASA, l'anesthésie réalisée, l'intervention chirurgicale, la stratégie transfusionnelle, les incidents et accidents opératoires et la mortalité péri opératoire.

Résultats: Six cent onze patients avaient eu une anesthésie. L'âge moyen était de 33,33 ans avec une prédominance du sexe féminin à 70,82% soit un sexe ratio de 0,42. La plupart des anesthésies étaient pratiquées en urgence (80%). Les chirurgies réalisées étaient: gynécologique et obstétricale (64,92%), traumatologique et orthopédique (23,28%) et viscérale (11,80%). La consultation pré anesthésique était réalisée presque chez tous les patients et avait permis de les classer en ASA I (67,87 %) et ASA II (25,90%). L'AG (71,80%) et la RA (28,20%) étaient les deux techniques d'anesthésies pratiquées. L'ensemble des actes anesthésiques était réalisé par les techniciens supérieurs d'anesthésie et réanimation. La transfusion était exclusivement homologue (14,10 %). La mortalité périopératoire était de 01,95% et les facteurs favorisants étaient la classe ASA supérieure ou égale à II et le caractère urgent des interventions.

Conclusion: L'anesthésie au CHR d'Atakpamé se pratiquait dans des conditions peu acceptables. La totalité des actes anesthésiques était réalisée par les techniciens supérieurs d'anesthésie réanimation. La rachianesthésie était peu pratiquée malgré ses nombreux avantages et les efforts de promotion de cette pratique au TOGO.

Mots clés: Pratique, Anesthésie, CHR Atakpamé, Togo

Vécu psychologique préopératoire et croyances chez les patients adultes programmés pour une intervention chirurgicale à l'hôpital universitaire de Parakou au Bénin

B A Tchaou¹, A Djidonou¹, E Zoumenou², P Gandaho¹, M Chobli²

1-CHDU-P: Centre Hospitalier Départemental et Universitaire de Parakou - Bénin

2-CNHU-HKM : Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA Cotonou - Bénin

Auteur correspondant: Email: tchblaise@yahoo.fr

Introduction: Le bloc opératoire est un espace qui induit un sentiment profondément ambivalent. Les progrès techniques et scientifiques impressionnent positivement le patient mais le bloc opératoire suscite craintes et inquiétudes.

Objectif: Etudier le vécu psychologique préopératoire et les croyances chez les patients adultes programmés pour une intervention chirurgicale à l'hôpital universitaire de Parakou.

Patients et méthodes: Etude descriptive et analytique avec recueil prospectif des données

Réalisée sur trois mois (1er juin au 30 août 2012) et a concerné 75 patients.

Résultats: Sur les 108 patients programmés pour une intervention chirurgicale, 75 patients (69,4%) avaient été retenus. L'âge moyen était de 44,11±16,24 ans avec une prédominance masculine (56 %). Cinquante cinq patients (73,3 %) étaient anxieux et 32 patients (46,7 %) avaient peur de mourir. Quarante cinq patients (60 %) n'avaient pas reçu d'informations sur l'intervention qu'ils devaient subir et 60 patients (80 %) n'étaient pas informés des complications possibles de la chirurgie. Cinquante huit patients (77,3 %) ont été informés de la technique d'anesthésie et 5,2 % des patients étaient informés des éventuelles complications de l'anesthésie. Pour 56 patients (74,7 %), la maladie était d'origine naturelle, dans 18,6 % des cas il s'agissait d'un envoutement et pour 5 patients (6,7 %) la maladie serait due à une divinité. Dans le cadre de la prise en charge spirituelle, 15 patients (20 %) avaient consulté un marabout, 11 patients (14,7 %) un guérisseur et 10 patients (13,3 %) un féticheur.

Conclusion: La période préopératoire induit une charge importante d'anxiété chez les patients et leur entourage. Au Bénin, l'annonce d'une intervention chirurgicale est l'occasion d'une confrontation du patient à une obsession de la mort dont il ne parvient à se soustraire malgré les innombrables sacrifices traditionnels conjuratoires.

Mots clés: vécu psychologique, période préopératoire, intervention chirurgicale programmée

Anxiété préopératoire chez l'adulte en consultation d'anesthésie: manifestations cliniques, évaluation et prise en charge

Mendo E.L., Ntone F., Bengono Bengono R; Amengle A.L; Afane Ela A; Metogo Mbengono J.A; Zé Minkandé J.

Département de Médecine interne et spécialités, FMSB,
Département de chirurgie et spécialités, FMSB

Objectif: évaluer l'anxiété préopératoire vécue par les sujets adultes admis pour chirurgie électorale dans trois hôpitaux de référence de la ville de Yaoundé.

Matériels et Méthodes: Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive, durant trois mois. Les patients étaient recrutés au CHU, à l'Hôpital Central et à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé. Etaient inclus, tous les patients de plus de 15 ans admis en consultation d'anesthésie, programmés pour une chirurgie électorale, classés ASA 1 ou 2, comprenant correctement les questionnaires et ayant donné leur consentement éclairé. L'anxiété préopératoire était évaluée par l'échelle d'Hamilton, ses manifestations et sa prise en charge étaient recherchées.

Résultats: La population d'étude était de 122 patients: 78% de sexe féminin et 22% de sexe masculin. La moyenne d'âge était de 40,13 ±15,9 ans, avec comme extrêmes 18 et 89 ans. Les patients ASA 1 représentaient 59,8%. L'information donnée aux malades sur la chirurgie et l'anesthésie était partielle. L'information reçue n'était pas satisfaisante pour 29,8% des patients. L'information reçue de l'anesthésiste quant à elle n'était pas rassurante dans 13,9% des cas. Les manifestations psychiques de l'anxiété (51,6%) étaient plus fréquentes que les plaintes somatiques (49,4%). Le pourcentage d'anxieux présentant ces modifications des paramètres vitaux était faible (13,88%) pour la tachypnée, 15,27% et 9,72% pour l'élévation de la pression artérielle. Notre étude révélait que 59% des futurs opérés étaient anxieux. Le sexe, la notion de chirurgie antérieure, l'information sur les détails de l'intervention avaient une association significative avec l'anxiété. La prise en charge psychologique était appliquée à tous les patients, l'hydroxyzine était associée chez 10,7% d'entre eux. La réévaluation la veille de l'intervention révélait que 73,6% des anxieux conservaient leur niveau d'anxiété initial, 16,7% avaient des scores plus bas et 9,72% avaient des scores plus élevés.

Conclusion: L'anxiété préopératoire était retrouvée chez les futurs opérés. Le sexe, la chirurgie antérieure et la connaissance de la procédure de l'intervention influençaient sa survenue. Les manifestations psychiques étaient les plus retrouvées. La consultation d'anesthésie n'avait pas influencé significativement le niveau d'anxiété.

Mots clés: Anxiété préopératoire—consultation d'anesthésie—Echelle d'Hamilton

Anesthésie obstétricale

Analgesie péridurale pour le travail de l'accouchement au CHU Sylvanus Olympio de Lomé.

Egbohhou P, Tomta K, Mouzou T, Hamza S, Assenouwé S, Tchanka V.

Service d'anesthésie et réanimation CHU Sylvanus Olympio de Lomé.

Objectif: étude de faisabilité pratique de l'analgésie péridurale (APD) pour le travail de l'accouchement au CHU Sylvanus Olympio de Lomé.

Matériels et méthodes: Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive menée de février à juin 2014. Des parturientes ont été choisies au hasard lors des consultations prénatales du dernier trimestre et adressées pour une consultation d'anesthésie. Après leurs accords et en l'absence de contre-indication, elles ont été retenues pour une APD lors du travail.

Résultats: 20 patientes sur 29 retenues ont bénéficiées de l'APD. Age moyen 32,5 ans, extrêmes 21 ans et 44 ans. Primigestes : 35%. Grossesse pathologique : 0. 25% des parturientes avaient un IMC >30%. Le nombre moyen de ponctions: 1,6; 2 (10%) cas de reflux de sang dans le cathéter, 0 brèche dure-mérienne; espace de ponction: L4-L5 : 85%, L3-L4 : 15%. Quantité moyenne de bupivacaine isobare à 0,125% : 22ml; fentanyl dose moyenne de 100mcg. Niveau sensitif 20min après la pose de la péridurale: D12 :10% ; D10 : 60%; D8: 30%. Bloc moteur: 0. Hypotension : (1cas) 5%. Toutes nos parturientes ont estimées leur douleur sur une échelle numérique avant la pose de l'APD à 10 ; la réévaluation à 20 min après la pose de l'APD : entre 0-3 pour toutes les parturientes. Mode d'accouchement: voie basse: 19(95%), césarienne: 1 (5%). Détresse respiratoire à la naissance du nouveau né: 0. Note de satisfaction: 8/10.

Conclusion: l'APD est possible au CHU Sylvanus Olympio de Lomé. La contrainte n'est certainement pas la technique, mais une grande disponibilité des moyens humains et matériels. En attendant sa vulgarisation à toutes les parturientes, ne devrait t'on pas commencer avec les indications médicales de l'APD.

Mots clés: analgesie péridurale, CHU, Togo.

Problématique sur la gestion anesthésique du circulaire du cordon ombilical au CHU de Cocody (Abidjan - Cote d'Ivoire)

Abhé CM, Binlin-Dadié R, Coulibaly KT, N'Guessan YF, Tétchi YD, Brouh Y

Introduction: Le circulaire du cordon est une urgence obstétricale, pouvant menacer le pronostic vital du nouveau-né

Patients et méthodes: Etude prospective et descriptive de 24 mois (mai 2012-mai 2014) menée au bloc des urgences du CHU de Cocody incluant toutes les césariennes réalisées pour circulaire du cordon et présentant le contexte et les délais de prise en charge anesthésique

Résultats: la prévalence était de 10,7% (500/4652 césariennes). Les consultations prénatales étaient faites dans les structures sanitaires périphériques (73,2%). Les césariennes étaient électives (60,2%) et urgentes (39,8%). Le circulaire du cordon (98,8% diagnostiqué en pré-opératoire) était associé à une pathologie maternelle (13,6%) et foetale (19,4%). Les patientes étaient classées ASA I (81%), II (17,4%), III (1,6%). Les délais de prise en charge étaient de 188±197 minutes (20min-20h) de l'admission en maternité à la consultation pré-anesthésique, de 285±251 minutes (10min-21h) de la consultation pré-anesthésique à l'entrée au bloc opératoire pour les césariennes urgentes. Les césariennes électives étaient réalisées dans un délai moyen de 2,9±2,6 jours (1-20). Le délai d'attente au bloc était de 26,8±15,8 minutes (4min-1h48). La rachianesthésie était la plus réalisée (99,4%). Le délai global de prise en charge était de 8h30min±5h23min (65min-33h). Le score d'Apgar était de 0-0 (0,6%), 2-5 (0,2%), 5-8 (19,8%) et 8-10 (79,4%). Toutes les patientes ont été transférées en hospitalisation.

Discussion: L'amélioration du pronostic néonatal du circulaire du cordon passerait par une bonne orientation prénatale et la réduction des délais de prise en charge en vue de répondre aux OMD 4 et 5.

Référence: OMS. Nouveau-nés: réduire la mortalité. Aide-mémoire 333. OMS, Mai 2012

Anesthésie: ALR-Rachis

Avantages et inconvénients de l'Anesthésie Loco-Régionale (ALR) dans la prise en charge des urgences urologiques: Analyse de 1481 observations au CHU SO

Anoukoum T¹; Agoda- Koussema L²; Tomta K³; Kpatcha M¹; Tengue K¹; Attipou K⁴

Introduction: Les urgences urologiques occupent le 4^e rang des hospitalisations, après les urgences gynéco obstétricales, chirurgie viscérale et traumatologiques. L'urologie est le premier consommateur de l'ALR en termes de méthode de choix pour ses interventions chirurgicales courantes suivi des services de gynéco obstétrique. L'usage fréquent de l'ALR pour atteindre de bons résultats rapides en cas de troubles urinaires du bas appareil ou du haut appareil quel que soit l'étiologie, mécanique ou fonctionnel, est de nécessité majeur et vitale.

Matériel et méthodes Etude rétrospective de Janvier 2010 à décembre 2012 portant sur la prise en charge des urgences urologiques constituées : RAU=1027 cas ; Rétrécissements scléro-inflammatoires de l'urètre = 408 cas ; Urétéro-hydronephroses = 29 cas et Priapismes : 17 cas. Types de drogues : Marcaïne, xylocaïne à 2% ; Association d'Adrénaline ou non Technique : infiltration locale, blocage régionale

Résultats: Succès de réalisation de l'objectif à 70% ; Inconvénients 30%. A chaque catégorie d'intervention correspondait un récapitulatif des inconvénients mais aussi des avantages. **Discussion:** Ces résultats ont suscité des discussions portant sur : les techniques utilisés pour lutter contre la douleur, le dosage du produit utilisé face aux nouveaux marchés de divers produits ; les délais de récupération ad intégrum des patients après l'anesthésie loco-régionale ; les réactions locales cutanées et généralisées [1] ; à quel moment prolonger l'ALR ou changer de technique d'anesthésie?

Références

1 Rétention d'urines après rachianesthésie: comparaison de l'incidence après adjonction de morphine ou de clonidine. Gentil M. Bonnet F. 36^e Congrès de la SFAR; R22, 1991

Complications de la rachianesthésie pour chirurgie programmée au CHU Sylvanus Olympio de Lomé

Assenouwe S¹, Tomta K¹, Mouzou T¹, Sama D H¹, Egbohohou P¹, Lokossou T²

¹Service d'anesthésie et réanimation, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo

²Service polyvalent d'anesthésie-réanimation, CHU H K MAGGA, Cotonou, Bénin. Email: sbalo03@yahoo.fr

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 S.O de Lomé.

Patients et méthodes: Nous avons mené une étude prospective et descriptive du 30 mars au 30 septembre 2012 dans les blocs opératoires du CHU sylvanus Olympio de Lomé. Etaient éligibles, les patients programmés âgés d'au moins 15 ans révolus, opérés sous rachianesthésie. Ont été inclus, ceux qui ont été suivis depuis la visite pré anesthésique 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: 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%). Ils étaient classés ASA I (56,11%), ASA II (34,45%) et ASaIII (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 15 mg de Bupivacaine 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 n'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, complications, incidents, accidents, CHU, Lomé

Blocs nerveux périphériques: l'échographie a-t-elle changé notre pratique?

Alawoe JKA¹, Hérou P³, Rozov R¹, Attard O², Tounou-Akué F³, Pernice B¹, Pernice JL¹, Pastureau F¹, Ridray F¹

1. Clinique Clémentville, 34070 Montpellier, 2. Clinique du Parc, 34170 Castelnaud-le-lez, 3. APHP, Paris

Objectif: L'utilisation de l'échographie en ALR est de plus en plus courante depuis une dizaine d'années. L'échographie permet de visualiser les structures anatomiques et d'administrer l'anesthésique local à proximité du nerf; on peut ainsi éviter les complications liées aux injections intravasculaires et intraneurales. Permet-elle pour autant d'augmenter le taux de succès des blocs et d'assurer une meilleure sécurité comparativement aux autres techniques pratiquées (neurostimulation, voie trans-artérielle, recherche de paresthésies, perception de franchissement de fascia, etc) en améliorant la qualité de l'analgésie et en réduisant l'incidence des complications?

source de données: une revue de littérature française et anglo-saxonne dans les données PubMed de 2000 à 2014 a été basée sur l'utilisation des mots clés suivants: anesthésie locorégionale, échographie, anesthésique local, analgésie post opératoire, qualité d'analgésie, taux de succès, complications, satisfaction.

sélection des travaux: les articles retenus sont ceux qui donnent suffisamment d'informations et de preuves sur les indications, la technique, les résultats et les complications du type d'anesthésie locorégionale utilisée.

Extraction des données: les données utilisées concernent l'épidémiologie, l'intérêt, l'efficacité de la technique utilisée, les effets indésirables et le rapport bénéfice/risque

Synthèse: plusieurs études et méta-analyses ont comparé l'ALR échoguidée aux techniques de neurostimulation et de recherche de paresthésies. Elles montrent l'intérêt de l'échographie sur le risque de ponctions vasculaires et la réduction des doses d'anesthésique local. Elles sont moins unanimes sur le taux de succès et la fréquence de complications.

Conclusion: l'échographie permet d'administrer l'anesthésique local au contact du nerf, de diminuer les volumes d'AL nécessaires pour obtenir une analgésie efficace, d'éviter les injections intraneurales et intravasculaires. Elle permet de limiter le nombre de ponctions et d'éviter les paresthésies qui sont parfois désagréables pour le patient. Le taux de succès semble davantage lié à l'expertise des équipes qu'à l'utilisation des ultrasons. Le risque de lésions nerveuses persiste même avec l'utilisation de l'échographie. Ces lésions nerveuses sont dues à un traumatisme nerveux direct par l'aiguille, à une injection intraneurale de l'anesthésique local, à une toxicité de l'AL ou à la dilacération du nerf par surpression.

Mots clés: anesthésie locorégionale, échographie, analgésie postopératoire, complications, satisfaction.

Profil socio démographique de l'anévrisme cérébral en service de réanimation de l'hôpital du Mali à propos de 10 cas

Diani N, Sidibé A, Diallo O, Cisse M.A.C., Dama M, Ouattara K.

Introduction: L'anévrisme fréquemment acquise, est une extasie de la paroi artérielle pleine de sang.

Objectif: identifier le profil socio démographique des patients admis en réanimation suite à un anévrisme cérébral ou une MAV.

Matériels et méthodes: Il s'agissait d'une étude rétro et prospective de 24 mois. L'analyse et la saisie des données ont été fait avec le logiciel Excel, Word, Epi info 3.5.3.fr et khi² comme test statistique.

Résultats: L'âge moyen était de 55,6 ans La grande majorité des patients soit 80% étaient des femmes, des agents de santé à 40 %, des enseignants et femmes au foyer avec 20 % chacun. Une large majorité soit 90% résidaient dans la capitale et avait un antécédent cardiovasculaire. 71,4% des patientes étaient des grandes multipares. 30% avaient un antécédent chirurgical. 90 % avaient une anomalie cardio-circulatoire et/ ou constitutionnel. Dans 60% des cas, l'anévrisme était rompu. La grande majorité (90%) a présenté des complications neurologiques, métaboliques et/ou infectieuses avec 20% de létalité.

Conclusion: Malgré les progrès diagnostique et thérapeutique, la morbi-mortalité des anévrismes et MAV reste encore très élevée

Mots-clés: Anévrisme- Réanimation- Profil socio démographique

Bloc para ombilical au CHU Sylvanus Olympio de Lomé.

Mouzou T¹, Tomta K¹, Egbohoun P¹, Sama H¹, Banla K¹.1.

Service d'Anesthésie Réanimation, Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio (CHU SO) Lomé (TOGO)

Objectif: Evaluer la pratique du bloc para ombilical.

Patients et méthode: L'étude était prospective et s'était déroulée au bloc opératoire central et à l'ancien bloc au CHU Sylvanus Olympio du 1^{er} Mai 2012 au 1^{er} Mai 2013. Tous les patients quel que soit l'âge ayant eu un bloc para ombilical pour une cure herniaire ombilicale, une cure herniaire de la ligne blanche; une appendicectomie sous cœlioscopie, étaient concernés.

Résultats: Nous avons effectué trente blocs para ombilicaux. Il n'y avait aucune complication per opératoire et postopératoire. La hernie ombilicale (56,66%) et la hernie de la ligne blanche (30,00%) étaient les principales indications chirurgicales. Les matériels utilisés étaient représentés par appareil multiparamétrique (monitorage), brassard à tension manuelle, stéthoscope médical, une aiguille de seringue, une seringue de 20CC, médicaments (soluté de remplissage (SSI,RL), Bupivacaïne 0,5%, Lidocaïne 2%, Midazolam, Diazépam, Morphinique (Fentanyl)), des gants stériles, des compresses stériles. Le bloc para ombilical (ALR) a été de réalisation pratique facile. Le taux de réussite était de 56,66% et le taux d'échec était de 10%. Le coût moyen du bloc para ombilical était de 6900F CFA.

Conclusion: Le bloc para ombilical est une technique anesthésique (ALR) très facile à réaliser, assez simple et fiable. Le taux de réussite est bien élevé et le taux de morbidité est virtuellement nul.

Mots clés: Bloc para ombilical, CHU, Lomé

Toxicité cardiaque et neurologique de la bupivacaïne au cours d'une rachianesthésie pour césarienne à propos d'un cas.

Babo CJ, Ayé YD, Soro L, Bouh KJ, Konan KJ, Yéo TLP, Amonkou AA

Introduction: La lidocaïne hyperbare à 5% a été impliquée dans des accidents sévères et surtout définitifs à type de myélite, d'arachnoïdite, paraplégie ou de syndrome de la queue de cheval [1]. En revanche, cette neurotoxicité n'a pas été démontrée avec la bupivacaïne. Nous rapportons un cas de toxicité neurologique de la bupivacaïne injectée par voie intrathécale au cours d'une césarienne.

Observation: Une patiente de 24 ans est admise au bloc opératoire d'obstétrique le 03 juin 2014 pour une césarienne pour souffrance fœtale. La visite pré-anesthésique permet de classer la patiente ASA 1 et l'indication d'une rachianesthésie est posée et réalisée le même jour. Dix minutes après l'injection de la bupivacaïne (10mg) associée à la morphine (100mcg) et au fentanyl (25mcg), la patiente aurait présenté une hypotension artérielle sévère, une bradycardie suivie d'un arrêt cardio-respiratoire. Une réanimation cardio-circulation et respiratoire permet la reprise de l'activité cardiaque et la poursuite de l'intervention chirurgicale. Elle est transférée en réanimation en postopératoire pour la poursuite de la prise en charge. Elle bénéficiera d'une neuro-sédation et d'une ventilation mécanique. L'évolution sera marquée par une amélioration progressive de l'état de conscience, l'apparition de troubles de l'humeur (pleurs incessants), d'une paraparésie spastique côté à 0/5, une aphasie et une hyperesthésie cutanée aux membres inférieurs. La tomodensitométrie cérébrale réalisée à J23 était normale et l'IRM lombo-sacrée mettait en évidence un remaniement canalaire L4-L5 et L5-S1 faisant évoquer une arachnoïdite adhésive. Après l'adjonction de vitamines B et une kinésithérapie, la patiente est adressée en neurologie d'où sa sortie a été autorisée devant une amélioration progressive de son état clinique.

Conclusion: le nombre de réactions allergiques aux anesthésiques locaux a diminué de manière significative depuis l'utilisation des amino-amides. Ces réactions allergiques sont rares cependant rapportées dans la littérature.

¹Sztark François Revue Anesth Réa et de Med d'Urg. 2009;1:1-7.

Analgésie en odontostomatologie: stratégies contre les échecs d'anesthésie locorégionale

Bilou S.F., Mindja E.D., Bengondo C., Bengono Bengono R;
Amengle A.L ; Metogo Mbengono J.A; Ze Minkande J.
Département de Médecine bucco-dentaire, FMSB
Département de chirurgie et spécialités, FMSB

Auteur correspondant: Email: minkandeze@yahoo.fr

Introduction: L'anesthésie locorégionale est un moyen analgésique très utilisé en odontostomatologie, qui va intercepter la conduction de l'influx nerveux. Elle connaît des échecs dépendants de plusieurs facteurs. Le but de ce travail était de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'anesthésie locorégionale en odontostomatologie.

Méthodologie: Il s'agissait d'une étude descriptive et prospective sur une période de quatre mois. Les patients étaient recrutés au Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé, à l'Hôpital Central de Yaoundé et à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé. Etaient inclus tout patient ayant bénéficié d'une anesthésie locorégionale. Les informations étaient recueillies à l'aide d'un questionnaire adressé au patient et au praticien. Les variables évaluées étaient la douleur (préopératoire, peropératoire, postopératoire), l'anxiété préopératoire, la présence de signes inflammatoires locaux, les informations sur l'anesthésie (ses indications, les différentes techniques appliquées, le site d'infiltration), l'anesthésique local et la prise en charge de l'échec d'anesthésie. L'analyse était faite à l'aide du logiciel Epi-info et le test exact de Fisher.

Résultats: Les patients recensés étaient 252. L'anesthésie locorégionale était indiquée dans les cas d'odontologie conservatrice-endodontie et de chirurgie buccale. Les techniques les plus appliquées étaient les anesthésies para-apicale, régionale et intra-septale avec une préférence pour la para-apicale au maxillaire. Son incidence était de 41,67% avec plus d'échecs à la mandibule qu'au maxillaire. La technique para-apicale connaissait plus d'échecs à la mandibule qu'au maxillaire. Les facteurs associés aux échecs étaient : l'inflammation locale, l'anxiété, la technique para-apicale à la mandibule et l'absence de vasoconstricteurs. Les stratégies de prise en charge d'échec étaient : l'augmentation du temps de latence, l'augmentation de la dose d'anesthésique, l'application d'une technique de bloc à la mandibule et l'anesthésie intra-septale. Parmi ces stratégies, seules les techniques de bloc et intra-septale à la mandibule étaient recommandées. Ces stratégies avaient permis une baisse du taux d'échec initial de 41,67% à 26%.

Conclusion: Les échecs d'anesthésie locale et/ou régionale sont un réel problème dans la pratique d'odontostomatologie. Ils dépendent de plusieurs facteurs. Ces derniers doivent être recherchés afin de mieux prévenir les échecs d'anesthésie locorégionale.

Mots clés: Analgésie – Anesthésie locorégionale – Echec – Odontostomatologie

Arrêts cardiaques per-anesthésiques au CHU Sylvanus Olympio de Lomé (Togo)

Mouzou T¹, Tomta K¹, Egbohoun P¹, Fiagnon K², Ahondo A¹

1. Service d'Anesthésie Réanimation, Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio (CHUSO) Lomé (TOGO) 2. Service de Gynécologie et Obstétrique CHU SO

Objectif Faire l'état des lieux des arrêts cardiaques peranesthésiques au CHU SO

Patients et méthodes: C'est une étude prospective qui s'est déroulée dans les différents blocs du CHU SO du 1^{er} Mai 2011 au 30 Novembre 2013 et avait concerné 13700 anesthésies avec 50 arrêts cardiaques. Elle a concerné tous les patients ayant eu un arrêt cardiaque en peranesthésie au cours d'une chirurgie programmée ou urgente. Les paramètres étudiés étaient aspects démographiques, aspects chirurgicaux, aspects anesthésiques.

Résultats: Les victimes d'arrêt cardiaque avaient concerné plus les patients jeunes d'âge compris entre 18 et 40 ans (44%) avec une prédominance féminine (70%). La chirurgie urgente était à l'origine des arrêts cardiaques (64%). La chirurgie gynécologique et obstétricale était la plus touchée (52%). L'anesthésie générale était la plus pourvoyeuse (80%) et l'induction était le moment pendant lequel il y avait plus d'arrêt cardiaque (46%). L'hémorragie de la délivrance suivie de rupture utérine étaient les pathologies les plus touchées (14% chacune). La majorité des arrêts cardiaques était survenue lors des anesthésies faites par les techniciens supérieurs d'anesthésie et réanimation seuls (48%) et les patients ASA IV + U (24%) et Mallampati II (48%) étaient les victimes. Le choc hémorragique était la première cause (30%). Plus de la moitié (58%) des arrêts était décédée. L'administration de l'adrénaline et le massage cardiaque externe étaient faits à 100% au cours de la prise en charge de l'arrêt cardiaque.

Conclusion: L'arrêt cardiaque est une complication grave qui peut survenir à tout moment de l'anesthésie quelque soit la technique pendant toute chirurgie. Sa prévention passe par une évaluation pré-anesthésique des patients, un monitoring disponible, adéquat et fonctionnel; un personnel anesthésiste spécialisé et très vigilant.

Mots clés: Arrêt cardiaque, Anesthésie, CHU, Lomé

Arrêts cardiaques post-opératoires immédiats au CHU Sylvanus Olympio de Lomé

Mouzou T¹, Tomta K¹, Egbohoun P¹, Adama-Houndegla Ab², Edjeou A¹.

1. Service d'Anesthésie Réanimation, Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio (CHUSO) Lomé (TOGO) 2. Service de Gynécologie et Obstétrique CHU SO

Objectif: Faire l'état des lieux des arrêts cardiaques postopératoires immédiats au CHU Sylvanus Olympio de Lomé.

Matériels et Méthode: Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive allant de 1^{er} janvier 2009 au 31 Décembre 2013 (5ans). A travers les dossiers d'anesthésie (CPA, fiche de surveillance peropératoire, de surveillance de la réanimation, compte rendu anesthésiques des blocs opératoires) des patients anesthésiés, nous avons recensé les informations. Les paramètres étudiés étaient: l'âge, le sexe, les indications opératoires, les modalités d'intervention, les types d'intervention, l'anesthésie réalisée, les incidents et accidents per et post-opératoires, le moment de survenue des arrêts cardiaque et leur prise en charge.

Résultats: 75 dossiers de patients étaient retenus. L'âge des patients variait de 3 jours à 75 ans et les tranches d'âge les plus représentées étaient celles de [18-40] ans (42,67%) et de [41-60] ans (30,67%) avec une prédominance du sexe féminin (66,66%). Cinq patients avaient eu une consultation pré-anesthésique documentée et 70 patients une visite pré anesthésique. La péritonite était l'indication chirurgicale la plus fréquente (30,67%). Les interventions les plus fréquentes pratiquées étaient la laparotomie (40,00%) et la césarienne (17,33%). 70 patients étaient opérés sous anesthésie générale (93,33%) et 5 patients sous rachianesthésie (6,67%). L'hypotension artérielle sévère (33,33%) et la désaturation (24,00%) étaient les incidents et accidents périopératoires les plus fréquents.

Conclusion: Les arrêts cardiaques post-opératoires restent des complications redoutables de la période post-opératoire immédiates nécessitant une prise en charge rapide et efficace.

Mots-clés: arrêt cardiaque, postopératoire, CHU, Lomé

Réanimation: Neuro-Réanimation

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

Les états de chocs: aspects épidémiologique, étiologique et pronostique en réanimation médicale au CHU Sylvanus Olympio de Lomé

Balaka Abago, Tchamdja Toyi, Djibril Mahama Awali, Djagadou Kodjo Agbéko, Nemi Komi Dzidzonu, Agbétra Aissah.

Service de médecine interne, CHU Sylvanus Olympio, Université de Lomé.

Auteur Correspondant: E-mail: franblanc2002@yahoo.fr

Introduction: les objectifs de l'étude étaient d'étudier l'aspect épidémiologique des états de choc, de répertorier les étiologies des états de choc et d'apprécier le pronostic des états de choc en réanimation médicale.

Patients et Méthodes: Il s'agissait d'une étude rétrospective avec analyse des dossiers des malades sur 1 an âgés de 15ans ou plus, hospitalisés en réanimation médicale au CHU Sylvanus Olympio de Lomé de Lomé et ayant présenté un tableau d'état de choc hémodynamique.

Résultats: Au total 38 malades ont été inclus dans notre étude sur 627 malades hospitalisés au cours de notre période d'étude. Soit une fréquence hospitalière des états de choc de 6,6%. L'âge moyen des malades était de 48 ans (extrêmes 27 à 76 ans) avec une sex-ratio à 1,4. Les motifs d'hospitalisations, étaient représentés par les troubles de conscience dans 21 cas, La dyspnée dans 15 cas, la décompensation diabétique dans 8 cas et l'hémorragie digestive dans 7 cas. Les chocs hypovolémique cardiogénique septique et anaphylactique ont représenté respectivement 47,5%, 32%, 18% et 2,5%. Les étiologies sont représentées par : Les hémorragies digestives, les décompensations diabétique, ascitique, valvulaire, l'infarctus du myocarde, les cardiomyopathies et les infections (pulmonaire, urinaire et méningée). Le taux de mortalité globale est de 34% avec une létalité des chocs hypovolémique cardiogénique septique et anaphylactique respectivement 27,7 %, 33%, 57% et 0 %.

Discussion: Les états de choc qu'ils soient hypovolémique, cardiogénique, septique ou anaphylactique sont fréquents en réanimation médicale au CHU Sylvanus Olympio de Lomé, leurs causes sont multiples. La forte mortalité dans notre service est imputable en partie à l'insuffisance du plateau technique mais aussi à l'absence de prise en charge précoce et adéquat par manque de moyen financier des malades.

Mots clés: Choc hémodynamique, épidémiologie, étiologie, pronostic,

Choc septique sur une pneumopathie hypoxmiante avec SDRA grippal H1N1.

Babo CJ, Bouh KJ, Ayé YD, Konan KJ, Yéo TLP, Ogondo B, Soro L, Hadj Slimane Z

Introduction: L'alerte pandémique de 2009 a induit, de façon inédite, un suivi en temps réel des cas de grippe A dans le monde entier. Plusieurs arguments sont en faveur d'une résurgence du SDRA grippal, autrefois exceptionnelle, certains réseaux de surveillance ont enregistré 15 à 20 fois plus d'admissions en réanimation pour pneumonie virale A [1]. Nous rapportons un cas avec recours à l'oxygénation extracorporelle.

Observation: Une patiente de 37ans, admise aux urgences pour une insuffisance respiratoire aigüe avec une désaturation à 60% en air ambiant, une cyanose des extrémités. Elle bénéficie d'une oxygénothérapie puis rapidement d'une alternance optiflow et de ventilation non invasive. La patiente est intubée devant une altération de la conscience et une désaturation à 45%. Malgré une FiO2 à 100%, la patiente présente une saturation entre 60 et 70%. Par ailleurs, on note une dégradation sur le plan hémodynamique avec une hypotension artérielle. L'épreuve au vectarion est négative. L'indication d'une ECMO veino-veineuse est posée et réalisée. La saturation est à 99% sous ECMO 100%, en ventilation contrôlée. La PCR grippe à H1N1 est revenue positive sur un prélèvement nasal. La radiographie du thorax objective des opacités interstitielles bilatérales compatibles avec un syndrome de détresse respiratoire aigu. Au traitement initial, il sera ajouté du Tamiflu, une antibiothérapie et une corticothérapie. L'évolution sera marquée par une amélioration rapide de l'état hémodynamique avec un sevrage progressif des amines, un arrêt des corticoïdes. La ventilation protectrice est poursuivie avec adjonction de monoxyde d'azote avec une amélioration des images radiologiques du syndrome de détresse respiratoire aigu. Le sevrage de l'ECMO est débuté dès le 6^{ème} jour. Le sevrage ventilatoire est poursuivi hors sédation. La laryngoscopie directe lors de l'ETO est en faveur d'une intubation difficile (Cormack 4, cordes vocales non visibles). Une trachéotomie chirurgicale pour sevrage ventilatoire est réalisée. La patiente est décanulée, les suites immédiates sont simples, elle est mise en ventilation spontanée avec 11 d'O2/min aux lunettes nasales. La patiente est adressée au SSR pour kinésithérapie, puis sortie.

Références: Webb SA, Seppelt I, Bellomo R, et al. Critical care services and 2009 H1N1 influenza in Australia and New Zealand. *N Engl J Med.* 2009;361:1925-34

Les cardiomyopathies en réanimation médicale au CHU-Sylvanus Olympio de Lomé.

Tchamdja Toyi, Balaka Abago, Djibril Mahama Awali, Djugadou Kodjo Agbéko, Nemi KomiDzidzonu, Agbétra Aissah.

Service de médecine interne, CHU Sylvanus Olympio, Université de Lomé.

Auteur correspondant: Tchamdja Toyi, E-mail: ttpault234@gail.com

Introduction: l'objectif était de déterminer les différents facteurs de risque et de relever les types de cardiomyopathies à la réanimation médicale.

Matériels et Méthodes: Il s'agissait d'une étude prospective portant sur 84 patients hospitalisés pour cardiopathie de janvier 2011 à janvier 2013 au CHU-SO de Lomé.

Résultats: L'âge moyen des patients était de 51 ans avec des extrêmes de 20 à 82 ans. Les hommes étaient les plus représentés (n=46) avec une sex-ratio de 1,21. L'hypertension artérielle (61,91%), le diabète (30,95%) et l'alcool (30,95%) étaient les facteurs de risque les plus retrouvés. Les troubles électro cardiographiques étaient dominés par les hypertrophies du ventricule gauche (38,09%), les tachycardies (30,95%), les ischémies (16,67%), les arythmies par fibrillation auriculaire (9,52%) et les nécroses (4,76%). A l'écho doppler cardiaque les anomalies les plus retrouvées étaient les dysfonctions systoliques du ventricule gauche (33,33%), l'insuffisance aortique (16,67%), l'hypertension pulmonaire (16,67%) et l'insuffisance mitrale (9,52%). Les cardiomyopathies (38,09%), les cardiomyopathies dilatées (38,09) et les cardiomyopathies ischémiques (9,52%) étaient les types les plus rencontrés. La létalité était de 35,71%.

Discussion: Les cardiomyopathies sont de pronostic réservé. Il est impérieux d'agir efficacement sur les facteurs de risques pour de telles complications cardiaques.

Mots-clés: Cardiomyopathies, facteurs de risque, Lomé

Utilité des scores de gravité en unités de soins intensifs au Bénin

Lokossou TC, Sama HD, Bawa BM, Chincoun Y, Assouto P, Zoumenou E, Tomta K, Chobli M

Service Polyvalent d'Anesthésie Réanimation, SPAR CNHU/HKM Cotonou, Bénin

Auteur correspondant: Sama D. Hamza, E-mail: hamzasama@hotmail.com Tél: +228 90 78 40 47

Introduction: L'indice de gravité simplifié (IGSII ou SAPS II) permet d'évaluer la gravité des patients dans une unité de soins intensifs (USI) ou de réanimation, de comparer les groupes de patients homogènes et de prédire la mortalité hospitalière.¹

Objectif: Evaluer la prédiction de mortalité par l'IGS II et la comparer avec la mortalité réelle dans le contexte de notre pratique

Patients et méthode: Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et analytique, réalisée du 02 Août 2013 au 30 Novembre 2013 (quatre mois) au CNHU Hubert K. Maga de Cotonou (Bénin) à la réanimation du Service Polyvalent d'Anesthésie Réanimation et à l'Unité de Soins Intensifs de la Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences. Tous les adolescents et adultes de plus de 15 ans ayant une observation médicale complète avec les paramètres vitaux et les résultats d'examen biologiques enregistrés y étaient inclus. N'ont pas été inclus les patients décédés à l'admission.

Résultats: 314 patients étaient retenus. L'âge médian était de 30 ans. Le niveau socio-économique était faible chez 70% des patients. 68% des transports sanitaires n'étaient pas médicalisés. 56% des patients étaient des transferts secondaires en réanimation. Les défaillances vitales les plus fréquentes étaient : neurologique (95%), cardiovasculaire (47%), respiratoire (21%) et métabolique (14%). L'IGSII moyen était de 44 ± 20 . La ventilation artificielle était nécessaire chez 67% des patients. La durée de séjour médiane en réanimation était de 3 jours avec des quartiles de 24 heures et 24 jours. 190 patients sont décédés (60%). Il y'avait une corrélation significative entre le décès et les défaillances cardiovasculaire ($\text{Chi}^2 = 17,26$ $p = 0,001$) et respiratoire ($\text{Chi}^2 = 3,64$ $p = 0,056$) et non significative avec la défaillance métabolique ($\text{Chi}^2 = 0,80$ $p = 0,372$). La mortalité prédite par l'IGSII était de $34 \pm 2\%$, inférieure à la mortalité observée (60%) avec un ratio de mortalité standardisé, SMR de 1,76.

Conclusion: Notre étude montre que l'IGSII, très peu utilisé dans notre pratique, sous estime la mortalité réelle en réanimation et USI dans notre contexte de pays à faible revenu.

Mots-clés: USI, réanimation, score de gravité, pays à faible revenu

Référence:

1. Le Gall JR. JAMA. 1993; 270: 2957-63.

Epidémiologie de la mortalité en réanimation polyvalente du CHU Sylvanus Olympio de Lomé.

Egbohoun P, Mouzou T, Tomta K, Sama H, Assenouwé S.

Objectif: relever les aspects épidémiologiques des décès survenant en réanimation polyvalente du CHU Sylvanus Olympio (CHU SO) de Lomé.

Méthode: notre étude a eu pour cadre le service de réanimation polyvalente du CHU Sylvanus Olympio de Lomé. Il s'est agi d'une étude rétrospective sur les dossiers des patients décédés en réanimation polyvalente du CHU S.O de Lomé, sur une période de douze mois allant du 1^{er} novembre 2012 au 31 octobre 2013.

Résultats: 237 décès sur 732 patients admis y ont été enregistrés soit un taux de mortalité de 32,38%. Masculin : 163 (68,8%), féminin : 74 (31,2%), ratio M/F=2,2. Les tranches d'âge de 21-30, 31-40, 41-50 ans ont été les plus touchées avec respectivement 16,0%, 19,8%, 17,7%. Les pathologies traumatiques (45,15%) dominées par les TCE grave (34,18%), chirurgicales non traumatiques (31,22%) dominées par les péritonites (8%), ont été les plus représentées suivies des pathologies médicales (18,14%), des brûlures graves (5,49%). Au plan clinique: 28,3% étaient en état choc, 21,9 % présentaient une détresse respiratoire ($spo_2 < 90\%$; $FR > 25$), 54,4% avaient un score de Glasgow < 9 , une mydriase unilatérale (4,6%) ou bilatérale (10,1%). Les décès survenaient dans 42,2% dans les 48 h après admission en réanimation ; 51,9% des décès survenaient durant la tranche horaire de 17h à 7h, dans un contexte de défaillance respiratoire (38,9%), cardiaque (23,21%), neurologique de mort cérébrale (16,9%), de choc hémorragique (3,8%).

Conclusion: la mortalité en réanimation polyvalente du CHU SO de Lomé reste très élevée. Elle touche des patients jeunes, pour des pathologies essentiellement traumatiques et chirurgicales infectieuses.

Mots clés: mortalité, réanimation, CHU Togo

Insuffisance rénale au service d'accueil des urgences du CHU de Libreville: étude rétrospective sur 10 mois

Essola L, Bibalou MP, Mbourou Etomba A, Ngomas JF, Soami W, Sima Zué A

Objectif: évaluer la prévalence des insuffisances rénales au service d'accueil des urgences (SAU)

Matériel et méthodes: il s'agit d'une étude rétrospective sur 10 mois (juillet 2013 à avril 2014) menée au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire de Libreville. Etaient inclus tous les patients présentant une altération de la fonction rénale. Les variables étudiées étaient l'âge, le sexe, les antécédents, le motif d'admission, les données biologiques, la prise en charge thérapeutique et le devenir des patients.

Résultats: cent quatre-vingt-trois patients (14,7%) dont 100 hommes et 83 femmes ont répondu aux critères d'inclusion. L'âge moyen était de $46,7 \pm 18,2$ ans. 57 patients (31,1%) étaient séropositifs au VIH connus. 38 patients (20,7%) étaient des insuffisants rénaux chroniques et 16 patients (8,7%) associaient une HTA et une IRC. 23,7% des patients présentaient une hyperthermie à l'admission. 17 patients (9,2%) étaient admis pour GEA. 6 patients insuffisants rénaux chroniques dialysés avaient présenté des incidents au cours des séances de dialyse motivant leur admission au service des urgences. Une IRC était diagnostiquée chez 29 patients (15,8%). 8 patients sur 116 présentant une IRA (6,9%) bénéficiaient d'une épuration extrarénale. Une transfusion sanguine était nécessaire chez 13,7% des patients. 78 décès (42,6%) étaient répertoriés dont 16 (20,5%) concernaient des patients IRC.

Conclusion: l'insuffisance rénale est fréquemment rencontrée au SAU. La prise en charge dans l'insuffisance rénale aiguë comprend en outre le traitement étiologique, les apports hydriques pour reconstituer la volémie voire l'hémodialyse. L'amélioration de la prise en charge des insuffisants rénaux chroniques dans notre pays permettra d'éviter la survenue de complications observées dans notre unité.

Mots clés: Insuffisance rénale aiguë, Insuffisance rénale chronique, HTA, Gastro-entérite, Hémodialyse

Réanimation: Trauma Crânien-Polytrauma

Traumatisme crânio-encéphalique (TCE) de l'enfant: aspect épidémiologique, clinique et thérapeutique Au CHU Sylvanus Olympio (CHU SO) de Lomé.

Tomta K¹, Mouzou T¹, Egbohoun P¹, Assenouwe S¹, Gnassingbe K².

¹: Service d'Anesthésie Réanimation CHU Sylvanus Olympio Lomé (TOGO)

²: Service de chirurgie pédiatrique CHU Sylvanus Olympio Lomé (TOGO)

Introduction: Les TCE de part leur fréquence, leurs conséquences en termes de morbidité, mortalité, séquelles physiques et psychologiques, et impacts socioéconomiques intéressant toutes les couches de la société, constituent un problème majeur de santé publique. La littérature sur les TCE est fournie mais peu de travaux ont porté sur l'enfant.

Objectif: analyser les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs des enfants admis pour traumatisme crânio-encéphalique au CHU SO

Patients et méthodes: il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive portant sur les dossiers des enfants hospitalisés dans les services de chirurgie pédiatrique et de réanimation chirurgicale du CHU SO pour traumatisme crânio-encéphalique de janvier 2006 à décembre 2010.

Résultats: Les TCE ont représenté 14,7% de l'ensemble des pathologies traumatiques des enfants. L'âge moyen était de 7 ans 4 mois 20 jours (extrêmes) 5 jours et 15 ans). le sex-ratio était de 2,33. Les accidents de la voie publique étaient retrouvés dans 68% des cas. Les TCE graves étaient les plus fréquents (48%). Les signes de localisation ont été retrouvés chez 56% d'entre eux. Des lésions associées étaient retrouvées dans 38% des cas. Le taux de réalisation du scanner cérébral était de 35%. Les lésions cérébrales étaient retrouvées dans 64% des cas. Le traitement a comporté des mesures de réanimation neurologique, respiratoire, nutritionnelle et cardiovasculaire, des soins anti-infectieux et antalgiques, pour tous les TCE graves; elle a été chirurgicale dans 14% des cas. La mortalité était de 6%, et les séquelles chez 30% des cas.

Conclusion: Les TCE de l'enfant sont fréquents au CHU SO. Ils sont grevés d'une importante morbi-mortalité. La précocité de prise en charge, l'amélioration du plateau technique et l'accessibilité aux soins permettront de réduire la morbi-mortalité.

Mots-clés: Traumatisme crânio-encéphalique, lésions, enfants, Togo

Le traumatisme crânien au C.H.U. Gabriel Touré: Aspects cliniques et pronostiques

Samaké B.M., Togola M., Maiga H., Kéita B., Mangané M., Diallo A.

Introduction L'incidence annuelle de l'ensemble des traumatismes crâniens (TC) en Europe est évaluée à 235/100 000 habitants par an avec de grandes disparités entre les pays. Au Mali, celle-ci est de 2000 pour 100 000 hospitalisations.

Objectif: déterminer le pronostic des TC modérés et graves.

Patients et méthodes: Il s'agissait d'une étude descriptive et transversale de février 2011 à janvier 2012 incluant tous les patients admis dans le service de réanimation pour TC modéré et grave du C.H.U. Gabriel Touré. Les variables sociodémographiques, cliniques, et thérapeutiques ont été étudiés. Les données ont été analysées sur SPSS 17. et le test Khi-2 utilisé pour la comparaison des résultats avec $P < 0,05$ considérée comme significative.

Résultats: Pendant la période 150 cas ont été colligés et ont représenté 23 % des admissions. L'âge moyen était de $38,7 \pm 3$ ans avec des extrêmes de 3 ans et 82 ans. Le sex-ratio était de 12. Les causes étaient les accidents de la voie publique (78 %), les accidents domestiques (16 %) et les coups et blessures volontaires (5 %). La notion de perte de connaissance était retrouvée chez 94,1 % des patients. Les signes d'hypertension artérielle ont été retrouvés chez 45, 3% des patients. Les lésions associées étaient des plaies cutanées (70%), des œdèmes périorbitaires (39,3%) et les fractures osseuses (20,7 %). A l'admission la pression artérielle était normale chez 66 % des patients, le score de Glasgow était inférieur à 8 chez 46, 7 %, les pupilles normo dilatées et réactives chez 62,7 %. L'examen tomodensitométrique avait objectivé au moins une lésion cranio-cérébrale chez 90 % des patients. L'intubation avec ventilation était réalisée chez 17 % des patients. La mortalité était de 54 %. Le taux de survie sans séquelles était de 23 % et celui de survie avec séquelle était de 23 %.

Conclusion: La mortalité liée au traumatisme crânien est très préoccupante avec 54 %. La disponibilité des moyens de prise en charge et de monitoring réduirait cette forte mortalité.

Mots clés: Traumatisme cranien, Morbi-mortalité, Réanimation

Prise en charge des traumatisés sévères en réanimation des cliniques universitaires de Kinshasa: Etat des lieux

Ilunga M.J.P., Amisi B.E., Nsumbu N.T., Mutombo S., Anyansole N.A., Kilembe M.A.

Service de Réanimation polyvalente: CUK. Kinshasa. RD Congo

Introduction: Le traumatisme sévère constitue un problème de santé publique. Il représente la principale cause de décès de la population active et la 4^{ème} cause de mortalité tout âge confondu. En RD Congo, l'ampleur, les déterminants et les conséquences de ce fléau n'y sont pas clairement définis dans nos hôpitaux. L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux sur la prise en charge des traumatisés sévères en réanimation des Cliniques Universitaires de Kinshasa.

Matériel et méthodes; Il s'agit d'une étude documentaire, descriptive, réalisée en réanimation des Cliniques Universitaires de Kinshasa du 1^{er} Janvier 2011 au 31 Décembre 2013. L'échantillon non probabiliste a été constitué de 54 dossiers des patients traumatisés retrouvés dans les archives du service de réanimations. Les paramètres d'intérêt pour l'étude ont été tirés des données épidémiologiques, de la clinique initiale, du traitement instauré, de l'évolution et l'issue des patients. Le critère de jugement principal a été la mortalité en réanimation.

Résultats: La fréquence des patients traumatisés dans cette étude était de 18,6% avec un âge moyen de 30,9± 22,2 ans. Le sexe masculin était prédominant dans 64,8% avec un ratio de 1,8. Les accidents des voies publiques étaient majoritaires avec 72,2% et la plupart des patients avaient au moins deux composantes dans 70,4%. La détresse neurologique était plus concernée avec 55,5%. La mortalité globale était de 72,2% avec une importance accrue de 70,7% pour les lésions sévères. La composante cranio-encéphalique était impliquée dans 74% des décès.

Conclusion Le traumatisme sévère concerne plus les jeunes en âge d'activité. Sa mortalité reste encore élevée et associée à plusieurs facteurs dans notre milieu ou une amélioration de la prise en charge doit être envisagée rapidement.

Mots-clés: traumatisme sévère, réanimation, prise en charge, mortalité.

Références

1. Carli P, D. Yates. conférences d'actualisation. SFAR 1993, 437-449
2. Kienlen J, de La Coussaye JE. Management of multiple trauma in the emergency room. J Chir 1999, 136: 240

Traumatismes crâniens: Prise en charge non chirurgicale au CHU de Brazzaville

Ekouele Mbaki HB¹, Otiobanda GF², Bhodeho M¹, Boukassa L¹, Okiemy G¹

*1: Chirurgie polyvalente, CHU de Brazzaville,
2: Réanimation polyvalente, CHU de Brazzaville.*

Auteur correspondant: Ekouele Mbaki Hugues Brioux.
E-mail: brioux1@gmail.com

Introduction: Les traumatismes crânio-encéphaliques constituent la première cause de mortalité chez le sujet jeune; leur prise en charge implique une hiérarchisation et une prévention des agressions cérébrales secondaires d'origine systémique.

Objectif: rapporter l'expérience dans la prise en charge des traumatisés crâniens en dehors d'une indication chirurgicale.

Matériel et méthodes: Nous avons mené une enquête descriptive et rétrospective, de janvier à juillet 2014, au Centre hospitalier universitaire de Brazzaville.

Résultats: soixante cinq patients ont été admis pour traumatisme crânien dans le service de chirurgie polyvalente, dont 62 non opérés. Le sex-ratio était de 4/1. La moyenne d'âge était de 30 ans (extrêmes de 8 et 71 ans). Le délai moyen d'admission était de 2 heures pour les patients en provenance de Brazzaville et 3 jours pour les patients référés. Le score de Glasgow moyen était de 10; le délai moyen de réalisation du scanner était de 5 jours. La contusion cérébrale et l'hémorragie méningée étaient les lésions les plus fréquentes. Les lésions associées étaient recherchées dans moins de la moitié des cas, le traumatisme du rachis cervical était objectivé dans 3 cas. Il y a eu 9 décès, dont 5 complications respiratoires. L'évolution a été favorable pour plus de la moitié des cas; la morbidité était dominée par l'infection pulmonaire et les troubles ioniques.

Discussion: Le volet médical de la prise en charge des traumatisés crâniens nécessite une attention particulière aux plans respiratoire, hémodynamique, ionique et métabolique.

Conclusion: Les auteurs suggèrent d'étendre les indications d'admission en réanimation pour ces patients.

Références:

1. Lu J, Marmarou A, Choi S, et al. Acta Neurochir 2005 ; 95 : 281-285 ;
2. Adelson PD, Bratton SL, Carney NA, et al.. Pediatr. Crit. Care Med. 2003; 4

Prise en charge des traumatismes crâniens graves à la réanimation du CHU Aristide le Dantec

Leye Pa¹, Belem F¹, Fall Ml², Bah Md², Diouf E¹

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

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

Auteur correspondant: Dr Leye Papa Alassane. Mail : palassaneleye@yahoo.fr

Introduction Les traumatisés crâniens (TC) graves représentent un groupe à risque d'évolution défavorable en réanimation. Leur prise en charge a fait l'objet de plusieurs recommandations afin d'en réduire les conséquences dramatiques [1,2].

Objectif: partager l'expérience dans la prise en charge des TC graves.

Patients et méthodes Il s'agit d'une étude rétrospective sur 18 mois de janvier 2013 à juin 2014 réalisée au CHU Aristide Le Dantec de Dakar. Tous les patients reçus pour TC grave (score de Glasgow < 9) ont été colligés. A partir des observations, les données épidémiologiques et anamnestiques, cliniques, paracliniques, les traitements reçus et l'évolution ont été recueillis.

Résultats Vingt-trois patients, d'âge moyen 25 ans, essentiellement des hommes, étaient hospitalisés; 73,91% des traumatismes étaient causés par un accident de la voie publique. Le délai moyen de prise en charge était de 13 heures. La moitié des patients avaient bénéficié d'un transport médicalisé. Sept patients présentaient un score de Glasgow initial à 3. Des signes de localisation neurologique étaient retrouvés chez 9 patients. Un état hémodynamique et/ou respiratoire précaire était noté chez 7 patients. Le scanner cérébral était réalisé chez 20 patients. Tous les patients étaient sous ventilation mécanique et sédation pendant au moins 48 à 72 heures. Vingt patients avaient présenté des ACSOS dès l'admission ou en cours d'hospitalisation. Neuf patients avaient développé une pneumopathie acquise sous ventilation mécanique (PAVM). L'évolution a été défavorable chez 16 patients avec une mortalité de 60,6%. La durée moyenne de séjour en réanimation était de 12 jours.

Discussion La mortalité des traumatisés crâniens graves est élevée dans notre structure. La large prédominance des accidents de la voie publique comme cause du traumatisme montre les efforts de prévention à faire dans ce domaine. Une prise en charge pré-hospitalière précoce et adaptée permettrait d'améliorer le pronostic dans nos régions à ressources limitées.

Mots-Clés: Traumatisme crânien grave – Réanimation

Références

1. J Neurotrauma 2000; 17: 449-555.
2. Réanim 15 (2006) 552-560

Les traumatismes crânio-encéphaliques à l'hôpital régional de N'zérékoré: Aspects épidémiologiques, cliniques et difficultés de prise en charge thérapeutique.

Seydou Guilavogui, Moussa Kourouma.

Introduction: Les traumatismes crânio-encéphaliques (TCE) sont fréquents à l'hôpital régional. Ils se présentent souvent dans un contexte de polytraumatisme ou sont accompagnées de multiples autres lésions corporelles. Leur prise en charge thérapeutique est délicate. C'est une étude prospective, axée sur les TCE hospitalisés du 1er Janvier au 30 juin 2014.

Objectif: Ressortir les aspects épidémiologiques et pronostics au sein de notre hôpital régional. Analyser les difficultés de prise en charge, notamment anesthésique.

Matériels: Nous on servi: les registres des urgences médico-chirurgicales, des protocoles opératoires, des soins intensifs, du pavillon d'hospitalisation et des dossiers individuels des patients.

Méthode: Nous avons étudié la fréquence des TCE par rapport aux autres urgences; et classé nos patients selon l'âge et le sexe, la profession, la gravité clinique du traumatisme, les lésions associées et les aspects cliniques et thérapeutiques lors de leur prise en charge.

Résultats: 58 patients victimes de TCE ont été hospitalisés durant le semestre. Chaque ce a été analysé sur les plans épidémiologique, clinique, thérapeutique et pronostic.

Discussion: Les TCE sont fréquents dans cet hôpital de province éloignée de la capitale, où l'imagerie fait défaut et les références sont rares et dangereuses. Les décharges sont fréquentes. La prise en charge anesthésique est très insuffisante, d'où une mortalité élevée. Pour tous ceux qui sont passés par le bloc opératoire, la kétamine a été l'unique hypnotique disponible. Nous n'avons pas rencontré de problème significatif lors de son utilisation ; mais l'étude est courte et l'échantillon très peu pour en tirer une conclusion.

Conclusion. Un appel est lancé aux autorités afin d'améliorer la prise en charge de ces patients sur tous les plans.

Mots clés: Traumatisme crânio-encéphalique; kétamine; hôpital de province

Prise en charge préhospitalière des patients traumatisés admis aux urgences du CHU de Cocody.

Abhé C M, Tétchi Y, Kouamé L, N'guessan Y, Coulibaly K T, Brouh Y.

Objectifs Evaluer de la prise en charge préhospitalière 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 victime principale 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 préhospitalière 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 préhospitalier 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: Prise en charge-Préhospitalière-Urgences-Traumatisme

Prise en charge des polytraumatisés en réanimation au CHU Sylvanus Olympio de Lomé.

Assenouwe S¹, Tomta K¹, Mouzou T¹, Sama DH¹, Egbohoun P¹, Abalo A²,

¹. Service d'anesthésie et réanimation, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo

². Service de Traumatologie et Orthopédie CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo

Auteur correspondant: ASSENOUWE Sarakawabalo. D
Email: sbalo03@yahoo.fr

Introduction: Au Togo, le système de prise en charge des polytraumatisés est insuffisant. Peu d'études ont été faites sur cette prise en charge en réanimation.

Objectif: Décrire les aspects épidémiologiques et la prise en charge des polytraumatisés en réanimation au Togo.

Patients et méthodes: Nous avons mené une étude prospective et descriptive, au service de Réanimation polyvalente du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé (Togo). Etaient inclus, les polytraumatisés admis du 1er Avril au 31 Décembre 2012.

Résultats: 101 polytraumatisés ont été admis en réanimation polyvalente. L'âge moyen était de 37,5± 17 ans avec une prédominance masculine (sex-ratio = 4,3). Les accidents de la voie publique en étaient la première cause (75%). Leur transport était peu médicalisé (15%). A l'admission, ils présentaient une détresse respiratoire (65%), une hypotension (63%), un état de choc (45%) et une hypertension (15%). Un traumatisme crânien était associé dans 71% de cas (43% de traumatisme crânien grave). Ils bénéficiaient d'une intubation et ventilation mécanique (34,65%), d'amines vasopressives (37,62%) et d'analgésiques (100%), avec la morphine (95%). L'évolution était marquée par des hyperglycémies (70%), des hypoglycémies (9%), des hyperthermies (61,38%), des hypothermies (5,94%), un choc septique (8%) et la détresse respiratoire (5%). Le taux de létalité était de 30%. Les causes de décès étaient l'état de choc (43%) et la mort encéphalique (33%)

Conclusion: Les polytraumatismes touchent surtout les adultes jeunes. Ils sont essentiellement causés par les accidents de la voie publique. Leur prise en charge en réanimation polyvalente est marquée par un fort taux de létalité.

Mots clés: polytraumatisés, réanimation polyvalente, CHU, Lomé

Le polytraumatisé: Aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques à l'hôpital régional de N'Zérékoré.

Seydou Guilavogui, Moussa Kourouma

Hôpital régional de N'zérékoré

Introduction: Le polytraumatisé est un patient fragile et instable. Sa prise en charge est souvent pluridisciplinaire. Dans un hôpital aux faibles moyens humains et matériels, le constat d'impuissance face à de tels patients est amer. Parfois, le diagnostic n'est complété qu'en post mortem, une lésion faisant occulter les autres.

Objectif: C'est une étude rétrospective, étalée sur 3 ans (2011 à 2013 inclusivement) qui a colligé tous les patients reçus pour polytraumatisme et hospitalisés au service de chirurgie. L'objectif principal de cette étude est d'établir la fréquence de cette pathologie meurtrière et de ressortir ses aspects épidémiologiques, cliniques et pronostics.

Matériels: Registres d'hospitalisation de chirurgie et des soins intensifs, registres de protocoles opératoires. Nous avons exclu de l'étude les patients qui sont décédés aux urgences, avant toute prise en charge médicale.

Méthodologie: Les patients ont été repartis selon l'âge et le sexe, la profession, la nature des lésions, et leur devenir. Seuls les patients effectivement hospitalisés ont été pris en compte pour l'étude.

Résultats: Nous avons recensé 31 cas hospitalisés. Les facteurs d'aggravation étaient liés à la gravité du traumatisme crânien et aux lésions médullaires. Les lésions viscérales étaient mieux prises en charge. La mortalité élevée

Discussion: Les polytraumatismes sont peu fréquents. La mortalité est très élevée avant J2; il y a assez de décharges au sein des survivants. Les lésions médullaires sont péjoratives meurtrières. Toutes les classes sociales en sont victimes

Conclusion : Il faut encourager la formation des agents pour la reconnaissance du polytraumatisé et sa prise en charge (chirurgiens et anesthésistes réanimateurs), et doter les hôpitaux en matériels et imageries médicales.

Mots clés: Polytraumatisme ; multidisciplinaire; lésions médullaires

Aspects épidémiocliniques et prise en charge pré-hospitalière par le SAMU du Niger des victimes d'accidents de la voie publique

Bawa M, Karadji S, Uwamahoro JDD, Idrissa A, Chobli M

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

Objectifs: Etudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et la prise en charge pré hospitalière par le SAMU NIGER

Résultats: La tranche d'âge de 21 à 30 ans représente 38% des cas. 82,3% sont de sexe masculin. 27,6 % des accidents sont survenus entre 18h et 22h ; et un même axe routier a concentré 32,2 % des cas. Le conflit Auto-Moto est retrouvé dans 32,4% des cas. Les traumatismes des membres pelviens prédominent avec 50.1% suivi du traumatisme crânien avec 33,7% de cas et le polytraumatisme avec 4,3% des cas . 49.6% des cas ont eu une voie veineuse. L'arrêt de l'hémorragie par compression directe représente 6.6% des gestes. La Ventilation a été pratiquée dans 0.8% des cas. 4% des patients ont bénéficié d'une oxygénation. Le remplissage vasculaire est réalisé avec du SSI chez 37,60% des cas. L'analgésie a été réalisée dans 31.8% des cas avec le nefopam, les évacuations sur l'Hôpital National de Niamey ont représenté 78.00% des cas. Le délai moyen d'intervention a été de 22 minutes.

Discussion: Nos données s'apparentent en plusieurs points à celles de la bibliographie internationale. La tranche d'âge jeune et valide de la population a été la plus concernée. La vitesse excessive a été le facteur de risque prépondérant. A l'image des autres SAMU d' Afrique, le SAMU NIGER a beaucoup à faire pour répondre à une demande croissante.

Conclusion: Le rôle du SAMU NIGER est primordial dans la médicalisation pré hospitalière.

Mots clés: Accidents de la voie publique, SAMU, Niger

Motifs d'hospitalisation pour lésions du membre supérieur dans le service de traumatologie-orthopédie du CHU-Sylvanus Olympio de Lomé

Walla A, Abalo A, Akpoto W, James YE, Gnandi-Pio F, Lagneble A, Dossim AM

Objectif: répertorier les différentes lésions du membre supérieur pour lesquelles les patients ont été hospitalisés dans le service d'orthopédie-traumatologie du CHU Sylvanus Olympio de Lomé et de déterminer leur profil évolutif.

Matériels et méthodes: Il s'agissait d'une étude rétrospective allant du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2010. Elle a concerné tous les patients hospitalisés pendant cette période pour lésion du membre supérieur qu'elle soit d'origine traumatique, orthopédique, infectieuse ou tumorale. Sur les 1083 patients de notre échantillon, 87,82% avaient été hospitalisés pour des lésions d'origine traumatique, 7,57% pour des pathologies infectieuses, 3,04% pour des pathologies orthopédiques et 1,57% pour des lésions tumorales. La moyenne d'âge de ces patients était de 38,42 ans. La série était composée de 71,47% d'hommes et de 28,53% de femmes avec une sex-ratio de 2,49. Dans 90,58%, le mode d'admission dans le service s'était fait à partir des urgences chirurgicales. Au plan lésionnel, les fractures étaient au premier rang des lésions traumatiques hospitalisées avec 79,07% des patients. Les lésions orthopédiques ont concerné les instabilités de l'épaule dans 36,37% des cas. Les plaies infectées représentaient majoritairement les pathologies infectieuses avec 35,36%. L'évolution de ces différentes lésions était favorable dans 82,82%.

Mots-clés: Membre supérieur, traumatismes, infections, tumeurs, évolution.

Traumatismes abdominaux au CHU Sylvanus Olympio de Lomé.

T.Mouzou, P.Egbohoun, K.Tomta, A.K.Bissang.

Service d'Anesthésie Réanimation du CHU Sylvanus Olympio de Lomé.

Objectif: Evaluer l'évolution de la prise en charge des traumatismes abdominaux.

Matériels et méthodes: Etude rétrospective sur 2 ans du 1^{er} juin 2012 au 30 juin 2014. Les dossiers médicaux des patients des urgences chirurgicales, du bloc opératoire, de la réanimation polyvalente et des services d'hospitalisation ont permis le recueil et le dépouillement manuel des données sociodémographiques, cliniques et évolutives.

Résultats: 141 traumatismes abdominaux ont été recensés. Les contusions abdominales représentaient 64,54%, dont (67,03%) liés aux accidents de la voie publique. Les plaies pénétrantes de l'abdomen représentaient 35,46% avec 64% par armes blanches. Les patients étaient jeunes: âge moyen de 30 ans, extrêmes de 5 ans et 74 ans. Prédominance masculine avec 78,72%. Une laparotomie a été réalisée chez 34,75%, les autres étaient traités médicalement (60,29%). Une anesthésie générale a été réalisée pour tous les patients opérés, dans 50% des cas sous kétamine. Au total 11,35% des patients étaient décédés aux urgences avant toute chirurgie, et à la réanimation.

Conclusion: Cette étude rétrospective a mis en évidence un taux élevé de décès à l'accueil aux urgences et en réanimation. Les accidents de la circulation et les agressions par armes blanches étaient les principales étiologies.

Mots clés: traumatismes abdominaux, traitement, CHU, Togo.

Enfant victime d'accident de la voie publique au CHU SO. de Lomé -Togo

Tomta K¹, Mouzou T¹, Egbohoun P¹, Assenouwe S¹, Gnassingbe K².

¹: Service d'Anesthésie Réanimation CHU Sylvanus Olympio Lomé (TOGO) ²: Service de chirurgie pédiatrique CHU Sylvanus Olympio Lomé (TOGO)

Objectifs: Décrire les aspects épidémiologiques, déterminer le profil lésionnel chez les enfants victimes d'accident de la voie publique (AVP), décrire leur prise en charge et évaluer la mortalité liée aux accidents de la voie publique chez les enfants au CHU SO de Lomé.

Patients et méthode: il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive portant sur les dossiers de patients âgés de moins de 15 ans victimes d'un AVP et pris en charge dans les services de chirurgie pédiatrique et de réanimation chirurgicale du CHU SO de Lomé de janvier 2009 à décembre 2011.

Résultats: Les traumatismes par AVP ont représenté 25,9% de l'ensemble des pathologies traumatiques chez des sujets âgés de moins de 15 ans. L'âge moyen était de 8 ans 3 mois 18 jours (extrême : 2 ans et 15 ans). Cinquante six pour cent des cas étaient des garçons (67 patients) et 44% des filles (53 patients) ; la sex ratio était de 1,3. Les accidents de type piéton-moto ont été retrouvés dans 54,2% des cas. Les TCE représentaient 36% des cas et 33,3% d'entre eux étaient graves. Les polytraumatismes étaient retrouvés dans 17,5% des cas et 47,6% d'entre eux étaient des associations TCE-fractures des membres. Les traumatismes des membres représentaient 78,3% des cas dont près de la moitié (49,4%) étaient des fractures du fémur. Le traitement a comporté des mesures de réanimation neurologique, respiratoire, cardiovasculaire, et des soins anti-infectieux, chirurgicaux ou orthopédiques. Le taux de mortalité était de 12,5% et des séquelles ont représenté 15% des cas.

Conclusion: Les traumatismes par AVP chez l'enfant sont fréquents au CHU SO de Lomé et grevés d'une lourde mortalité. L'amélioration du pronostic passe par le renforcement des mesures de prévention, de médicalisation, de la prise en charge préhospitalière, et du plateau technique hospitalier.

Mots clés: Accidents, voie publique, enfant, TOGO.

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

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

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

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

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

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

Résultats: Trente sept dossiers de polytraumatisés ont été colligés, et représentaient 1,52% des enfants hospitalisés dans ces deux services. La sex-ratio était de 1,1; l'âge moyen était de 8 ans. Les accidents de la voie publique étaient la principale circonstance de survenue des traumatismes avec 70,3% de cas de piétons renversés. Seuls 16,2% des cas ont bénéficié d'un transport médicalisé. La durée moyenne d'hospitalisation était de 32,4 jours avec un séjour moyen en réanimation de 8,8 jours (extrêmes de 1 et 34 jours). Le bilan radiologique comportait un scanner cérébral (32,4%), une échographie abdominale (18,9%) et des radiographies standards du thorax (16,2%), de l'abdomen sans préparation (10,8%), du rachis (10,8%), du bassin (10,8%), et des membres (26%). Les traumatismes crâniens associés aux contusions abdominales et thoraciques ont représenté ensemble 16,2% des cas derrière l'association traumatisme crânien-fractures de membres qui faisait 62,2% des associations lésionnelles. Plus de quatre-vingt-dix-sept pour cent des patients avaient un traumatisme crânien. Dix-neuf pour cent avaient un score de Glasgow inférieur ou égal à 8. Le fémur était l'os intéressé par les fractures de membres dans la moitié des cas. Les contusions abdominales intéressaient la rate et ou le rein. Les lésions thoraciques, rachidiennes, maxillo-faciales et les atteintes du bassin concernaient chacun moins d'un patient sur sept. Tous les patients avaient bénéficié des mesures générales de réanimation. Le traitement lésionnel était non chirurgical dans la plupart des cas. Des complications étaient survenues dans 18,9% des cas. Le taux de mortalité était de 10,8%.

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

Mots clés: polytraumatisme, enfant, réanimation, Lomé.

Réanimation: Neuro-Réanimation

Prise en charge post-opératoire des patients avec tumeurs cérébrales aux cliniques universitaires de Kinshasa: Etat des lieux.

Ilunga M.J.P., Kitsiabi B., Beltchika K.A., Ntsambi N., Atatama M., Kilembe M.A.

Département d'Anesthésie-réanimation aux CUK. Kinshasa. RD Congo. Département de Chirurgie. Service de Neurochirurgie aux CUK. RD Congo.

Introduction: Les tumeurs intracrâniennes constituent en Afrique et surtout en RDC un problème de santé publique de par leur incidence, leur létalité et surtout le manque d'infrastructures pour une meilleure prise en charge.

Objectif: faire un état des lieux de la prise en charge post-opératoire en réanimation des Cliniques Universitaires de Kinshasa des patients opérés de tumeurs intracrâniennes.

Matériel et méthodes: Cette étude rétrospective et descriptive a porté sur 31 dossiers des patients opérés de tumeurs cérébrales et admis en post-opératoire dans le service de réanimation durant la période allant de Janvier 1995 à Décembre 2012. Sur 49 patients hospitalisés en réanimation pour exérèse de tumeur cérébrale, 31 dossiers seulement étaient trouvés pour la collecte des paramètres d'intérêt.

Résultats: L'âge moyen des patients était de 36±19 ans avec des extrêmes de 3 et 67 ans sans prédominance de sexe. Soixante-huit pour cent des tumeurs étaient situées en sustentoriel. Les méningiomes étaient prédominants (42%) suivis d'astrocytome (23%). L'exérèse totale était réalisée dans 97%. Tous les patients avaient bénéficié d'une transfusion et d'une antibioprofylaxie. L'anémie était l'agression cérébrale secondaire d'origine systémique (ACSOS) la plus retrouvée (77%). Les Corticoïdes étaient utilisés chez 94% des patients et les Diurétiques chez 74%. La mortalité était de 39%.

Conclusion: La prise en charge des tumeurs cérébrales a été observée dans notre structure avec des résultats acceptables émaillés d'une mortalité de 39%.

Mots-clés: Tumeur cérébrale, management, réanimation, évolution.

Références

Loiseau H. et al. *Révue Neurol* 2009, 165 (869): 650-672

Complications post opératoires en chirurgie intracrânienne.

MKTouré, J.Koné, C. Sogodogo, S.A.Beye, D.M.Dibo, Y.Coulibaly.

Introduction: les tumeurs cérébrales sont à risque de développer des complications postopératoires systémiques avec des séquelles neurologiques graves. Le retard diagnostique d'une complication peut en effet mettre en jeu le pronostic vital.

Objectif: déterminer l'incidence et les caractéristiques des complications survenant en postopératoire immédiat nécessitant une prise en charge spécifique et d'identifier les facteurs prédictifs.

Matériel et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective de janvier 2011 à juillet 2014. Ont été inclus tous les patients opérés en neurochirurgie. Les complications postopératoires précoces ont été définies comme des événements survenant dans les 24h suivant la chirurgie et les complications graves ont été définies par la nécessité de réaliser un scanner cérébral en urgence.

Résultats: Durant la période d'étude, 304 patients avaient bénéficié d'une intervention neurochirurgicale dont 54 pour chirurgie intracrânienne: tumeurs (72,22%), accidents vasculaires cérébraux hémorragiques (7,4%) et lésions post-traumatiques (14,81%). 18 % des patients ont présenté au moins une complication neurologique post opératoire précoce. Le taux de complication jugée grave était de 3%. L'évolution était fatale chez 2 patients, un patient est resté en état végétatif. Les facteurs prédictifs de ces complications étaient: la durée longue de chirurgie, une perte sanguine et délai long de prise en charge, le recours aux vasopresseurs et la non extubation dans les premières 24h.

Commentaire: L'incidence des complications rapportées après neurochirurgie intracrânienne reste élevée et varie entre 6 et 10%, ce qui n'est pas le cas dans notre étude. Ces complications sont souvent précoces (hématome cérébral, crises convulsives, œdème).

Aspects cliniques de l'anévrysme cérébral en réanimation à l'Hôpital du Mali

Diani N, Sidibé A, Diallo O., Cisse M.A.C., Ouattara K,
Dama M

Introduction: L'anévrysme est une ectasie acquise de la paroi artérielle, révélé souvent après un AVC.

Objectif: identifier les aspects cliniques des patients admis en réanimation pour cause d'anévrysme ou de MAV.

Matériels et méthodes: Il s'agissait d'une étude rétro et prospective de 24 mois. L'analyse et la saisie des données ont été effectués avec le logiciel Excel, Word, Epi info 3.5.3.fr et khi² comme test statistique

Résultats: Les patients étaient de sexe féminin dans 80% des cas avec un âge moyen de 53,3 ans avec des extrêmes de 31 et 79 ans. Des antécédents cardio- circulatoire et/ ou constitutionnel étaient présent chez 90 % des patients avec un cas de VIH. Dans 60 %, des cas l'anévrysme était rompu. Le siège dans 40 % des cas était une artère méningée. 60% étaient de Grade I contre seulement 10% de grade IV. 30 % avaient respectivement une échelle de Hunt-Hess II et III contre 10% une échelle IV. Les complications neurologiques, métaboliques et/ou infectieuses étaient présentes dans 80 % des cas. En postopératoire la mortalité était de 10%. La durée moyenne de séjour en réanimation était de 9,6 jours.

Conclusion: Malgré les énormes progrès diagnostiques et thérapeutiques, la pathologie est pourvoyeuse de complications graves.

Mots-clés: Anévrysme- Réanimation- Aspects cliniques

Dangerosité évolutive particulière des hématomes sous-duraux subaigus.

Kpelao E¹, Beketi K. A¹, Moumouni A.K¹, Doleagbenou A¹, Egbohoun J², Mouzou², Tomta K², Sama Dh², Abalo A³, Dossim A³.

¹ Service de neurochirurgie du CHU Sylvanus Olympio, ²Service de réanimation polyvalente du CHU Sylvanus Olympio,

³Service de traumatologie-orthopédie du CHU Sylvanus Olympio.

Introduction: Les hématomes sous-duraux sont classifiés selon l'âge de la collection en aigu, subaigu et chronique. L'hématome subaigu correspond à un sang dont l'âge se situe entre 3 et 21 jours et se caractérise au scanner par une isodensité. Il s'agit d'une entité nosologique souvent assimilée aux hématomes sous duraux chroniques. Mais leur mode d'aggravation le plus souvent fulgurant doit être relevé afin d'insister sur leur dangerosité, d'où le but de ce travail.

Patients et Méthode: Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur 54 hématomes sous-duraux (9 aigus, 13 subaigus et 32 chroniques) pris en charge entre janvier 2012 à juin 2014 dans le service de neurochirurgie du CHU Sylvanus Olympio de Lomé. L'objectif était d'établir un profil évolutif de chaque type d'hématome.

Résultats: Un traumatisme était retrouvé dans 90,7% des cas. L'âge moyen des patients était de 58,1 ans pour les chroniques contre 47,6 ans pour les subaigus. Le délai moyen d'apparition des signes par rapport au traumatisme était de 51,4 jours pour les chroniques et 17 Jours. L'aggravation était importante et aigue en 36,6 heures pour les subaigus, progressive en 13,1 jours pour les chroniques. Ceci permet d'avoir un profil évolutif du score de Glasgow distinctif des différents hématomes sous-duraux : gravité initiale puis amélioration progressive pour les aigus, aggravation aigue et importante au cours de la 2^e semaine pour les subaigus et aggravation progressive à partir de la 3^e semaine pour les chroniques. La durée moyenne d'attente avant la chirurgie était en moyenne de 3 jours. La mortalité est inversement proportionnelle à la durée de l'hématome.

Conclusion: Cette étude montre le profil évolutif différent des hématomes sous-duraux par rapport au traumatisme initial avec une aggravation secondaire aigue dangereuse des subaigus par rapport aux chroniques ce qui doit en faire une entité distincte.

Mots clés: hématome sous-dural subaigu- Evolution-Dangerosité.

Epidemiologie des traumatismes crano-encephaliques au chu sylvanus olympio

Tomta K., Mouzou T., Egbohoun P., Massoka M.,

Service d'anesthésie réanimation, CHU S.O. LOME

Introduction

Les traumatismes crânio-encéphaliques (TCE) représentent une des principales causes de mortalités dans le monde. Les sujets jeunes sont les plus touchés et les accidents de la voie publique (AVP) sont la première cause.

Objectifs: relever les aspects épidémiologiques des traumatismes crano encéphalique au CHU Sylvanus Olympio de Lomé.

Patients et Méthode: Etude rétrospective sur 4 ans du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2013 Concernant les patients hospitalisés à la réanimation chirurgicale pour TCE avec un Score de Glasgow ≤ 14 . Les dossiers médicaux ont permis le recueil sur fiches d'enquête des données. Les paramètres étudiés étaient : les caractéristiques sociodémographiques des patients, les circonstances de survenues et étiologies, enfin leurs évolutions.

Résultats: Pendant notre période d'étude, 939 patients ont été hospitalisés en réanimation pour TCE soit 25% des admissions. La sex-ratio était de 4,73. La population adulte jeune (21 à 40 ans) était la plus représentée (62,6%). Les patients exerçant une profession libérale était les plus représentés (68,8%). Les AVP étaient la principale cause (91,27%). Les conducteurs de moto-taxi représentaient 51,37% des cas. Les TCE étaient plus enregistrés les lundis, vendredis et samedis (57,60%) de même qu'aux mois de Mars, Avril, Mai, Octobre, Novembre et Décembre (65,21%). Entre 14heures et 22heures de la journée, on notait plus de TCE (64,46%). Le taux de mortalité était de 44,14%.

Conclusion: Le TCE est un problème de santé publique. Les adultes jeunes sont plus touchés. Les AVP sont la première cause. Le taux de mortalité est très élevé. La recherche et la mise en application des mesures préventives devraient permettre de réduire la fréquence de ces traumatismes.

Mots clés: Traumatismes crâniens, étiologies, mortalité, Togo

Réanimation: AVC

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) dans le Service de Réanimation Polyvalente (SRP) du CHU Yalgado Ouédraogo (CHU-YO) de Ouagadougou.

Bonkougou P, Lankoandé M, Bako YP, Tiendrebéogo YA, Simporté A, Sanou J, Ouédraogo N.

Département d'Anesthésie –Réanimation du CHU-YO

Auteur correspondant: Bonkougou Papougnézambo,
Email: zambobonkougou@yahoo.fr

Introduction: les AVC constituent un problème majeur de santé publique à travers le monde. Ce travail avait pour but, d'en étudier les différents aspects dans le SRP du CHU-YO de Ouagadougou, afin d'améliorer leur prise en charge.

Patients et méthodes: il s'agissait d'une étude rétrospective de 2009 à 2013, réalisée au SRP du CHU-YO. Tous les patients admis en réanimation, au cours de la période suscitée, pour AVC confirmé par une TDM cérébrale, ont été inclus. Sur 701 admissions, 129 étaient des AVC. Les paramètres étudiés ont été analysés avec Epi Info et Excel 2014.

Résultats: la prévalence des AVC était 18,4% avec un Sex ratio de 1,80 et un âge moyen de $57,741 \pm 14,3$ ans. L'HTA était le principal facteur de risque (70,5%). Nous avons recensé 60,5% patients avec un score de Glasgow ≤ 8 et une hémiplégié chez 60,46%. La pression artérielle moyenne à l'admission était $163 \pm 35/ 95 \pm 21,7$ mmHg. La TDM cérébrale a révélé une hémorragie cérébrale chez 61,2%. Six patients ont bénéficié d'une intubation ventilation. Un quart des patients a présenté des complications dominées par les infections pulmonaires dans 56,25%. La durée moyenne de séjour était de $8,89 \pm 13,2$ jours. La mortalité était de 71,3%, dont 74,7% dans les formes hémorragiques.

Discussion: déjà constatée dans d'autres travaux (1), La mortalité globale était élevée aussi dans notre étude (71,3%). Le renforcement des capacités des unités de réanimation et la prise en charge précoce des patients seront d'un apport essentiel dans la réduction de la mortalité liée aux AVC.

Références

Behiya Q et al. J. Magh.A. Réa. Méd. Urg. 2008; 15: 293-297.

Aspects thérapeutiques et évolutifs des accidents vasculaires cérébraux en réanimation polyvalente du CHU de Yopougon

Ogondo B, Babo CJ, Bouh KJ, Yéo TLP, Ayé YD, Konan KJ

Introduction L'accident vasculaire cérébral constitué (AVC), se définit selon l'OMS par la présence de signes cliniques de dysfonctionnement cérébral de survenue rapide durant 24 heures ou plus conduisant à la mort, sans autre cause apparente qu'une origine vasculaire.[1] L'objectif de la présente étude a été d'évaluer la prise en charge thérapeutique et l'évolution des patients admis dans notre service pour un accident vasculaire cérébral.

Matériels et méthodes: étude rétrospective descriptive effectuée au service de réanimation du CHU de YOPOUGON de juillet 2012 à juin 2014 portant sur les dossiers des patients admis en réanimation pour un accident vasculaire cérébral.

Résultats: L'incidence des AVC était de 13,93% (62 cas sur 445 patients).La moyenne d'âge était de 58 ans $\pm 12,4$ (27 à 84 ans) .Le délai de prise en charge était retardé dans 89,6% des cas. On notait un trouble de la conscience dans 96,5% avec un score de glasgow entre 8-13, un déficit neurologique dans 81,3% des cas, une détresse respiratoire dans 83,6% avec encombrement bronchique. L'hyperthermie au compte des agressions cérébrales secondaires (ACSOS) prédominait 54,2%. La prise en charge a consisté à un conditionnement de nos patients et la prévention des complications d'où 68,3% ont été intubés avec assistance ventilatoire d'une durée moyenne de 08 jours, une sédation avec l'association Midazolam- fentanyl chez 68,4%. Tous les patients ont bénéficiés d'un apport hydro-électrolytique associé à la prévention de la maladie thromboembolique. La durée moyenne d'hospitalisation était 11 jours ± 10 . Plus de la moitié, soit 61,7% ont été décédés et 38,8% ont présentés des séquelles neurologiques à leur sortie de la réanimation.la dégradation de l'état neurologique (28%) et la survenue d'escarres (47%) compliquaient les tableaux en hospitalisation.

Conclusion: La prise en charge des AVC est souvent complexe en fonction des différents tableaux qui s'offrent à nous. La réduction de la mortalité passe par une réduction du délai de prise en charge.

Références

[1] Ann de Réadap et de Med Phys 2005; 48: 675-81

Evolution de la pression artérielle à la phase aiguë des AVC en réanimation au CHU de Cocody (Abidjan -RCI)

Abhé CM, Abo C, N'guessan Y, Coulibaly KT, Nétro N, Mobio MP et Brouh Y

Auteur correspondant: Email: chamajo7@yahoo.fr -

Introduction: Les variations de la pression artérielle au cours des AVC peuvent être à l'origine d'évolution défavorable. La connaissance de l'évolution de cette pression artérielle pourrait permettre de prévenir la survenue de nombreuses complications (re-saignement)

Objectif : étudier l'évolution de la pression artérielle au cours des AVC à la phase aiguë

Matériel et méthodes: étude prospective (janvier - décembre 2012) réalisée en réanimation au CHU de Cocody. Les variables étudiées étaient épidémiologiques, cliniques, et évolutives.

Résultats: Soixante (60) dossiers ont été retenus (AVC hémorragiques: 61,7% et AVC ischémiques: 38,3%). L'âge moyen était de 59,1±13,4 ans (25-88). Le délai moyen d'admission était de 35 heures (2-96). A l'admission, la pression artérielle était supérieure à 180/110 mmHg (78,3%). Les moyennes des pressions artérielles sont illustrées par la figure ci-dessous.

Figure 1a: Evolution des PAS, PAD et PAM lors des 24 premières heures

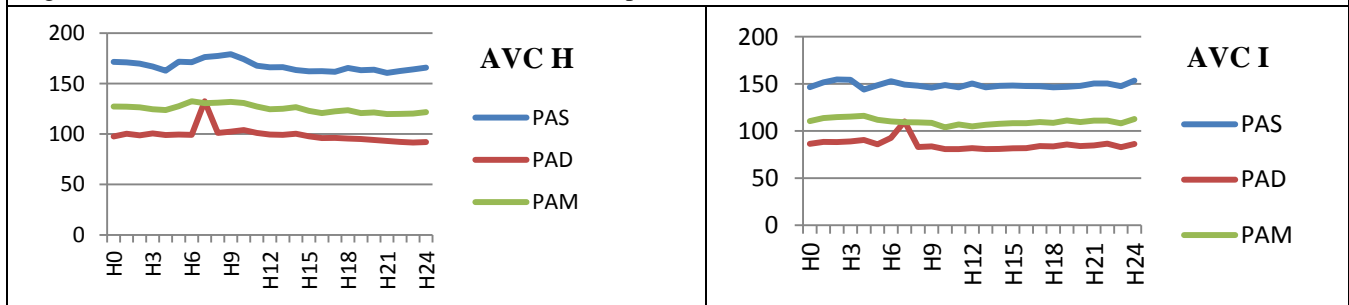
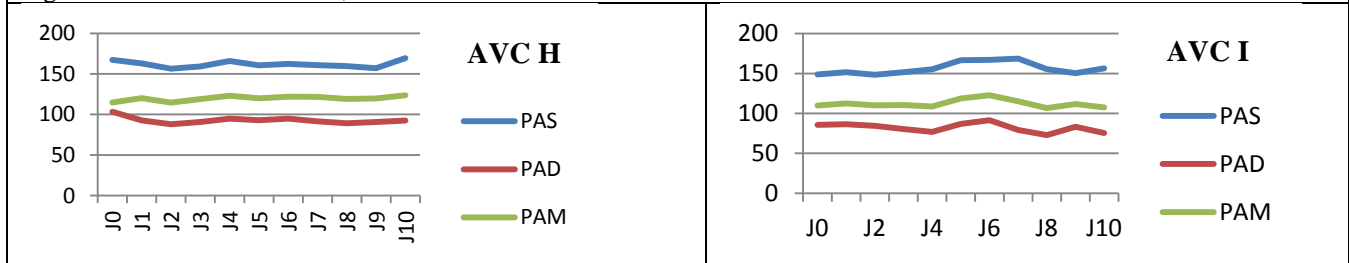


Figure 1b: Evolution des PAS, PAD et PAM de J0 à J10



La durée moyenne de séjour était de 5,5±9,6 jours (AVC hémorragiques: 6±11,1 jours (1-52) et AVC ischémiques: 4±6,8 jours (1-22)). Le taux de mortalité était de 70% (AVC hémorragiques: 59,5% AVC ischémiques: 66,6%).

Discussions : La pression artérielle au cours des AVC, dont les bases physiopathologiques expliquent l'autorégulation cérébrale, demeure un élément important de surveillance pour la sauvegarde des cellules cérébrales saines. L'évolution de la pression artérielle diffère selon qu'il s'agisse d'un AVC hémorragique ou d'un AVC ischémique

Mots clés: Pression artérielle - Accident vasculaire cérébral - Evolution

Référence: Pellerin C. Accident vasculaire cérébral. Médecine d'urgence SFAR 2003, 107-17.

Problématique de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en réanimation

Goita D¹, Dicko H¹, Diallo D¹, Diallo B¹, Camara B¹, Keita M¹, Beye SA², Coulibaly Y¹, Diallo A K¹

¹Service d'anesthésie réanimation CHU Point G, Bamako;

²Service d'anesthésie réanimation, Ségou

Auteur correspondant: Coulibaly Y. Email: issou_fr@yahoo.fr

Introduction L'accident vasculaire cérébral est une pathologie fréquente, grave et invalidante reconnu comme problème majeur de santé publique. Avec 750000 nouveaux cas par an aux USA. Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) demeurent la 3^e cause de mortalité dans le monde et la 1^e cause d'invalidité. Le but de ce travail était d'évaluer la problématique de la prise en charge des AVC en réanimation.

Patients et méthodes: Il s'agissait d'une étude rétrospective sur 03 ans du 1^{er} janvier 2008 au 31 octobre 2009 réalisée dans le service de réanimation du CHU Point G. ont été inclus tous les patients admis pour accident vasculaire cérébral ischémique et /ou hémorragique confirmé par une TDM.

Résultats: 62 patients ont été retenus avec une moyenne d'âge de 59, 2 ±14, 3 ans (extrêmes de 28 et 90 ans), avec un sex ratio de 2,1. Les AVC ischémiques représentent 48,4% des cas contre 38,7% d'AVC hémorragiques.

Les FDR retrouvés étaient: HTA (41,5%); diabète (11,3%), une récurrence d'AVC ischémique et/ou hémorragique (14,5%), le tabac (22,6%). Les signes de gravité étaient la détresse respiratoire (12,9%); la mydriase (4,8%) et l'engagement cérébral (3,2%). Les complications étaient les escarres (21,0%) et la pneumopathie d'inhalation (4,8 %). Le délai de prise en charge en réanimation était ≥ à 72h chez 46,8% des patients. L'hémiplégie était la manifestation neurologique prédominante (46,7%) des patients. Le délai de réalisation de la TDM était ≥ à 24h dans la majorité des cas. 27 patients (43,5%) avaient un score de Glasgow < 8 dont 23 ont été intubés et mis sous ventilation mécanique. La mortalité était de 51,6% dont 29% pour les AVC ischémiques et 22,6% pour les AVC hémorragiques. La durée moyenne de séjour était de 1,55 ± 0,86 jours avec des extrêmes de 1 et de 29 jours.

Conclusion Cette étude montre que les AVC sont responsables d'une forte mortalité La prise en charge se heurte à l'insuffisance des ressources humaines et matérielles.

Mots clés: accident vasculaire cérébral- réanimation- Bamako

Aspect épidémiologiques et cliniques des accidents vasculaires cérébraux en réanimation du CHU de Yopougon (RCI)

Babo CJ, Ogondo B, Ayé YD, Konan KJ, Bouh KJ, Yéo TLP

Introduction L'AVC est une pathologie vasculaire cérébrale en rapport avec une ischémie ou une hémorragie. Il s'agit d'une urgence nécessitant une prise en charge active dans les unités neurovasculaires ou de réanimations. [1] L'objectif de la présente étude a été d'évaluer les profils épidémiologiques et cliniques des patients admis dans notre service pour un accident vasculaire cérébral.

Matériels et méthodes: étude rétrospective descriptive effectuée au service de réanimation du CHU de YOPOUGON de juillet 2012 à juin 2014 portant sur les dossiers des patients admis en réanimation pour un accident vasculaire cérébrale.

Résultats: L'incidence des AVC était de 13,93% (62 cas sur 445 patients). La moyenne d'âge était de 58 ans ±12,4 (27 à 84 ans) avec une prédominance masculine et un sexe ratio de 1,4. La majorité avait un antécédent d'HTA (83,3%) et prennent à la fois du tabac et l'alcool (10,4%). On notait un trouble de la conscience dans 96,5% avec un score de glasgow entre 8-13, un déficit neurologique dans 81,3% des cas, une détresse respiratoire dans 83,6% avec encombrement bronchique. L'hyperthermie au compte des agressions cérébrales secondaires (ACSOS) prédominait 54,2%. D'après les résultats du scanner avec injection, on notait l'hémorragie cérébrale compliquée d'inondation ventriculaire (72%), 50% d'ischémie et 13,9% d'hémorragie méningée.

Conclusion: l'AVC est une affection grave. La connaissance des facteurs épidémiologiques et cliniques permettent de prévenir sa survenue.

Mots clés: Accidents vasculaires cérébraux, épidémiologie, clinique, yopougon

References:

[1] Rev Afr. Anesth Reanim et de Med urgence 2011; 3 (1):15-19

Réanimation: Métabolique-Insuf Rénale –Grossesse-Eclampsie

Le rôle du stress lié à la grossesse dans la survenue de la pré-éclampsie

Bula-Bula I.M¹, Kabuni P¹, Mbungu R.², Lelo M³, Babakazo D⁴, Kilembe M¹.

1. Département d'Anesthésie-Réanimation, Cliniques Universitaires de Kinshasa
2. Département de Gynéco-Obstétrique, Cliniques Universitaires de Kinshasa
3. Centre neuro-psychopathologique/Université de Kinshasa
4. Ecole de Santé Publique/Université de Kinshasa

Introduction: En un an de l'échéance des objectifs du millénaire pour le développement dont le cinquième se réfère à la santé maternelle, beaucoup de femmes continuent à mourir en donnant la vie. Une des causes en est la pré-éclampsie (PE). Maladie des théories, la PE peut être expliquée par plusieurs facteurs dont le stress du travail et le stress dans la vie en général. Peut-elle bien être prédite par le stress lié à la grossesse?

Méthodologie Il s'agit d'une étude cas-témoins réalisée du 01 janvier au 30 Août 2013 au centre de santé de Kikimi. Etaient recherchés: l'âge, la primiparité, le niveau d'étude, la pression artérielle, la notion d'avortements et une évaluation, à la première CPN, du stress lié à la grossesse.

Résultats Deux cent soixante sept femmes dont 94 cas ont été suivies. Seules les valeurs de l'EVA cfr tableau I et la primiparité étaient associées à la PE. Et, au seuil de huit, l'EVA présentait: Sensibilité=96,6; Spécificité=80,4; Valeur Prédictive Positive=73,7; Valeur Prédictive Négative = 97,6 et VGT=86,3.

Tableau I. Répartition des parturientes en fonction de l'EVA.

EVA	Cas	Témoins	P	OR
≥ 8	92	61		82,95
< 8	2	112	0,0001	[20,71 -
Total	94	173		708,37]

L'EVA supérieure à 8 est un facteur de risque pour la PE.

Discussion Maladie survenant après les 20 ième semaines d'aménorrhée, son traitement consiste à arrêter la grossesse. Un arrêt précoce augmente la mortalité néonatale et un arrêt tardif augmente la mortalité maternelle. Sa prévention demande un diagnostic précoce qui se fait sur base des examens biologiques et du doppler, un luxe pour les pays en développement. Le stress lié à la grossesse exprimé par un EVA > 8 semble pouvoir prédire la PE.

Mots-clés: stress–grossesse–pré-éclampsie

Insuffisance rénale aiguë du post-partum en réanimation au CHU de Dakar

Leye PA¹, Bennani M¹, Fall M², Bah Md², Beye Md¹, Diouf E¹

¹: Service d'Anesthésie-réanimation CHU le Dantec- Faculté de médecine UCAD,

²: Service d'Anesthésie-réanimation CHU Fann - UCAD, Dakar

Introduction: L'insuffisance rénale aiguë du post-partum (IRA-PP) demeure encore un problème de santé publique avec une morbidité et une mortalité maternelle élevées [1]. L'accouchement à domicile, le mauvais suivi des grossesses, l'absence de dépistage systématique de la pré-éclampsie et des infections urinaires sont autant de facteurs favorisant la survenue de complications rénales obstétricales [2].

Objectifs: déterminer les profils épidémiologiques, cliniques, biologiques, étiologiques, thérapeutiques et évolutifs de l'IRA-PP

Patientes et méthodes: Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique sur 2 ans (juin 2010 - juin 2012). Toutes les patientes reçues pour une IRA-PP clinique et/ou biologique avec une créatininémie étaient colligées. A partir des dossiers de réanimation, de néphrologie et des carnets obstétricaux, différents paramètres épidémiologiques, cliniques, paracliniques, pronostiques (score d'Akin et Rifle), thérapeutiques et évolutifs ont été étudiés.

Résultats: Durant la période, 565 patients ont été hospitalisés parmi lesquels 43 parturientes présentant une IRA-PP. L'étude avait porté sur 40 cas d'un âge moyen 28,4 ± 6,3 ans; 62,5% des patientes étaient de la région de Dakar. Le délai moyen de prise en charge en réanimation après l'accouchement était de 43 h ± 3,37 (extrêmes 2 h et 14 j). Le transport était médicalisé chez treize patientes (32,5%). L'accouchement était fait à domicile chez 10 patientes; vingt-trois patientes avaient accouché par césarienne. L'IRA était anurique, oligurique et à diurèse conservée dans respectivement 52,5 %, 37,5% et 10% des cas. La principale étiologie était une pré-éclampsie (92,5 %). L'hémodialyse a été réalisée chez 19 patientes. La mortalité périnatale était de 67,5 % et la mortalité maternelle de 32,5%.

Discussion: L'IRA-PP reste une complication obstétricale fréquente dans nos régions avec une morbidité et une mortalité materno-fœtale élevée. La pré-éclampsie sévère en constitue la principale cause. La prévention passe par un meilleur suivi des grossesses.

¹Ann Fr Anesth Réanim 2010 ; 4265:8; ²Néphrologie 2001; 22 : 3-4

Insuffisance rénale aiguë au cours de l'acidocétose diabétique en réanimation.

Béfa Noto Kadou Kaza¹, Kossi Akomola Sabi², Claude Mawufemo Tsevi², Eyram Yoan Makafui Amekoudi², Ghislain Imangue¹, Jacques Badibanga¹, Aminata Yasminatou Bikinga Wendkuuni¹, Ali Hissein Mahamat¹, Mohamed Gharbi Benghanem¹, Benyounes Ramdani¹

¹Service de Néphrologie, de Dialyse et de Transplantation Rénale du CHU Ibn Rochd de Casablanca-Maroc ;

²Service de Néphrologie et d'Hémodialyse du CHU Sylvanus Olympio de Lomé-Togo

Auteur correspondant: bfanotokadoukaza@yahoo.fr

Introduction: L'insuffisance rénale chronique sur néphropathie diabétique est une affection fréquente et bien décrite. Cependant l'IRA au cours de l'acidocétose diabétique n'est pas aussi négligeable.

Objectif: Décrire le profil épidémiologique, évolutif ainsi que la prise en charge de l'IRA au cours de l'acidocétose diabétique.

Methodologie: Etude rétrospective allant de Janvier à Juillet 2012 incluant les patients admis en réanimation médicale pour acidocétose diabétique. Les paramètres ont été recueillis à partir d'une fiche comportant les paramètres sociodémographiques, cliniques, biologique, thérapeutique et évolutifs. L'insuffisance rénale était définie par un Débit de Filtration Glomérulaire (DFG) inférieur à 60 ml/min et évalué par la formule MDRD. Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS 18.0.

Résultat: Seul 25 patients ont répondu à nos critères avec un âge moyen de 40.28±16.36 ans et une prédominance féminine dans 68% des cas. Seul 40% étaient reconnus diabétiques et 56% étaient hypertendus. La glycémie capillaire était >4g/l dans 85% des cas. L'IRA était retrouvée chez 44% des patients avec: 63.63% diabétiques, 45% hypertendus, 45% de syndrome infectieux et 45% avaient l'hyperkaliémie. La durée moyenne d'hospitalisation était de 5 jours. L'évolution a été favorable dans 81.81% après insulinothérapie, réhydratation et antibiothérapie. Seul 9.09% avait bénéficié d'une séance d'hémodialyse. Après 15 jours l'IRA a persisté chez 18.18% des patients.

Discussion: La prévalence de l'IRA au cours de l'acidocétose diabétique est fréquente comme l'a prouvée notre étude avec une fréquence de 44%. La majorité des patients avaient une ancienneté de diabète et d'hypertension. L'évolution est le plus souvent favorable.

Mots clés: Diabète-Acidocétose-IRA

Interventions chirurgicales chez l'hémodialysé: quelles particularités et quels risques?

Béfa Noto Kadou Kaza¹, Kossi Akomola Sabi², Claude Mawufemo Tsevi², Eyram Yoan Makafui Amekoudi², Nadia Zenasni¹, Mays Hadi-Al Torayhi¹, Aminata Yasminatou Bikinga Wendkuuni¹, Ali Hissein Mahamat¹, Mohamed Gharbi Benghanem¹, Benyounes Ramdani¹

¹Service de Néphrologie, de Dialyse et de Transplantation Rénale du CHU Ibn Rochd de Casablanca-Maroc

²Service de Néphrologie et d'Hémodialyse du CHU Sylvanus Olympio de Lomé-Togo

Auteur correspondant: bfanotokadoukaza@yahoo.fr

Introduction: L'insuffisance rénale chronique et surtout l'hémodialysé est un sujet fragile avec notamment les troubles de l'hémostase, l'immunodépression, qui peut majorer les risques post opératoires. De même le métabolisme des médicaments étant modifié, il se pose le problème d'élimination des médicaments anesthésiques.

Objectif: Décrire le profil épidémiologique, les indications, la prise en charge pré et post opératoire ainsi que les complications des interventions chirurgicales chez nos hémodialysés.

Methodologie: Il s'agissait d'une étude rétrospective, transversale, monocentrique, descriptive menée en Décembre 2013 à l'unité d'hémodialyse du Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd de Casablanca. Elle avait inclus les dossiers des patients hémodialysés ayant déjà fait l'objet d'une intervention chirurgicale dont les informations ont été consignées dans le dossier.

Résultats: Sur 98 patients, 29 (29,6 %) ont déjà fait l'objet d'un total de 46 interventions chirurgicales soit une moyenne de 1,6 interventions par patient. La moyenne d'âge était de 43,24±13,6 ans avec une moyenne d'ancienneté en hémodialyse de 190±74,3 mois. Parmi les indications, la chirurgie traumatologique était la plus prédominante dans 51,72 % des cas, suivie par la chirurgie abdominale dans 30 %. Il s'agissait dans 82,8% d'interventions programmées. L'anesthésie était : générale dans 55%, locorégionale dans 25% et locale dans 20%. En post opératoire, les complications infectieuses étaient retrouvées dans 10% cas, les hémorragies dans 17,2%. Tous les patients ont bénéficiés d'une séance d'hémodialyse supplémentaire avant l'intervention.

Discussion: Les interventions chirurgicales paraissent fréquentes chez l'hémodialysé avec des indications diverses mais dominées par les complications du métabolisme phosphocalciques. Les risques paraissent également moindre surtout lorsque des précautions pré et post opératoires sont prises.

Mots-clés: Intervention chirurgicale; hémodialysés; particularités; risques

Les troubles électrolytiques en réanimation: étude prospective sur 6 mois

Essola L, Ngomas JF, Soami W, Ondo Mba LB, Gabriel K, Sima Zué A.

Auteur correspondant: laurenceessola@yahoo.fr

Introduction: Les troubles électrolytiques sont fréquents en réanimation. Ces anomalies notamment les dysnatrémies sont susceptibles d'aggraver le pronostic.

Objectif: évaluer la prévalence des troubles électrolytiques en réanimation polyvalente et décrire leurs caractéristiques cliniques et biologiques.

Patients et méthode: Etude prospective réalisée de janvier 2014 à juin 2014 au service de réanimation du centre hospitalier universitaire de Libreville. Etaient inclus tous les patients ayant des troubles électrolytiques à l'admission et au cours de leur hospitalisation. Les données démographiques, le motif d'admission, les données biologiques (ionogramme sanguin, calcémie), la prise en charge thérapeutique et l'évolution étaient les paramètres étudiés. Les troubles électrolytiques retenus étaient : une natrémie corrigée inférieure ou égale à 133mmol/l ou supérieure à 145mmol/l, une kaliémie < 3,3mmol/l ou > 5,6mmol/l, une calcémie < 2mmol/l ou > 3mmol/l et une chlorémie < 95mmol/l ou > 110mmol/l.

Résultats: Durant la période étudiée, 201 patients étaient admis en réanimation. 118 patients (59%) présentaient des troubles électrolytiques parmi lesquels 106 patients à l'admission (53%) et 12 autres durant leur hospitalisation (6%). Il y avait 42 hommes et 76 femmes. L'âge moyen des patients était de 35 ± 19 ans avec des extrêmes de 3 ans et 81 ans. A l'admission, 23 patients (21,7%) associaient une hyponatrémie et une hypokaliémie. Une hypernatrémie était retrouvée chez 9 patients (8,5%). Une hypokaliémie était retrouvée chez 5 patients (41,7%) ne présentant aucun trouble électrolytique à l'admission (tableau I).

Tableau I: répartition des patients en fonction du trouble et de la période de survenue

	Dysnatrémie	Dyskaliémie	Dyscalcémie	Association
Admission (106)	hypoNa : 13 (12,3%) hyperNa : 9 (8,5%)	hypoK : 12 (20,8%) hyperK : 7 (6,6%)	hypoCa : 8 (12,3%) hyperCa : 0	hypoNa-hypoK : 23 (21,7%) hypoNa-hypoCa : 3 (%) hypoNa-hypoK-hypoCl : 11 (5,7%) hypoNa-hypoK-hypoCa : 18 (%) hypoNa-hypoK-hypoCl-hypoCa : 1 (0,9%) hyperNa-hyperK-hyperCl-hypoCa : 1 (0,9%) hypoNa-hypoK : 3 (25%)
Hôpital (12)	hypoNa : 4 (33,3%) hyperNa : 0	hypoK : 5 (41,7%) hyperK : 0	hypoCa : 0 hyperCa : 0	

Trente-trois patients (28%) étaient admis pour surveillance post-opératoire: 17 patients dans le cadre la chirurgie digestive, urologique et 16 patientes dans le cadre de la chirurgie obstétricale (tableau II).

Tableau II: répartition des patients en fonction du trouble électrolytique et de la pathologie

	Dysnatrémies	Dyskaliémies	Dyscalcémies	Association
Pathologies chirurgicales Digestives Urologiques Obstétricales (33)	hypoNa : 7 (%) hyperNa : 1 (%)	hypoK : 8 (%) hyperK : 1 (%)	hypoCa : 4 (%) hyperCa : 0	hypoNa-hypoK : 9 (%) hypoNa-hypoK-hypoCl : 3 (%)
Pathologies médicales (85)	hypoNa : 10 (11,7%) hyperNa : 8 (9,4%)	hypoK : 9 (10,6%) hyperK : 6 (7,1%)	hypoCa : 4 (4,7%) hyperCa : 0 (0%)	hypoNa-hypoK : 17 (20%) hypoNa-hypoCa : 3 (3,5%) hypoNa-hypoK-hypoCl : 8 (9,4%) hypoNa-hypoK-hypoCa : 18 (21,2%) hypoNa-hypoK-hypoCl-hypoCa : 1 (1,2%) hyperNa-hyperK-hyperCl-hypoCa : 1 (1,2%)

En cours d'hospitalisation, d'autres troubles électrolytiques se surajoutaient chez 6 de ces patients (18,2%): une hypocalcémie chez 1 patient, une hypokaliémie chez 2 patients et une hypernatrémie associée à une hyperchlorémie chez 3 patients. Quarante-sept décès (23,4%) étaient observés. Vingt-cinq (25) survenaient chez les patients ayant des troubles électrolytiques soit 21,2% des cas et 22 chez les patients sans troubles électrolytiques soit 26,5% des cas.

Conclusion: les troubles électrolytiques sont fréquents dès l'admission en réanimation. Leur survenue au cours de l'hospitalisation est due le plus souvent à une surcorrection ou rarement à une correction insuffisante. Une surveillance régulière de l'ionogramme sanguin et de la calcémie permet de corriger ou prévenir leur survenue.

Mots-clés: Troubles ioniques, Hyponatrémie, Hypokaliémie, Hyperkaliémie, Chirurgie digestive.

Prise en charge des urgences obstétricales à la maternité de l'hôpital universitaire de Parakou au Bénin.

Tchaou B A¹, Hounkponou N F M¹, Zoumenou E², Chobli M².

1-CHDU-P: Centre Hospitalier Départemental et Universitaire de Parakou,

2-CNHU-HKM: Centre National Hospitalier et Universitaire H K M de Cotonou

Auteur correspondant: Blaise A Tchaou, Email: tchblaise@yahoo.fr

Introduction: Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en 2013, 289 000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement.

Objectif: Evaluer la prise en charge des urgences obstétricales à la maternité de l'hôpital universitaire de Parakou au Bénin.

Patients et méthodes: Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique avec recueil prospectif des données. Elle a couvert une période de 6 mois (14 janvier au 14 juillet 2013) et a concerné 507 patientes.

Résultats: La fréquence d'admission des urgences obstétricales à la maternité était de 31,8%. L'âge moyen des patientes était de $26,7 \pm 6,2$ ans avec des extrêmes de 15 et 45 ans. Les femmes au foyer représentaient 40,4% de l'effectif. Le délai moyen d'admission était de $32 \pm 27,8$ heures. Seules 2,2% des patientes avaient bénéficié d'un transport médicalisé. La gestité moyenne était de $3,21 \pm 2,16$ et la parité moyenne était de $2,00 \pm 2,13$. Les grands groupes d'urgences obstétricales objectivées étaient: les dystocies (32,0%), les urgences hémorragiques (21,7%), les urgences hypertensives (16,5 %), les hypoxies fœtales (15,3%), les urgences infectieuses (12,3%) et les urgences anémiques (2,2%). Les urgences obstétricales spécifiques les plus fréquentes étaient: les anomalies du bassin (17,1%), les souffrances fœtales aiguës (15,2%), les dystocies cervicales (14,6%), les hémorragies du post partum (11,3%), les prééclampsies sévères (9,6%). La mortalité maternelle était de 0,4%. La mortalité fœtale était de 9,2%.

Discussion/Conclusion: Les urgences obstétricales sont fréquentes à la maternité de l'hôpital universitaire de Parakou. Les femmes qui en souffrent sont le plus souvent jeunes et généralement sans antécédents pathologiques personnels. Leur diagnostic repose sur des arguments essentiellement cliniques. La prise en charge a connu certes des améliorations avec la mise en œuvre des systèmes d'audits cliniques mais des difficultés subsistent quant au maintien des fonctions vitales chez les femmes admises dans un état critique.

Complications de l'anesthésie générale pour césarienne à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé

Nganso Nankep C.N; Bengono Bengono R; Amengle A.L; Afane Ela; Metogo Mbengono J.A; Ze Minkande J.

Département de chirurgie et spécialités, FMSB

Introduction: La césarienne est une intervention chirurgicale qui consiste en l'extraction du fœtus hors de l'utérus. Deux techniques anesthésiques peuvent être réalisées: l'anesthésie générale (AG) et l'anesthésie locorégionale. Les risques liés à l'AG sont plus importants chez la femme enceinte à cause des modifications anatomo-physiologiques de la grossesse. Le but du travail était d'étudier les complications de l'AG au cours d'une césarienne afin de contribuer à l'amélioration de la qualité de soins.

Méthodologie: Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive menée à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY) pendant 4 mois. Les parturientes opérées pour césarienne d'urgence ou élective sous anesthésie générale étaient enregistrées. Une fiche technique préétablie était utilisée pour la collecte de données. Les informations étaient tirées de la fiche d'anesthésie, du registre d'accouchement, registre des opérations gynéco-obstétricales et de la feuille de prescription opératoire. Les paramètres descriptifs ont été utilisés.

Résultats: Soixante patientes sur les soixante-sept enregistrées remplissaient les critères d'inclusion et ont été retenues dans notre étude. La fréquence de césariennes faites sous AG était de 33,5%. Les complications hémodynamiques étaient les plus fréquentes (97,41%). Il s'agissait des pics hypertensifs (70,32%), la tachycardie (23,22%), l'hypotension artérielle à (3,87%). La complication respiratoire la plus fréquente était la désaturation en O₂ (1,9%). Un seul cas d'intubation difficile a été retrouvé. Les facteurs de risque de survenue des complications étaient: la classe ASA et l'âge.

Conclusion: Les complications retrouvées étaient hémodynamiques et respiratoires. L'HTA et la tachycardie étaient les plus fréquentes. Les facteurs associés étaient la classe ASA et l'âge.

Mot clés: Complications, anesthésie générale, césarienne

Réanimation: Infectieux-Hémato-Transfusion

Profil bactériologique des infections nosocomiales en réanimation polyvalente du CHU de Cocody (RCI)

Coulibaly KT, Abhé CM, N'guessan YF, Ouattara A, Brouh Y, Tétchi YD.

Service d'anesthésie réanimation CHU de Cocody

Auteur correspondant: Coulibaly Klinna T.

Introduction: Les infections nosocomiales constituent un problème majeur en réanimation. L'objectif de notre étude est d'identifier les différents germes et leur sensibilité au cours des infections nosocomiales en réanimation.

Méthodologie: L'étude était rétrospective et descriptive réalisée sur huit ans (2006-2013). Etaient inclus tous les dossiers des patients ayant contracté une infection nosocomiale documentée. Les paramètres étudiés étaient: le site d'infection, les germes retrouvés, la résistance des germes.

Résultats: Nous avons recensé 85 dossiers sur 3566 admissions (2,4%). Les sites d'infection étaient pulmonaires (60%), urinaires (52,9%), bactériémiques (25,9%) et cutanés (11,8%). Les germes isolés au niveau pulmonaire étaient le klebsiella pneumoniae (30%) et le pseudomonas aeruginosa (28%). Au niveau urinaire, on retrouvait le pseudomonas aeruginosa (21,7%) et l'escherichia coli (19,5%). Les bactériémies étaient causées par le pseudomonas aeruginosa (40,9%) et le klebsiella pneumoniae (27,2%). Les germes isolés au niveau pulmonaire étaient résistants à 92% aux pénicillines, 74% aux céphalosporines de 3ème génération, 78% aux quinolones, 64% aux aminosides sauf l'amikacine (6%) et 4% aux carbapénèmes. La résistance des germes au niveau urinaire était de 84,7% aux pénicillines; 58,7% aux céphalosporines de 3ème génération; 54,3% aux quinolones; 47,8% aux aminosides sauf l'amikacine (2,1%) et 2,1% aux carbapénèmes. Les germes responsables de bactériémies étaient résistants à 95,4% aux pénicillines; 68,2% aux céphalosporines de 3ème génération; 86,3% aux quinolones; 59% aux aminosides sauf l'amikacine (13,7%) et 9,1% aux carbapénèmes.

Discussion: La résistance des germes aux antibiotiques usuels devient de plus en plus croissante en réanimation.

Mots clés: profil, germes, réanimation

Infections neuroméningées postopératoires en neurochirurgie

MKTouré, J.Koné, S.A.Beye, M.A.Sidibé, D.M.Dibo, Y.Coulibaly.

Introduction: Complication rare mais grave en neurochirurgie, l'infection neuroméningée postopératoire est corrélée à une morbidité importante. L'objectif de notre étude était d'étudier le profil épidémiologique, clinique, microbiologique et évolutif des infections neuroméningées postopératoires.

Matériel et méthodes: Il s'agissait d'une étude rétrospective allant de janvier 2011 à décembre 2013 et concernait les patients qui ont développé une infection neuroméningée 48h après une intervention neurochirurgicale. Le diagnostic a été retenu devant des signes cliniques (fièvre, altération de l'état de conscience) associés à des signes biologiques (hypoglycémie < 0,1g/l, avec un rapport glycorrachie / glycémie < 0,5 avec ou sans la présence de germe).

Résultats: Sur 248 patients opérés pour pathologies neurochirurgicales et admis en réanimation, 3 cas d'infection neuroméningée ont été colligés, soit une incidence de 1,2 %. L'âge moyen de nos patients était de 45,28 ans avec une prédominance masculine (67,7%). La chirurgie programmée et considérée comme propre (pathologies tumorales) a représenté 73,8%. L'antibioprophylaxie a été observée chez tous les patients, la durée moyenne de l'intervention a été de 5,12 h, la plus part des patients étaient ASA1. Le délai de survenue de l'infection a été précoce (<8 jours) dans les 03 cas. La dégradation neurologique associée à la fièvre était présente chez tous les patients, la raideur méningée a été retrouvée chez un seul. Les germes ont été isolés dans deux cas il s'agissait essentiellement d'acinetobacter et de streptocoque. Nous n'avons enregistré aucun décès.

Discussion: les complications infectieuses en neurochirurgie restent redoutables. L'amélioration du pronostic passe par un diagnostic précoce, une prise en charge médicochirurgicale adéquate et l'application de mesures préventives consistant au respect des règles de base de l'hygiène hospitalière et des protocoles d'antibioprophylaxie.

Surveillance des méningites bactériennes aiguës au Centre Hospitalier Régional de Kara (Togo).

Tchamdja Kpatcha¹, Tchamdja Toyi², Balaka Abago², Banla Abiba³

¹ Service des Laboratoires du CHU Kara, Togo ;

² Service de Médecine Interne, CHU S O-Lomé, Togo ;

³ Institut National d'Hygiène de Lomé, Togo

Auteur correspondant: Tchamdja Kpatcha, Email: pierretcham@gmail.com

Introduction: Cette étude visait à évaluer la participation du laboratoire dans la surveillance des Méningites Bactériennes Aigues (MBA) au CHR Kara.

Méthodologie: Il s'agit d'une étude transversale rétrospective consistant en une analyse des dossiers de malades hospitalisés pour méningite dans les services de pédiatrie, de médecine générale. Elle a porté sur l'analyse des dossiers cliniques et du laboratoire de bactériologie du 1^{er} septembre 2010 au 31 mai 2011.

Résultats : Cent dossiers de patients ont été examinés avec 54% de femmes. L'âge moyen était de 16 ans. Le pic des hospitalisations (57%) était entre février et de mars. Tous les patients ont bénéficié d'une ponction lombaire (PL) mais 28% ont été prélevés tardivement et 57% des PL avaient un aspect trouble, citrin ou hémorragique. Tous les prélèvements ont subi une coloration de Gram et ont étéensemencés. L'examen direct était positif dans 22% des cas et la culture dans 12%. Les germes isolés étaient : *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae* *Haemophilus influenzae*. La ceftriaxone était sensible sur les germes isolés, alors qu'ils étaient fortement résistants à la pénicilline et au chloramphénicol. La létalité dans notre série était estimée à 16%.

Discussion: Les résultats montrent que tous les patients hospitalisés pour méningite bénéficient d'une PL au CHR Kara avec un examen direct et une culture sur tous les échantillons collectés. 22% des colorations et 12% des cultures se sont révélées positives dont 7% à *Neisseria meningitidis*. Seule la ceftriaxone est efficace sur tous les germes isolés. La létalité reste encore trop forte pour les patients hospitalisés pour méningite.

Mots-clés: Méningites bactériennes aiguës, surveillance, laboratoire, pédiatrie, Togo

Aspects épidémiologiques des envenimations dans les grands centres sanitaires du Togo

Mouzou T¹., Tomta K¹., Egbohohou P¹., Balake A²., Simtaro E¹.

1: Service d'Anesthésie Réanimation CHU SO, 2 : Service de Médecine Interne CHU SO

Objectif: Faire l'état des lieux de l'épidémiologie des envenimations dans les grands centres sanitaires du Togo.

Matériel et méthode Il s'est agi d'une étude rétrospective sur une période de cinq (5) ans du 1^{er} Janvier 2009 au 31 Décembre 2013 dans 21 grands centres sanitaires du pays. Tous les dossiers des patients victimes d'envenimations, reçus dans une des grandes structures sanitaires du Togo étaient inclus dans l'étude. Les paramètres étudiés étaient: l'âge, le sexe, la profession, la région, le lieu d'habitation, le climat, l'incidence, la gravité, la létalité, la population à risque, l'espèce responsable et la structure étudiée.

Résultats 4477 envenimations ont été dénombrées dans 21 formations sanitaires sur 50 dans les six régions sanitaires. Elles décroissent du nord vers le sud. Les deux sexes étaient concernés avec une prédominance masculine. Tous les âges étaient exposés principalement les adultes jeunes (33,73%). L'agriculture était la profession la plus touchée (50,08%). L'incidence était 895,4 envenimations par an et la létalité 4,62%. Le serpent (vipéridé) était l'animal responsable prédominant (94,26%). Le plus souvent, le tableau clinique orientait le diagnostic.

Conclusion Les envenimations constituent une des urgences médicales et un problème de santé public au Togo, entraînant des complications et des décès.

Mots clés: Envenimation - Epidémiologie - TOGO.

Les morsures d'animaux à l'Hôpital National de Niamey : Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs.

Chaibou MS¹, Daddy H¹, Gagara M¹, Gbaguidi F¹, Adamou K¹, Amadou M², Sani R³, Akehossi E³, Chobli M⁴.

¹Département d'Anesthésie-Réanimation-Urgences-Hôpital National de Niamey – Niger, ²Département d'Anesthésie - Hôpital National de Zinder, ³Faculté des sciences de la santé- Niamey, ⁴Faculté des Sciences de la Santé - Cotonou - Bénin

Objectif: Evaluer la prise en charge des morsures d'animaux à l'Hôpital National de Niamey (HNN).

Matériels et méthode: Il s'agit d'une étude prospective descriptive sur 7 mois, du 1^{er} Mars au 30 septembre 2013. Ont été inclus les patients hospitalisés à l'HNN pour morsure d'animaux. Les variables suivantes ont été analysées : l'âge, le sexe, la provenance, la période d'admission, les caractéristiques de la morsure, les aspects cliniques, les aspects thérapeutiques et l'évolution.

Résultats: 92 patients ont été inclus dans notre série. Les moins de 10 ans représentaient 34,78%. Le sexe masculin prédominait avec un sexe ratio de 2,17. 76,10% des patients provenaient du milieu urbain. Les animaux mordeurs étaient dominés par les chiens (60,90%) et les serpents (37%). Les périodes d'admissions étaient les mois de Mai, Juin, Avril avec respectivement 27,20% ; 17,4% et 16,30% des cas. Le délai d'admission était de moins de 24 heures pour 69,56% des patients. Les circonstances des morsures étaient accidentelles dans 42,39%. Le membre pelvien était le plus touché avec 53,2%. Les signes cliniques étaient dominés par la douleur dans 95,70% des cas, l'œdème dans 93,50% des cas et la fièvre dans 43,50%. Les détresses étaient cardiovasculaires chez 15,20% des patients, respiratoires chez 6,50% des cas. Les lésions étaient musculaires dans 29,30% des cas. Le sérum anti venimeux a été utilisé chez 50 % des morsures de serpents. Trente-quatre patients ont bénéficié d'une prise en charge chirurgicale. La mortalité était de 1,08%.

Conclusion: Les morsures d'animaux constituent un problème de santé publique dans notre pays. Leur prise en charge reste problématique à cause du problème de disponibilité et d'accessibilité du sérum antivenimeux chez une population à faible revenu.

Mots-clés: Morsures-Animaux- Hôpital National de Niamey-Niger

Evolution des paramètres hématologiques des patients admis en réanimation polyvalente au CHU de Cocody (Abidjan- Côte d'Ivoire)

Coulibaly KT, Abhé CM, N'guessan YF, Ouattara A, Brouh Y, Tétchi YD.

Service d'anesthésie réanimation CHU Cocody.

Auteur correspondant: Coulibaly Klinna T. theokl2002@yahoo.fr, +22507475090

Introduction: L'hémogramme révèle certaines pathologies : anémies, infections, coagulopathie.

Objectif: déterminer le profil hématologique des patients en réanimation.

Matériel et Méthode: L'étude était rétrospective sur un an (2013). Les paramètres hématologiques des patients étaient étudiés à J0, J4 et J8. Les résultats sont exprimés en Moyenne \pm écart-type et en pourcentage. Les comparaisons statistiques étaient faites avec le test de Chi2. Une valeur de $P \leq 0,05$ a été considérée significative. **Résultats:** Parmi 505 patients hospitalisés pendant l'année d'étude, 86 (17%) patients ont été étudiés jusqu'à J4 et 34 patients (8%) jusqu'à J8.

Tableau I: Evolution des paramètres hématologiques en fonction du temps

	<i>NFS-J0 (n=86)</i>	<i>NFS-J4 (n=86)</i>	<i>NFS-J8 (n=34)</i>
GB (elts/mm ³)	13900 \pm 6500	14 900 \pm 7 300	13500 \pm 7400
GR (elts/mm ³)	4 300000 \pm 1300 000	3 730 000 \pm 800 000	3 900000 \pm 780000
plaquettes (elts/mm ³)	218000 \pm 137300	245 000 \pm 177 000	218 000 \pm 138000
Hb (g/dl)	10,2 \pm 2,9	9,4 \pm 2,4	9,6 \pm 2
Hte (%)	30,8 \pm 8,9	28,5 \pm 7,6	28,9 \pm 6,7

Tableau II: Evolution des perturbations hématologiques en fonction du temps (% de patients)

	<i>NFS-J0 (n=86)</i>	<i>NFS-J4 (n=86)</i>	<i>NFS-J8 (n=34)</i>
Hyperleucocytose	65,1%	66,3%	61,7%
Anémie	45,3% (36% ferriprive)	62% (47% ferriprive)	52,9% (29,4% ferriprive)
Thrombopénie	27,9%	68,9%	35,3%
Thrombocytose	8,1%	75%	11,7%

Tableau III: Relation entre l'infection et les perturbations hématologiques à J4 (%de patients)

<i>NFS-J4</i>	<i>Infection (+) n=33</i>	<i>Infection (-) n=53</i>	<i>P Value</i>
Thrombopénie: n=27	92,6%	7,4 %	0,001
Thrombocytose: n=11	45,5%	54,5%	0,41
Anémie ferriprive: n=41	65,9%	34,1%	0,001
Hyperleucocytose: n=57	57,9%	42,1%	0,001

Conclusion: La surveillance hématologique stricte jusqu'à J8 n'a été possible dans notre réanimation que pour 8% des patients. Les troubles hématologiques sont plus sévères au 4^{ème} jour et s'améliorent au 8^{ème} jour pour les survivants. Une hyperleucocytose, une thrombopénie et une anémie ferriprive sont significativement associées à l'infection.

Mots clés: hémogramme, évolution, infection, réanimation

Réanimation: Prescriptions –Iatrogénie – Divers

Analyse des interventions pharmaceutiques réalisées sur les prescriptions médicales dans la prise en charge des traumatismes crâniens (TC) au service de Réanimation du CHU de Yopougon (Abidjan, Côte d'Ivoire)

Abrogoua DP^{1,2}, Doffou E³, Akroman M¹, Kamenan Bat¹, Kablan Bj⁴

1 Laboratoire de Pharmacie clinique et Thérapeutique, UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques-Université Félix Houphouët-Boigny

2 Service de Pharmacologie Clinique-CHU de Cocody

3 Service Pharmacie, CHU de Yopougon

4 Département de Pharmacologie, UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques-Université Félix Houphouët-Boigny

Auteur correspondant: Doffou Elisee: Email: edoffou@gmail.com

Introduction: Il a été démontré que la présence des pharmaciens dans les services cliniques contribue à améliorer la prise en charge du patient d'un point de vue clinique [1]. L'engagement du pharmacien à assumer envers le patient la responsabilité de l'atteinte des objectifs de la pharmacothérapie, est d'autant plus appréciable que les soins sont consécutifs à des traumatismes crâniens (TC).

Méthodes: Nous avons mené une étude descriptive transversale de Septembre 2013 à Février 2014. L'outil de classification des IP de la Société Française de Pharmacie Clinique a été utilisé. Un tableau de bord standard incluant l'identification du problème, la nature des IP et l'opinion pharmaceutique a été utilisé en routine de façon proactive (pendant les tournées médicales) ou rétroactive (analyse des dossiers patients). Le logiciel SPSS version 20.0 (IBM, USA) a servi à l'analyse des données.

Résultats: L'étude a porté sur 29 patients admis en réanimation pour TC. L'âge moyen était de 36,35 ±13,36 ans et un sex-ratio M/F de 3,14. 38 IP ont été réalisées. Les principaux problèmes pharmaco-thérapeutiques rencontrés dans la prise en charge des TC étaient la non-conformité aux recommandations (58%), les interactions médicamenteuses (21%), les sous-dosages (11%) et les surdosages (8%). Les médicaments les plus concernés étaient les antibiotiques (26%), les anticonvulsivants

(26%) et les protecteurs gastriques (24%). Les IP les plus importantes étaient des propositions de choix thérapeutique (40%) avec une proposition d'arrêt de traitement dans 66% des cas. Les autres IP étaient essentiellement constituées de propositions de surveillance biologique (21%) et d'adaptation posologique (21%).

Discussion: Ces résultats sont en partie superposables à ceux de Kupricka [2] et diffèrent sur plusieurs points de ceux de Demange [3]. Les IP réalisées dans un service de réanimation contribuent à l'optimisation thérapeutique et à la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse lors de la prise en charge des TC.

Mots-clés. Pharmacie clinique, interventions pharmaceutiques, traumatisme crânien, Réanimation, Abidjan.

Références

[1]. **Montazeri M, Cook DJ.** Impact of a clinical pharmacist in a multidisciplinary intensive care unit. *Crit Care Med* 1994; 22: 1044-8.

[2]. **Kupricka MI et al.** Impact of a pediatric clinical pharmacist in the pediatric intensive care unit. *Crit Care* 2002; 30:919-21

[3]. **Demange C.** Analyse pharmaceutique des prescriptions en unités de soins à l'aide de la fiche d'intervention de la SFPC. *J Pharm clin* 2007; 26: 45-52

Evaluation de la pertinence des interventions pharmaceutiques(IP) réalisées sur les prescriptions médicales au cours des tournées médicales dans le service de Réanimation du CHU de Yopougon (Abidjan, Côte d'Ivoire)

Abrogoua DP^{1,2}, Doffou E³, Akroman M¹, Kamenan Bat¹, Kablan Bj⁴

- 1 Laboratoire de Pharmacie clinique et Thérapeutique, UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques-Université Félix Houphouët-Boigny (Abidjan, Côte d'Ivoire),
2 Service de Pharmacologie Clinique-CHU de Cocody (Abidjan-Côte d'Ivoire),
3 Service Pharmacie, CHU de Yopougon (Abidjan, Côte d'Ivoire),
4 Département de Pharmacologie, UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques-Université Félix Houphouët-Boigny (Abidjan, Côte d'Ivoire)

Auteur correspondant: Doffou Elisee. Email: edoffou@gmail.com; tel. +22502543212

Introduction: La présence des pharmaciens dans les services cliniques contribue à améliorer la prise en charge thérapeutique du patient [1]. L'engagement du pharmacien à assumer envers le patient la responsabilité de l'atteinte des objectifs de la pharmacothérapie, est d'autant plus appréciable que les soins sont critiques.

Méthodes: Nous avons mené une étude descriptive transversale de Septembre 2013 à Février 2014. L'outil de classification des IP de la Société Française de Pharmacie Clinique a été utilisé. Un tableau de bord standard incluant la nature des IP, la cotation de leur impact et leur niveau d'acceptation par les médecins a été utilisé en routine pendant les tournées médicales ou par analyse des dossiers-patients. La cotation utilisée dérive de celle de Bayliff et Einarson évoluant de IP0 à IP3 et varie selon l'importance de l'impact clinique potentiel du problème et la gravité des conséquences cliniques évitées. Le logiciel SPSS version 20.0 (IBM, USA) a servi à l'analyse des données.

Résultats. L'étude a porté sur 103 patients d'âge moyen 37,4±18,5 ans et un sex-ratio M/F de 1,2. 150 IP ont été émises dont 14,67%(22) effectuées pendant les tournées médicales. Les IP effectuées au cours des tournées médicales étaient principalement des propositions de choix thérapeutique (40,9%) et des précisions de modalités

d'administration (31,81%). La totalité des IP a été acceptée par le corps médical. 63,63% des IP avait des impacts cliniques significatifs (IP1) et 31,81% était à impact clinique très significatif (IP2). Aucune IP n'a été coté IP0. Une adaptation posologique a été jugée à impact clinique vital (IP3).

Discussion: Ces résultats concordent avec ceux de Leape [2] (99% d'interventions acceptées) mais diffèrent légèrement de ceux de Chedru [3]. Le pharmacien par l'émission d'IP pertinentes est un acteur indispensable en réanimation pour l'optimisation thérapeutique et la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse.

Mots-clés. Pharmacie clinique, interventions pharmaceutiques, pertinence, Réanimation, Abidjan.

Références

- [1] Montazeri M, Cook DJ. Impact of a clinical pharmacist in a multidisciplinary intensive care unit. *Crit Care Med* 1994; 22: 1044-8.
[2] Leape L et al. Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. *JAMA* 1999; 282 (3): 267-270
[3] Chedru V, Juste M. Evaluation médicale de l'impact clinique des interventions pharmaceutiques. *J Pharm Clin* 1997; 16 (4) : 254-8.

Qualité de soins du site opératoire en chirurgie orthopédique et traumatologique au CHU Sylvanus Olympio

Walla A, Dossim P, Abalo A, Bakriga B, James YE, Amouzou K S, Dossim A M.

Objectif: décrire les différentes pratiques en matière de soins du site opératoire dans le service de traumatologie-orthopédie afin d'en améliorer la qualité.

Matériel et méthodes: il s'agissait d'une étude transversale descriptive ayant porté sur des patients opérés dans le service de chirurgie traumatologique et orthopédique du CHU SO sur six mois, du 1^{er} janvier au 30 juin 2013. Les variables analysées ont été celles relatives aux données démographiques, aux antécédents des patients et aux paramètres liés aux soins pré, per et postopératoires.

Résultats: L'étude a concerné 37 patients dont 27 de sexe masculin soit une sex-ratio M/F de 2,7. Avant l'admission des patients en salle d'opération, le site à opérer n'est pas préparé la veille. Au bloc opératoire, les ostéosynthèses de fémur avec 24,3% et du tibia, 13,5% ont été les interventions les plus fréquemment réalisées et ont majoritairement duré au moins une heure trente minutes; la ceftriaxone à raison de 2g, a été utilisée en prophylaxie; le drainage et le lavage de la plaie opératoire en fin d'intervention n'ont pas été systématiques mais variaient selon les opérateurs et le type de chirurgie pratiqué; les compresses majoritairement utilisées ont été de petit format (40cmx40cm). En salle d'hospitalisation, seuls les soins médicamenteux ont été plus ou moins systématisés; les autres pratiques étaient variables selon les consignes données par chaque opérateur.

Conclusion: La pratique des soins du site opératoire dans le service de traumatologie orthopédie du CHU Sylvanus Olympio n'est pas systématisée. Cependant, les patients s'en sortent avec des suites opératoires simples. Toutefois, la petite taille de l'échantillon et la courte durée de l'étude, ne permettant pas d'analyser avec objectivité l'issue des gestes chirurgicaux effectués, il est nécessaire que la pratique des soins s'améliore par la mise en place et le respect des protocoles uniformes et la formation continue du personnel.

Mots clés: soins, site opératoire, Togo.

Une thrombopénie induite par l'héparine 2 (TIH 2) chez une patiente admise pour syndrome de défaillance multiviscérale

Babo CJ, Ayé YD, Kouassi J, Bouh KJ, Yéo TLP, Sai S, Martin D, Slimane Z

Introduction: En réanimation, la découverte d'une thrombopénie est un problème quotidien, la difficulté est d'en reconnaître l'origine qui va conditionner sa prise en charge. Reconnaître l'étiologie de la thrombopénie est toujours mission difficile voire impossible. L'origine iatrogène (médicamenteuse ou mécanique) est à éliminer en priorité car c'est en général sur elle que l'on peut agir le plus facilement. Nous rapportons le cas d'une patiente admise en réanimation pour une défaillance multiviscérale sur un sepsis à point de départ génital.

Observation: Patiente de 66ans, dans ses antécédents, l'on notait un diabète non insulino-dépendant, une hypertension artérielle, une dyslipidémie et une obésité avec un IMC à 51. Initialement admise en diabétologie pour un sepsis à probable point de départ urinaire ou cutané, une antibiothérapie (oxacilline) est débutée. Devant la détérioration de l'état neurologique et hémodynamique, elle est transférée en réanimation. L'examen initial permet de conclure à une défaillance multiviscérale (rénale, neurologique, cardiovasculaire) sur sepsis. Elle est intubée, ventilée, dialysée et mise sous amines vasopressives. Les traitements médicamenteux en cours étaient: inéxium, calciparine, antibiotiques, hémisuccinate d'hydrocortisone, sufentanil, hypnovel et novorapid. A J3, on note une thrombopénie (de 285000 par ml à 103000 puis à 36000 plaquettes par ml). Plusieurs hypothèses sont alors évoquées: une thrombopénie sur circuit de circulation extracorporelle, une thrombopénie sur sepsis, une thrombopénie médicamenteuse ou une thrombopénie induite à l'héparine (avec un 4T score à 3). Il est procédé alors à un changement du circuit de dialyse et du cathéter et à un arrêt de l'héparinothérapie. L'on observe une remontée du taux des plaquettes de 36000 à 106000 par ml au bout de 5 jours. Un 2^{ème} épisode de thrombopénie surviendra après une réintroduction de l'héparinothérapie au bout de 5 jours avec des diminutions allant de 157000 à 95000 puis à 13000 plaquettes par ml, chez une patiente toujours intubée, ventilée et dialysée au citrate de calcium. Le 4T score était à 5. La recherche d'anticorps anti facteur 4 plaquettaire et le test d'activation plaquettaire sont revenus positifs. L'on ne notait pas de thrombose veineuse et artérielle, d'hémorragie. Il a été procédé à un arrêt d'héparinothérapie et à la mise en route d'une anticoagulation par de l'organan.

Détresse respiratoire suite à l'administration accidentelle du tramadol à un nourrisson: à propos d'un cas.

Babo CJ, Soro L, Bouh KJ, Ayé YD, Konan KJ, Yéo TLP, Ogondo B, Amonkou AA

Introduction: Le tramadol est un analgésique opioïde, introduit en Allemagne en 1977, et en raison de son potentiel d'abus limité, il est beaucoup prescrit aux patients en postopératoire et dans les syndromes douloureux chroniques. Ses effets secondaires fréquemment rapportés sont les nausées, les vomissements, la somnolence, les vertiges, les maux de tête et la constipation. En cas de surdosage et d'administration accidentelle, des complications rares peuvent survenir. Nous rapportons le cas d'une administration accidentelle à un nourrisson.

Observation: Nourrisson CR de 5mois, admis au bloc opératoire pour la cure de myéломéningocèle. A la fin de l'intervention, il lui est administré de façon accidentelle une ampoule de tramadol de 100mg (tramadol en lieu et place de dexaméthasone). Il va présenter un épisode de tachycardie suivi de bradycardie, une désaturation nécessitant une réintubation et mise sous ventilation assistée puis son transfert en réanimation. L'examen à son admission en réanimation, note une tachycardie régulière à 150bpm, une tachypnée à 63 cycles/minutes, une variation de la saturation entre 88 et 90%, de discrets râles crépitants aux bases pulmonaires, un coma avec un score de Glasgow à 8, des pupilles en myosis bilatéral, réactives, sans déficit sensitivomoteur. Il est mis sous ventilation mécanique, un apport hydroélectrolytique et énergétique et une corticothérapie sont administrés. Devant une amélioration de l'état neurologique et ventilatoire, le sevrage ventilatoire a été entrepris et l'extubation a été faite à J1 d'hospitalisation. Sa sortie a été autorisée le deuxième jour.

Conclusion: Le tramadol a été utilisé comme antalgique chez l'enfant et des travaux réalisés ont limité son utilisation aux enfants de 1 à 9 ans à des posologies allant de 0,5 à 2,5mg/kg

Aspects épidémiologiques, iagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des patients de la réanimation polyvalente du CHU SO.

NABILIOU M., TOMTA K., MOUZOU T., EGBOHOU P.,SAMA H., ASSENOUWE S.

Service d'anesthésie réanimation du CHU Sylvanus Olympio.

Objectif: Etudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des patients admis dans l'unité de réanimation polyvalente du CHU SO de Lomé.

Matériels et méthodes: Il s'est agi d'une étude rétrospective sur dossiers de patients sur une période de 18 mois, du 1^{er} Novembre 2012 au 30 Avril 2014, dans l'unité de réanimation polyvalente du CHU SO de Lomé. Les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives ont été étudiées.

Résultats: 804 patients ont été admis durant la période d'étude. On a noté une prédominance masculine (sex-ratio 1,83). L'âge moyen : 34,21 ans, extrêmes 1 jour et 85 ans. Au plan clinique, 29,3% avaient un score de Glasgow inférieur à 8 ; 8,5% une détresse respiratoire et 7,1% un état de choc. La TDM cérébrale a été réalisée chez 32,1% des cas. Les pathologies chirurgicales étaient les plus rencontrées (82,7%) avec les TCE graves (19,8%), les polytraumatismes (10,6%) et les péritonites aiguës généralisées (8,2%). Les AVC étaient l'affection médicale la plus fréquente avec 3,2%. La durée moyenne de séjour était de 6,41jours avec des extrêmes de 30 minutes et 95 jours. L'évolution a été marquée par 34,1% de décès essentiellement par TCE grave (27,4%), polytraumatismes (11,3%), néoplasies (8,8%), et AVC (5,8%).

Conclusion:

La réanimation au Togo comme en Afrique subsaharienne est tributaire de la précarité du plateau technique, du retard de la prise en charge et de l'absence de transport médicalisé. La réduction de la mortalité nécessite un programme intégrant la prévention des principales affections, le renforcement du plateau technique des structures existantes et la validation des nouveaux protocoles de prise en charge.

Mots clés: épidémiologie, réanimation, CHU Lomé.

Evaluation de l'effet de l'adjonction de la poudre de feuilles séchées de *Moringa oleifera* à l'alimentation sur l'état nutritionnel des patients adultes agressés admis en réanimation

K.B. Ki¹, A.I. Traoré¹, D. Barro¹, D.S. Sanou¹, R.A.F. Kaboré², C.T. Bougouma³, N. Ouédraogo²

1: CHU Sourô Sanou, 2: CHU Yalgado Ouédraogo 3: CHN Blaise Compaoré

Introduction. La dénutrition, facteur indépendant de morbi-mortalité, est fréquente en milieu hospitalier; elle est majorée par l'agression chez les patients de réanimation et le soutien nutritionnel doit faire partie du traitement de base, en particulier lors de séjours prolongés. Au centre hospitalier universitaire Sourô Sanou (CHUSS), la prévalence de la dénutrition chez les patients agressés de réanimation atteint 28% à l'admission et 80% à J21, secondaire essentiellement à la diminution des apports. En effet, les patients de réanimation au CHUSS ne bénéficient pas de soutien nutritionnel selon les recommandations internationales faute de moyen financier de l'hôpital qui ne peut fournir de nutrition parentérale ou entérale de fabrication pharmaceutique. Selon certains auteurs, les feuilles de *Moringa oleifera* (*M. oleifera*) peuvent être utilisées pour la prévention et la correction de la malnutrition en raison de leurs qualités nutritionnelles exceptionnelles^{1,2}.

Justificatif: Le contexte de ressources limitées dans lequel les patients agressés en réanimation au CHUSS sont pris en charge justifie donc de s'intéresser à des stratégies de nutrition innovantes et peu coûteuses pouvant permettre d'améliorer leur pronostic. **Hypothèse:** L'adjonction de la poudre de feuilles séchées de *M. oleifera* au régime alimentaire des patients agressés de réanimation permet de prévenir et traiter la dénutrition.

Objectif principal: Evaluer l'effet de l'adjonction de la poudre de feuilles séchées de *M. oleifera* au régime alimentaire sur l'état nutritionnel des patients agressés admis en réanimation au CHUSS, à partir de l'évolution de la circonférence brachiale. **Objectif secondaire:** Evaluer l'effet de la consommation de la poudre de feuilles séchées de *Moringa oleifera* sur l'évolution du poids, de l'albuminémie, du taux d'hémoglobine, de l'inflammation et de la survenue de complications, sur la durée de séjour et enfin sur la mortalité.

Matériel et Méthode: Essai randomisé comparant 2 groupes, un groupe qui recevra l'alimentation habituelle dans le service et l'autre qui recevra en plus de la poudre de *M. oleifera*. **Critères d'inclusion:** tous les patients

adultes présentant une situation d'agression. **Critère d'exclusion:** Patients dont la durée de séjour sera moins de 4 jours.

Protocole de prise en charge: les patients seront répartis par tirage au sort aléatoire dans l'un des deux groupes: Alimentation habituelle et Alimentation + *M. oleifera*. Le groupe *M. oleifera* recevra en fonction du poids de la poudre de feuilles séchées réparties en 3 prises. Les patients seront suivis pendant 28 jours.

Critère de jugement principal: Evolution de la circonférence brachiale mesurée à J0, J4, J7, J14 et J21 et J28. **Critères de jugement secondaire:** Evolution du poids, de l'albuminémie et du taux d'hémoglobine, la survenue de complications (pneumopathies, infection de paroi, péritonite post opératoire, escarres et autres complications), la durée d'hospitalisation et la mortalité.

Durée prévue de l'étude: L'étude débutera en juillet 2015 et la durée prévue est de six mois.

Recueil et analyse des données: Les données seront recueillies sur des feuilles individuelles de collectes, saisies sur le logiciel Epi Data version 3.1. L'analyse se fera grâce au logiciel Stata version 12. Les valeurs moyennes seront comparées en réalisant un test ANOVA, les fréquences et pourcentages seront comparés à l'aide du test de chi 2. La mortalité sera analysée selon la méthode de Kaplan-Meier et par le test du Logrank.

Aspects éthiques: Le protocole sera soumis au comité d'éthique du centre MURAZ et le consentement libre et éclairé du patient ou celui d'un accompagnant sera demandé à l'inclusion.

Références:

Ndong M, Wade S, Dossou N, Guiro AT and Gning RD: 2007a. Valeur nutritionnelle du M.O. étude de la biodisponibilité du fer, effet de l'enrichissement de divers plats traditionnels sénégalais avec la poudre des feuilles. *Afric. J. Food. Agr. Nutri. Develop* 7(3) :1-17.

Moyo B, Masika PJ, Hugo A and Muchenje V: 2011. Nutritional characterization of *Moringa* (*Moringa oleifera* Lam.) leaves. *African Journal of Biotechnology* 10 (60): 12925-12933.

Urgences/SAMU/Formation

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des populations prise en charge aux urgences du CHU campus (Lomé).

Soedje Kokou, Messanh Agbémélé, Kedeouli Boris, Egbohhou Pilakimwé, Tchamdja Toyi, Dassa Kolou Simliwa.

Auteur correspondant: Email: soedjem@gmail.com

Objectifs: déterminer la fréquence des urgences psychiatriques et de dresser les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de ces patients.

Méthodologie: le cadre de notre travail a été la Clinique de Psychiatrie et de Psychologie Médicale et le Service des Urgences Médicales du CHU S. Campus. Il s'est agi d'une étude prospective à visée descriptive et analytique incluant les patients reçu du 1^{er} janvier au 31 décembre 2013.

Résultats: La fréquence globale a été de 5,52% des patients. L'âge moyen des patients était de $36,12 \pm 12,3$ ans avec des extrêmes allant de 14 à 87 ans. Le sex-ratio était de 0,45. Les patients mariés ou en concubinage étaient les plus représentés avec 50,91%. Le secteur informel de bas niveau était le plus atteint à 46,18 %. Les patients non scolarisés et ceux ayant atteint un niveau baccalauréat et plus d'instruction avaient représenté dans cet ordre 14,18% et 10,55%. Le délai de consultation était de $8,47 \pm 16,6$ jours. Les troubles psychotiques aigus et transitoires, La réaction à un stress sévère et trouble de l'adaptation et les troubles dissociatifs ont été diagnostiqués respectivement pour 39,64%, 33,45% et 6,55% de patients.

Conclusion: Malgré sa fréquence faible, la connaissance de ce profil est nécessaire pour l'organisation de la bonne prise en charge.

Mots clés: Urgences psychiatriques, épidémiologie, Afrique sub-saharienne, Togo

Evaluation de la satisfaction des accompagnants des malades lors de leurs séjours aux urgences du CHU de Cocody (Abidjan-RCI).

Tétchi Y.D, N'Guessan Y.F, Coulibaly K.T, Abhe C.M, Netro D, N'Gnamien A.

Service d'accueil des urgences. CHU de Cocody-Abidjan

Objectif: Evaluer le degré de satisfaction des accompagnants sur la prise en charge médicale de leurs patients admis aux urgences.

Méthodologie: L'étude était transversale, prospective et descriptive sur trois mois (25 Janvier-25 Avril 2014). Tous les accompagnants des patients aux urgences ont été inclus. Les paramètres étudiés étaient: la qualité de la relation entre eux et les agents de santé, l'hygiène du service, le coût et la qualité des soins.

Résultats: Nous avons recensé 745 accompagnants avec en moyenne 3 par patient. L'âge moyen était de 39 ± 6 ans. Le sex ratio était de 0,8. La durée moyenne de séjour des accompagnants aux urgences était de 2 jours. Ils étaient économiquement faibles à 85,30%. Une filiation existait entre eux par patient dans 77,30%. La moitié des accompagnants était totalement satisfait du comportement des agents de santé. Les reproches faits aux agents étaient : les agressions physiques (10,50%), les agressions verbales (25,40%), les harcèlements sexuels (1,30%), la mauvaise hygiène des locaux (87,20%), les escroqueries (18,80%), le coût élevé des médicaments (66,70%) et les bilans paracliniques (67,20%). Les accompagnants des patients interrogés étaient satisfaits de l'accueil avec un taux de satisfaction globale de 62,20% (très satisfait : 47,80% ; satisfait : 5,4% ; acceptable : 9,00%)

Discussion: La moitié des accompagnants des patients aux urgences sont insatisfaits du comportement et de la qualité des soins des agents de santé.

Mots clés: accompagnants – évaluation – Urgences.

Dispositif de soins et aspects thérapeutiques de prise en charge des urgences psychiatriques au CHU campus (Lomé).

Soedje Kokou Messanh Agbémélé, Kedeouli Boris, Pio Machioudé, Balaka Abago, Sama Dolès Hamza, Sabi Kossi Akomola, Dassa Kolou Simliwa.

Auteur correspondant: Soedje Kokou Messanh Agbémélé.
Email: soedjem@gmail.com

Introduction : Les objectifs étaient de décrire le dispositif de soins d'urgence psychiatrique dans un contexte de ressources humaines limitées et les modalités thérapeutiques existantes dans le cadre d'évaluation générale de l'activité des urgences.

Méthodologie : le cadre de notre travail a été la Clinique de Psychiatrie et de Psychologie Médicale (CPPM) et le Service des Urgences Médicales (SUM) du CHU Campus. Il s'est agi d'une étude prospective à visée descriptive et analytique incluant les patients reçus du 1^{er} janvier au 31 décembre 2013.

Résultats: Les urgences de psychiatrie aux heures ouvrables étaient assurées par la CPPM, la garde et jour fériés par le SUM de la porte. La plus grosse activité avait été enregistrée dans l'après midi (49,09%). L'entourage des patients (58,18%) était le plus demandeur d'une prise en charge urgente. La plus part de nos patients hospitalisés (57,14) ont été admis sous la contrainte et la contrainte physique aux soins était imposée pour 14,55% de cas. Les troubles psychotiques aigus et transitoires (39,64%), La réaction à un stress sévère (33,45%) ont été diagnostics prédominants.

Conclusion: La mise en place d'un cadre légal et une meilleure organisation est une priorité.

Mots clés: Urgences psychiatriques, parcours thérapeutique, dispositif, Afrique sub saharienne, Togo.

Transport intra hospitalier: Intérêt de la médicalisation

Houla Houla A.W¹, Tchoua R², Igoho C.I¹,
Abandazegoue L¹, Saibou M¹

¹ Service d'Anesthésie Réanimation et Médecine d'Urgence, Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba, BP 20 404, Libreville - Gabon.

² Département d'Anesthésie Réanimation, Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba, BP 20 404, Libreville - Gabon

Un transport intra hospitalier est un transfert de patient d'un service à un autre d'une même structure hospitalière [1]. C'est un soin à part entier. Dans un établissement comme l'Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba (HIA OBO), structure sanitaire ultra moderne, classé génération 3, il apparaît inconcevable que les transferts se passent de façon anarchique. Ce transfert est motivé par des étapes à savoir ; une organisation, une préparation, un matériel adapté au type de patient, un personnel qualifié au cas, car tout transport est un facteur de déstabilisation et expose ainsi le patient à des risques majeurs [2]. L'intérêt de la médicalisation est de contribuer à la sécurité du patient, la continuité de la chaîne des soins et de la surveillance afin que celui-ci arrive à terme dans de bonnes conditions [3].

Mots clés: Transport, Médicalisation, Sécurité.

Références

1. C. Damm, P. Vandelet, J. Petit et al. Ann Fr Anesth Réanim 2005; 24: 24-30.
2. L. Adaira, G. Heike, A. Koyfman et al. African Journal of Emergency Medicine. 2013; 3: 22-29.
3. J.P. Quenot, C. Milési, A. Cravoisy et al. Ann. Fr. Med. Urgence. 2011; 1: 278-283.

Intérêt de la Formation Médicale par la Simulation: Première expérience au CHU de DAKAR en Avril-Mai 2014

Leye PA¹, Fall ML¹, Bah MD¹, Traoré MM¹, Gueye PN², Lecomte F³, Kane O¹, Diouf E¹

¹DAR, Faculté de Médecine, Dakar ²DAR-SMUR Hôpital Lariboisière AP-HP Paris, ³SAU Hôpital Cochin AP-HP Paris

Introduction: La simulation en médecine est devenue un outil pédagogique majeur dans l'enseignement de la Médecine. Elle est parfaitement adaptée pour les pays en voie de développement compte tenu de son impact dans l'apprentissage, la consolidation des connaissances, mais aussi de son efficacité économique à long terme par une diminution des erreurs médicales. Nous rapportons une première expérience d'une mission d'enseignement par la simulation organisée au CHU de Dakar Sénégal.

Objectif: L'objectif de ce séminaire était : l'initiation à la formation par simulation des internes et médecins en formation de spécialité, la formation continue des médecins et professionnels de santé dans le domaine de l'Anesthésie-Réanimation, de la Médecine d'Urgence et des soins intensifs et l'amélioration du travail d'équipe en Urgence et en Réanimation.

Méthodologie : Ce séminaire a été organisé par le DAR du CHU de Dakar avec le soutien de la Faculté de Médecine, du Service de Coopération et d'Action Culturelle de l'Ambassade de France, avec la participation de deux médecins experts de Paris, des sociétés Laerdal, Twin Medical et le soutien des laboratoires pharmaceutiques LFB, Lilly et Astra- Zeneca.

Trois salles dont un bloc opératoire entièrement équipé étaient dédiées aux ateliers de simulation : 1-basse fidélité (Arrêt cardio-respiratoire, ventilation et intubation, voie veineuse), 2- Echographie et procédures interventionnelles chirurgicales, 3 Haute fidélité (mannequin SIM 3G

Laerdal) dans la salle d'opération. Une grande salle servait de débriefing et de discussion. Une autre salle était réservée à la Vidéo-simulation.

Résultats: Cent seize (116) personnels médicaux et paramédicaux ont participé à ce séminaire qui a duré 5 jours. Les ateliers de simulation Haute-fidélité qui étaient le point central ont abordé 20 thématiques dont l'Urgence, la Réanimation, les Soins Intensifs, la communication inter-équipe et l'information aux familles selon la méthodologie recommandée en simulation : Briefing/Simulation/Débriefing.

Les participants ont tous exprimé leur satisfaction tant sur le plan du contenu scientifique que sur le plan de l'organisation et demandent tous que cette formation soit renouvelée. L'évaluation globale était notée à 4,5/5. Un point à améliorer serait l'optimisation du matériel audio-vidéo.

Conclusion: Les participants au séminaire, médecins, soignants, enseignants et les autorités universitaires et hospitalières ont jugé que cette formation par la simulation a été un réel succès qui doit se pérenniser et se développer par la création d'un centre de simulation médicale à Dakar.

Conclusion: La connaissance des besoins et des attentes des usagers d'un hôpital constitue la clé de voûte pour une amélioration des prestations offertes et une parfaite organisation des services.

Mots clés: Formation-Simulation-Urgences-Réanimation

Evacuations sanitaires dans l'espace SARANF**Coulibaly Y¹, Diouf E², Brouh Y³, Chabou⁴, Egbohhou J⁵ ; Gueye P⁶**

1=Mali ; 2= Sénégal, 3=Cote D'Ivoire ; 4=Niger ; 5=Togo; 6=France

Auteur correspondant : Coulibaly Youssouf ; CHU Point G Mali**Objectif** : faire l'état des lieux des évacuations sanitaires des pays membres de la SARANF**Matériels et Méthodes** : Etude rétrospective, descriptive et multicentrique, à partir d'une enquête sur les pratiques d'évacuation sanitaire hors pays (vers un pays africain ou hors Afrique). La collecte des données à l'aide de fiche d'enquête a été faite à partir des dossiers d'EVASAN des différents pays ayant accepté de participer à l'enquête. Les variables de l'étude étaient : structure de gestion pays, structure de soins tertiaires pays, pathologies et motifs d'EVASAN, pays et type de structure d'accueil des patients évacués, cout moyen d'une EVASAN.**Résultats** : Cinq pays sur treize ont répondu au questionnaire à l'enquête soit 40% de participation. Les affections cardiovasculaires, neurochirurgicales et ORL constituaient les premières causes d'EVASAN (58%) suivies respectivement de pathologies ostéoarticulaires (16%), Accident vasculaire cérébral(11%), traumatisme grave(11%), des pathologies ophtalmologiques(10%) et gynécologiques(10%). Les motifs de recours aux EVASAN rapportés étaient : absence de compétence, plateau technique inadapté, choix du patient ou de sa famille. Environ 75% des évacuations se faisait vers trois pays (France 27%, Maroc 26%, Tunisie 22%). Les structures d'accueil étaient majoritairement privées (90%). Aucune convention n'existait entre les pays et les structures d'accueil des patients évacués.**Conclusion** : Cet état des lieux non exhaustif a permis de comprendre que l'EVASAN dans l'espace SARANF reste tributaire de la capacité de nos différents systèmes de santé à assurer des soins tertiaires. Une étude à grande échelle et analytique nous semble nécessaire pour cerner la problématique et proposer des solutions.**Mots Clés** : Evacuation sanitaires, Espace SARANF, Evaluation

Etiologies des décès dans les services d'urgences et de réanimation dans deux hôpitaux de la ville de Yaoundé

Essame T.C., Mendimi Nkodo J., Bengono Bengono R; Amengle A.L; Afane Ela A; Metogo Mbengono J.A; Afane Ela A., Ze Minkande J.

Département de chirurgie et spécialités, FMSB, Département des Sciences Morphologiques et Anatomie, FMSB

Introduction: Le décès est un événement majeur non souhaitable dans tout service hospitalier. Le but de l'étude était d'analyser les cas de décès survenant dans les services des urgences et de réanimation, en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients qui y sont admis.

Méthodologie: Il s'agissait d'une étude descriptive de type rétrospective et prospective. La phase rétrospective allait de janvier à décembre 2013 et la phase prospective de janvier à mars 2014. Cette étude s'était déroulée dans les services des urgences et de réanimation de l'Hôpital Central et de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé. Etaient pris en compte tous les dossiers des patients reçus, décédés dans ces services et remplissant nos critères d'inclusion. L'analyse statistique des données recueillies était faite à l'aide des logiciels EPI info et Excel pour le calcul des fréquences et des moyennes des paramètres descriptifs observés.

Résultats: La population d'étude était de 252 dossiers de patients décédés dans les services des urgences et de réanimation soit ; 94 dossiers aux urgences et 158 en réanimation. La moyenne d'âge était de $42 \pm 2,8$ ans, la tranche d'âge la plus concernée était celle de 20-40 ans avec 36,2 % de cas aux urgences et 33,5 % en réanimation. Le sexe féminin était prédominant dans les deux services avec 53,8 % aux urgences et 52,1 % en réanimation. La profession de ménagère était la plus retrouvées chez les patients décédés avec respectivement 23,4 % et 26,6 % pour les urgences et la réanimation. Le principal motif d'admission était l'altération de l'état de conscience avec 61,1 % aux urgences et 51,3 % pour la réanimation. Les pathologies médicales étaient responsables de 84 % des décès aux urgences et 69,9 % en réanimation. L'anémie sévère était le diagnostic le plus retenu aux urgences avec un taux de 19,1 % et l'AVC était le diagnostic le plus évoqué en réanimation avec un taux de 17,7 %. 37,3 % des patients décédés aux urgences et 45,9 % des patients décédés en réanimation avaient reçus leurs premiers soins dans un délai compris entre deux et quatre heures après leur arrivée. La fréquence des décès aux urgences était de 2,6 % et en réanimation de 7,8 %.

Conclusion: La fréquence des décès dans les services des urgences (2,6 %) et de réanimation (7,8 %) reste assez élevée dans ces hôpitaux et représente un réel défi pour la qualité de la prise en charge.

Mots clés: Etiologie, Décès, Service d'urgences, Service de réanimation.

Le diabète insipide en neuro-réanimation: aspects cliniques, étiologiques et prise en charge

Bah M.D, Fall L, Leye P.A, Kane O, Diouf E.

Objectifs: Etudier les signes cliniques, paracliniques et les étiologies du diabète insipide central en neuro-réanimation et analyser la prise en charge thérapeutique.

Patients et Méthode: il s'agit d'une étude rétrospective ayant inclus tous les patients admis à l'unité de neuro-réanimation du service de neurochirurgie du CHU de Fann de Dakar du 1^{er} janvier 2008 au 30 juin 2014, et qui avaient présenté en cours d'hospitalisation un diabète insipide central. Les données cliniques, paracliniques, étiologiques et thérapeutiques ont été recueillies à partir des dossiers d'hospitalisation.

Résultats: Durant la période d'étude, 77 patients (8,2%) ont présenté un diabète insipide central. L'âge moyen des patients était de $43 \pm 16,07$ ans [3 -68 ans]. Les étiologies du diabète insipide étaient dominées par l'exérèse d'adénomes hypophysaires (66,2%), suivie des traumatismes crânio-encéphaliques (18%), d'hémorragies sous-arachnoïdiennes (7,8%), de l'exérèse de tumeurs sus-tentorielles (6,5%) et d'un tuberculome cérébral (1,3%). La polyurie, principal signe clinique, se retrouvait chez tous les patients. La polydipsie était notée chez 72,7% des patients. La natrémie moyenne était de 143 ± 94 meq/L [138-162meq/L] et la kaliémie moyenne de $3,2 \pm 1,9$ meq/L [2,1-3,9meq/L]. L'osmolarité plasmatique moyenne était de $300 \pm 151,4$ mosmol/L [288-330mosmol/L]. L'ionogramme urinaire n'ayant pu être réalisé chez un seul patient, retrouvait une densité urinaire à 1020. La réhydratation hydro-électrolytique, axe majeur de la prise en charge, avait été faite à base de sérum glucosé 5 % enrichi en chlorure de potassium, et d'eau pure en boisson ou par une sonde nasogastrique. Le traitement hormonal substitutif avait été à base de desmopressine (Minirin)*. Les principales complications étaient à type d'iléus paralytique par hypokaliémie sévère (2,6%), d'œdème aigu du poumon (5,2%) et de coagulopathie de dilution (1,3%). Le diabète insipide avait été transitoire pour 73 patients et définitif pour 4 patients. Nous avons enregistré le décès de 6 patients (7,8%).

Conclusion: Le diabète insipide en neuro-réanimation, de diagnostic aisé par la polyurie, exige une prise en charge précoce axée sur la réhydratation hydro-électrolytique et l'administration de desmopressine.

Mots clés: Diabète insipide, Neuro-réanimation, Desmopressine

Douleur

Analgesie multimodale et protocoles d'analgesie post-operatoire dans le contexte africain. Interet du nefopam

M. Chobli¹, F. Soton¹, K. Tomta², Brouh Y³, M. Chauvin⁴, L. Zannou⁵

1= Faculté de Médecin Cotonou, 2= CHU Tokoin Lomé, 3= CHU Cocody, Abidjan, 4 = CHU Boulogne Paris, 5= Group Tétapharma Afrique.

Introduction: L'intérêt d'une bonne analgésie post-opératoire n'est plus à démontrer et l'anesthésiste doit avoir à l'esprit pour chaque intervention chirurgicale le respect des 5 principes fondamentaux de prise en charge de la douleur: dans le contexte africain?

Objectif: décrire l'intérêt du nefopam pour l'analgésie post-opératoire dans le contexte africain

Méthodologie: sur la base de leurs expériences personnelles, des anesthésistes du Benin, de la Côte d'Ivoire et du Togo décrivent des protocoles d'analgésie post-opératoire adaptés au contexte africain (typologie des interventions chirurgicales courantes, profil des patients, disponibilité aléatoire des morphiniques, non généralisation des techniques d'anesthésie loco-régionale). A la faveur de la «Master Class Internationale» de mars 2014 de Paris, sur la prise en charge de la douleur postopératoire, ils ont confronté leurs expériences avec celles de l'équipe du Pr CHAUVIN.

Résultats: 1-La pratique de l'anesthésie au Benin, en Côte d'Ivoire et au Togo a connu au cours des 2 dernières décennies un développement très important marqué notamment par une nette amélioration de la démographie des médecins anesthésistes, une meilleure disponibilité des équipements médico-techniques et des drogues et une organisation plus rationnelle des services. 2- Les types d'intervention les plus courants concernent l'obstétrique, la traumatologie, la chirurgie digestive et la chirurgie pédiatrique. 3-Il s'agit souvent de patients jeunes présentant peu de tares mais méconnaissant les quelques-unes qu'ils portent. 4-La disponibilité des agents morphiniques reste aléatoires en dehors de ceux utilisés en période per-opératoire. La morphine base est surtout en dehors du bloc opératoire, même sous la forme injectable. 5-Les antalgiques non morphiniques sont disponibles notamment les AINS, le paracétamol, le nefopam et le tramadol. 6-Il est possible d'établir de bons protocoles d'analgésie multi-modale et celui qui est le plus pratiqué dans les 3 pays de notre étude associé paracétamol-nefopam ± AINS selon les types d'intervention et rarement paracétamol-nefopam-morphine

Conclusion: en respectant les normes et principes internationaux, il est possible de concevoir de bons protocoles efficaces d'analgésie post-opératoire adaptés à notre contexte africain. L'association paracétamol-nefopam ± AINS a fait ses preuves

Analgesie postopératoire in situ au centre hospitalier universitaire sylvanus olympio (chu so) de lome.

Mouzou T¹, Tomta K¹, Egbohoun P¹, Fiagnon K², Koulefionou K¹.

1: Service d'Anesthésie Réanimation CHU SO, 2: Service de Gynécologie et Obstétrique CHU SO

Objectif: Evaluer l'analgésie postopératoire in situ

Patients et Méthode: Etude prospective comparative portant sur l'évaluation de l'APO sur 2 groupes de patients opérés dans les services de gynécologie et d'obstétrique et de chirurgie générale durant une période de six mois du 1^{er} juillet 2013 au 1^{er} janvier 2014.

Le 1^{er} groupe comportait 50 patients et avait reçu une APO ordinaire tandis que le 2^{ème} groupe de 51 patients avait reçu une APO in situ. Les patients étaient choisis suivant leur option pour l'APO. Ceux qui optent pour l'APO par infiltration sont classés dans le groupe de l'APO in situ et ceux qui refusent sont classés dans le groupe de l'APO ordinaire.

Résultats Cent un patients des 2 groupes étaient opérés et ont eu une APO. Le 1^{er} groupe comportait 51 patients et le second, 50 patients. Il y avait plus de femmes opérées (73) que d'hommes (28). L'anesthésie générale était plus réalisée (58,4%), deux types d'anesthésies locorégionales étaient réalisés: la rachianesthésie (38,6%) et la péridurale (3%). Deux types d'APO comparatives étaient réalisés: APO in situ (50,5%) et APO ordinaire (49,5%). Les anesthésiques locaux infiltrés étaient la Bupivacaïne (80,40%) et la Ropivacaïne (19,60%). la facilité de réalisation, l'apprentissage rapide et le faible coût étaient les atouts de l'infiltration in situ. Les effets secondaires étaient les prurits, nausées et les vomissements dans les cas.

Conclusion L'infiltration in situ avait prouvé son efficacité en injection unique sans signe de toxicité. Les chirurgies réputées plus douloureuses nécessitant l'infiltration étaient l'ostéosynthèse et l'hystérectomie. L'analgésie in situ était uniquement réalisée avec la Bupivacaïne et la Ropivacaïne.

Mots clés: Analgésie- postopératoire, in situ, CHU, Lomé.

Epidémiologie de la douleur au service d'accueil des urgences (SAU)

Diango M.D¹, Dembele.A.S², Mangané M¹, Beye S. A³, Diop M.¹, Almémoune.A¹, Daou A¹

¹DAR et Urgences CHU Gabriel TOURE ; ²Service d'anesthésie CHU IOTA; ³SAR Hôpital Segou.

Objectif: mesurer la prévalence de la douleur en termes d'intensité et de pathologie.

Matériel et méthodes: Etude prospective et descriptive au S.A.U CHU Gabriel Toure pendant 12 mois. Elle a Concerné tous les patients admis pour douleur ou d'autres pathologies. Le critère de jugement principal était l'existence de la douleur et son évaluation. Différentes échelles ont été utilisées pour juger de l'intensité de la douleur, Si patient (e)s conscient (e)s, des échelles d'autoévaluations (EVA, EN, EVS), pour les patients incapables d'exprimer on recourt à des outils d'hétéro-évaluations (Algoplus, Evandol.).

Résultats: Vingt cinq mille deux cent cinquante deux patients ont été enregistrés durant la période d'étude. Mille quatre cent treize patients douloureux ont été inclus soit une fréquence de 5,6%. La moyenne d'âge était de 32,20 ± 15,7. Une prédominance masculine dans 60% des cas. Quatre vingt onze pour cent de nos patients résidaient à Bamako. Plus de la moitié de nos patients (58,7%) étaient scolarisés. Un antécédent d'HTA a été retrouvé chez 8,1% de nos patients. Nous avons trouvé un taux d'automédication à base d'antalgique du palier I de 20,6%. Cette douleur était d'origine traumatique dans 85,5% de cas et médicale dans 14,5% avec un OR=2,9. L'EVA a été utilisée chez 62%, l'EVS chez 21%, l'algoplus chez 13% et EB chez 4% de nos patients. Mille trois cent cinquante six patients douloureux ont reçu au moins un antalgique durant la prise en charge soit 95,97%. Les antalgiques utilisés étaient les non morphiniques (45,72%) et les morphiniques (42,03%). La prescription d'un non morphinique était significativement liée à la présence de la douleur légère à modérée avec un OR=1,08. Après traitement antalgique, 73% de nos patients estimaient avoir été soulagés.

Conclusion: La vulgarisation de l'évaluation de la douleur en vue de déterminer son intensité, et l'approvisionnement de l'armoire d'urgence en des antalgiques morphiniques et non morphiniques, ainsi qu'une formation continue des personnels permettront d'améliorer la prise en charge de la douleur.

Mots clés: Douleur, Urgences, Analgésie

Douleur induite par les soins: Etat des lieux au CHU Gabriel Touré

Samaké B.M., Maiga H., Mangané M., Togola M., Diallo A.

Introduction: En l'hospitalisation les patients doivent fréquemment subir des procédures qui s'avèrent parfois être douloureuses. Ces soins douloureux pratiqués dans l'intérêt du patient engendrent des douleurs dites induites. L'objectif de cette étude était de faire l'état des lieux

Patients et méthode: Il s'agissait d'une étude prospective transversale de janvier à mars 2013 au CHU Gabriel Touré. Ont été inclus des patients hospitalisés ayant bénéficiés de soins dans les services et ayant donné leur consentement éclairé pour les enfants celui de leurs parents était obtenu, tous les soignants des différents services ayant donné leur consentement éclairé. Un questionnaire était administré aux patients et un autre aux soignants. L'évaluation de la douleur était faite à l'aide de l'échelle visuelle analogue (EVA).

Résultats: Pendant la période d'étude, 293 séances de soins ont été colligées et 293 soignants interrogés. Le sexe ratio était de 0,88 en faveur des femmes. L'âge moyen des patients était de 23,1 ± 18,6 ans, avec des extrêmes de 5 et de 75 ans. Les séances de soins les plus rencontrées ont été la pose de cathéter 32,4 %, pansement 16%, injection de produit par voie intraveineuse 14,7 %, pose de sonde urinaire 9,9%, injection intramusculaire 4,4 %, ponction d'ascite 4,1%. Le score d'EVA était de 0-2 dans 45,5 % des cas avec un EVA moyen de 3,1 ± 2,7 et des extrêmes de 0 et 10. Les patients n'étaient pas informés dans 63,8 % des cas que le soin était douloureux. Les soins étaient réalisés par : les infirmiers dans 65,5 % des cas, les étudiants dans 22,9 %, les médecins dans 7,2 % et les auxiliaires de santé dans 4,4%. La douleur n'était pas prévenue dans 85 % des cas par les soignants. Les soignants ne connaissaient pas les méthodes d'évaluation de la douleur dans 79,2 % des soignants interrogés. Ils n'ont pas reçu de formation sur la prise en charge de la douleur dans 86,7% des interrogés.

Conclusion: La douleur induite par les soins est insuffisamment prise en charge. Une formation du personnel permettra de corriger cette insuffisance. La prévention et le traitement de cette douleur améliorerait la qualité des soins que nous préconisons.

Mots clés: Douleur, Soins, Connaissance personnel CHU Gabriel Touré

Analgésie multimodale post-opératoire en obstétrique: intérêt de l'infiltration de la plaie opératoire

Koupie S; Bengono Bengono R; Amengle A.L ; Metogo Mbengono J.A; Afane Ela A; Ze Minkande J.

Département de chirurgie et spécialités, FMSB

Introduction: La douleur post-opératoire après césarienne est d'intensité forte et maximale les 48 premières heures. L'infiltration de la plaie opératoire est une technique ancienne, simple de réalisation. Le but du travail était d'évaluer l'efficacité de l'infiltration pariétale de ropivacaïne dans l'analgésie multimodale au cours de la césarienne. **Méthodologie:** Il s'agissait d'une étude comparative qui s'est déroulée sur une période de cinq mois à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé. Etaient incluses dans l'étude, les parturientes opérées pour césarienne sous anesthésie générale. Elles étaient réparties en deux groupes dont un groupe contrôle qui recevait l'association paracétamol-kétoprofène-tramadol et un groupe ropivacaïne qui recevait en plus des antalgiques sus-cités une infiltration de la plaie opératoire par la ropivacaïne 0,75%. Les variables étudiées étaient les données démographiques, les scores de douleur au repos, à la mobilisation et à l'effort de toux, la durée de l'analgésie au niveau de la plaie opératoire, les besoins en morphine dans chaque groupe, la satisfaction des patientes et le coût de l'infiltration.

Résultats: Soixante patientes réparties en deux groupes étaient incluses dans notre étude. Les deux groupes étaient statistiquement comparables au niveau de leurs caractéristiques démographiques. Au repos, nous ne retrouvons pas de différence significative au niveau des scores de douleur entre les deux groupes. A la mobilisation, la différence entre les scores de douleur était statistiquement significative de la première à la seizième heure dans le groupe ropivacaïne par rapport au groupe contrôle ($P < 0,018$). A l'effort de toux, la différence entre les scores de douleur étaient statistiquement significative de la première à la douzième heure ($P = 0,014$). La durée moyenne de l'analgésie au niveau de la plaie opératoire était de $11,3 \pm 6,5$ heures. A la mobilisation et à l'effort de toux, les durées d'action moyenne étaient respectivement de $6,5 \pm 3,01$ heures et de $6,6 \pm 3,3$ heures. Les besoins en morphine étaient plus importants dans le groupe contrôle par rapport au groupe ropivacaïne (OR 6, $P = 0,007$). Les scores de satisfaction étaient excellents dans le groupe ropivacaïne par rapport au groupe contrôle. Le coût de la technique était un peu élevé du fait de l'indisponibilité de la ropivacaïne.

Conclusion: L'infiltration de la plaie opératoire par la ropivacaïne peut être intégrée dans une stratégie d'analgésie multimodale après la césarienne sous anesthésie générale.

Mots clés: Analgésie multimodale, infiltration pariétale, césarienne, ropivacaïne 0,75%

Analgésie en odontostomatologie: stratégies contre les échecs d'anesthésie locorégionale

Bilola S.F., Mindja E.D., Bengondo C., Bengono Bengono R; Amengle A.L; Metogo Mbengono J.A; Zé Minkandé J.

Département de Médecine bucco-dentaire, FMSB, Département de chirurgie et spécialités, FMSB

Objectif: contribuer à l'amélioration de la qualité de l'anesthésie locorégionale en odontostomatologie. **Méthodologie:** Il s'agissait d'une étude descriptive et prospective sur une période de quatre mois. Les patients étaient recrutés au Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé, à l'Hôpital Central de Yaoundé et à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé. Etaient inclus tout patient ayant bénéficié d'une anesthésie locorégionale. Les informations étaient recueillies à l'aide d'un questionnaire adressé au patient et au praticien. Les variables évaluées étaient la douleur (préopératoire, peropératoire, postopératoire), l'anxiété préopératoire, la présence de signes inflammatoires locaux, les informations sur l'anesthésie (ses indications, les différentes techniques appliquées, le site d'infiltration), l'anesthésique local et la prise en charge de l'échec d'anesthésie. L'analyse était faite à l'aide du logiciel Epi-info et le test exact de Fisher.

Résultats: Les patients recensés étaient 252. L'anesthésie locorégionale était indiquée dans les cas d'odontologie conservatrice-endodontie et de chirurgie buccale. Les techniques les plus appliquées étaient les anesthésies para-apicale, régionale et intra-septale avec une préférence pour la para-apicale au maxillaire. Son incidence était de 41,67% avec plus d'échecs à la mandibule qu'au maxillaire. La technique para-apicale connaissait plus d'échecs à la mandibule qu'au maxillaire. Les facteurs associés aux échecs étaient: l'inflammation locale, l'anxiété, la technique para-apicale à la mandibule et l'absence de vasoconstricteurs. Les stratégies de prise en charge d'échec étaient: l'augmentation du temps de latence, l'augmentation de la dose d'anesthésique, l'application d'une technique de bloc à la mandibule et l'anesthésie intra-septale. Parmi ces stratégies, seules les techniques de bloc et intra-septale à la mandibule étaient recommandées. Ces stratégies avaient permis une baisse du taux d'échec initial de 41,67% à 26%.

Conclusion: Les échecs d'anesthésie locale et/ou régionale sont un réel problème dans la pratique d'odontostomatologie. Ils dépendent de plusieurs facteurs. Ces derniers doivent être recherchés afin de mieux prévenir les échecs d'anesthésie locorégionale.

Mots clés: Analgésie – Anesthésie locorégionale – Echec – Odontostomatologie

Utilisation du tramadol en intraveineuse continue pour la prise en charge de la douleur post opératoire

Otiobanda G F^{1,2}, Niengo Outsouta G¹, Mawandza P D^{1,2}, Itoua c^{2,3}, Note Madzele ME^{2,4}, Moutoula N^{2,4}

1 : Service de réanimation polyvalente CHU Brazzaville ; 2 : Département de chirurgie et maternité FSSA 3 : Service de gynécologie obstétrique CHU Brazzaville ; 4 : Service de chirurgie digestive CHU Brazzaville

Auteur correspondant: Otiobanda Gilbert Fabrice. Email: otiobandagilbertfabrice@yahoo.fr,

Objetif: évaluer la place du tramadol dans la prise en charge de la douleur post opératoire.

Matériel et méthodes: étude transversale, sur 06 mois. Après une dose de charge de 100 mg, les patients ont reçu le tramadol par voie intraveineuse continue à la dose de 300 mg par 24heures. Les paramètres étudiés ont été la durée du traitement, l'efficacité analgésique, les effets secondaires, l'association à d'autres antalgiques et le type de chirurgie.

Résultats: le tramadol a été utilisé chez 55 patients dont 24 soit 43,63% pour la prise en charge de la douleur post opératoire. L'âge moyen était de 26±4,15 ans et le sexe ratio de 3,33 en faveur des femmes. L'échelle numérique simple moyenne était de 1 (0 et 4). La morphine a été utilisée chez deux patients. On a noté deux cas de vomissements. La durée moyenne du traitement était de 3 jours (extrêmes 1 et 7)

Discussion: le tramadol est un antalgique de palier II utilisé depuis 1977 en Allemagne [2]. Il exerce deux mécanismes d'action : une activité morphinique simple et une activité non morphinique mono aminergique sur les voies des contrôles inhibiteurs descendantes [3]. De nombreux auteurs ont rapporté la fréquence d'effets secondaires liés à la prise de tramadol. La dose administrée et le mode d'administration ont une influence sur la survenue de ces effets secondaires. Dans notre étude, le tramadol s'est avéré efficace avec des valeurs d'échelle numérique faible et une faible incidence d'effets secondaires.

Conclusion: le tramadol en administration continue à la dose de 300 mg/24heures permet une analgésie satisfaisante pour des douleurs d'intensité modérées à sévère avec moins d'effets secondaires.

Références

1. **Arnaud Deleuze, Marc Gentili, Dominique Fletcher.** Techniques et stratégies de prise en charge de la douleur postopératoire.
2. **M.E. Gentili,** MAPAR 1998: 233-241
3. **M.E. Gentili,** M. Chauvin. Conférences d'actualisation SFAR 2004: 715-722

Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte au centre hospitalier universitaire Sylvanus Olympio (CHU SO) de Iomé

Mouzou E T, Tomta K, Egbohoun P, Poko D, Belei B.

Service d'Anesthésie Réanimation CHU SO

Objectif: Evaluer la prise en charge de la douleur postopératoire au CHU SO.

Matériel et méthode: il s'est agi d'une étude rétrospective sur dossiers des patients sur une période de 12 mois, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2013. Notre étude avait porté sur des patients opérés et ayant bénéficié d'une prise en charge de la douleur postopératoire. Les principaux paramètres étudiés étaient : identité des patients, types de chirurgie, types d'anesthésie, méthodes d'évaluation de la douleur postopératoire, protocoles d'analgésie utilisés, effets secondaires.

Résultats: 6497 patients ont bénéficié d'une prise en charge de la douleur postopératoire. Le sexe féminin était dominant (65,74%). La majorité des patients avait un âge compris entre 30 et 60 ans (48,04%). La chirurgie gynécologique et obstétricale était prédominante (56,07%). La rachianesthésie était la plus pratiquée (61,46%). Le traitement de la douleur était fait sans évaluation des patients dans la plupart des cas (70,32%) et le protocole d'analgésie n'était pas défini dans 20,87%. Les effets secondaires des médicaments d'analgésie n'étaient pas mentionnés dans les dossiers des patients.

Conclusion: La prise en charge de la douleur postopératoire au CHU SO comporte des insuffisances au niveau de l'évaluation, de l'administration des médicaments. La prise en charge de la douleur postopératoire doit être revue: formation des praticiens et mise en place effective des protocoles analgésiques.

Mots clés: douleur postopératoire, évaluation, traitement, CHU.

Divers

Diagnostic et traitement de la synovite villonodulaire à propos de 3 cas

B. Bakriga, B. Kouevidjin, M. Saouri, A. Rhanim, M. Kharmaz, R. Moustaine, F. Ismael, M. El Bardouni, M. Mahfoud, Ms. Berrada, M. Yaacoubi.

Service de Traumatologie-Orthopédie. CHU Rabat

Introduction La synovite villonodulaire pigmentée (SVNP) est une tumeur bénigne rare qui se développe au dépend de la synoviale des articulations, des bourses séreuses et les gaines tendineuses. Elle possède deux formes : diffuse et localisée. C'est une affection de l'adulte jeune ; qui intéresse surtout le genou, les articulations de la cheville et du pied sont rarement atteintes.

Matériel et méthode Nous rapportons trois observations de malade dont deux cas de la cheville et un cas de genou colligés à la clinique Universitaire de Traumatologie-Orthopédie du CHU de Rabat. Tous ont consulté dans notre service pour une tuméfaction du genou ou de la cheville d'évolution chronique. Le bilan para clinique nous a orienté vers la Synovite villonodulaire et la biopsie a confirmé le diagnostic. Les trois patients ont bénéficié d'une synovectomie comme traitement.

Résultats Le recul moyen est de 4 ans, on ne pas de récurrence chez les patients. Le résultat est jugé excellent pour les 3 observations

Discussion L'articulation de genou est le site de prédilection de la SVNP. Sa localisation à la cheville et au pied est rarement rapportée et ne présente que 2.5% à 3 % des cas. C'est Lesziyski (1975) qui a décrit les caractéristiques cliniques et radiologiques de cette localisation distale. La SVN est très destructrice sur le plan local et envahit l'os et englobe les tendons, comme c'est le cas de notre première observation. La symptomatologie clinique est non spécifique et n'inquiète pas beaucoup les patients, elle est dominée par la douleur articulaire type mécanique modérée et intermittente

Conclusion La SVN de la cheville et du genou est une tumeur d'évolution lente, ne donnant pas de métastases. Si la forme circonscrite est de bon pronostic après excision complète de la lésion ; la forme diffuse est de pronostic moins favorable, vu l'extension locale, la destruction osseuse, et parfois l'impossibilité d'enlever toute la tumeur. Le risque de récurrences dans ces formes est élevé 46% à 50%.

Bourgeonnement du cuir chevelu à partir de la diploé.

Kpelao E¹, Beketi K. A¹, Moumouni A.K¹, Doleagbenou A¹, Amouzou A², Abalo A³, Dossim A³.

¹ Service de neurochirurgie du CHU Sylvanus Olympio, ²Service de chirurgie plastique du CHU Sylvanus Olympio, ³Service de traumatologie-orthopédie du CHU Sylvanus Olympio.

Introduction: La chirurgie des pertes importantes de substance du cuir chevelu comporte plusieurs techniques, le plus souvent ignorées des neurochirurgiens. L'obtention d'un tissu de granulation à partir de la diploé est une technique souvent utilisée en chirurgie plastique dans le traitement des brûlures étendues de la tête. Nous rapportons notre expérience de cette technique.

Patients et Méthode: Il s'agit d'une série de trois cas pris en charge dans le service de neurochirurgie du CHU Sylvanus Olympio de Lomé pour perte importante du cuir chevelu. La technique consistait à faire des trous de trépan rapprochés emportant la table externe jusqu'à la diploé. Ensuite on réalisait des pansements gras (Tulle gras) chaque 2 jours jusqu'à bourgeonnement. La 3^e étape consistait à faire des greffes cutanées.

Observations: Trois patients, 2 femmes et un homme ont été pris en charge dans le service de neurochirurgie pour perte importante du cuir chevelu, 2 d'origine traumatique et l'autre iatrogène après exérèse d'une tumeur du cuir chevelu. Les 2 plaies traumatiques étaient admises secondairement après un parage initial dans un hôpital périphérique respectivement 24 heures et 48 heures après le traumatisme emportant tout le scalp. La surface manquante était estimée respectivement à 18 et 25 cm². La 3^e patiente avait bénéficié de cette technique après exérèse chirurgicale d'une tumeur ulcéro-bourgeonnante du cuir chevelu respectant la voûte du crâne. Le bourgeonnement a été obtenu dans tous cas après un délai moyen de 30 jours. On ne notait pas d'infection. Deux patients ont été greffés avec des suites favorables et une patiente d'une cicatrisation dirigée.

Conclusion: le bourgeonnement à partir de la diploé est une technique simple mais peu connue des neurochirurgiens. Elle doit être vulgarisée pour palier à l'absence de nouvelles techniques de couverture cutanée.

Mots clés: perte de substance cuir chevelu – bourgeonnement diploé

Empalement abdomino-thoracique droit avec lésions pulmonaire, diaphragmatique, hépatique, colique et rénale par un pieu.

Simlawo K¹., Kanassoua K¹., Tchangai B²., Akloa K¹., Egbohoun P³., Gnassingbé K⁴., Songné B¹.

Résumé: l'empalement thoraco-abdominale est une urgence médico-chirurgicale grevée d'une grande mortalité. Leur prise en charge est multidisciplinaire et ne doit souffrir d'aucun retard. Nous rapportons un cas de lésions thoraco-abdominale multiples par empalement chez une patiente de 26ans suite à un accident de circulation routière prise en charge au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio (CHU SO) de Lomé, Togo.

Prise en charge des ictères rétentionnels à Lomé : Aspects Epidémiologiques, Cliniques et Thérapeutiques.

Adabra K, Sambiani Dm, Amavi A.K., Kanassoua K, Alassani, Dosseh Ed

Service de chirurgie digestive du CHU Sylvanus Olympio de Lomé

Objectif: Evaluer la prise en charge des patients présentant un ictère rétentionnel à Lomé.

Méthodologie: Il s'est agi d'une étude rétrospective descriptive portant sur les dossiers des patients hospitalisés pour ictère rétentionnel dans le service de chirurgie digestive du CHU Sylvanus Olympio de Lomé sur une période de 10 ans : de Janvier 2002 à Décembre 2011.

Résultats: Nous avons colligé au total 63 dossiers. L'âge moyen était de 48,34 ans avec une sex-ratio était de 1,25 (28 femmes-35 hommes). L'ictère et les douleurs abdominales étaient les principaux motifs de consultation dans 100% des cas. Un syndrome de cholestase a été retrouvé chez tous les patients. L'échographie et la TDM abdominale ont permis de préciser la nature de l'obstacle responsable de la cholestase dans 93,7% des cas. Les lithiases de la voie biliaire principale ainsi que les tumeurs de la tête du pancréas étaient les principales étiologies. La prise en charge a été principalement chirurgicale et a consisté soit en des dérivations biliaires après ou extraction de calculs, des doubles dérivations bilio-digestive et gastro-jéjunale. Une chimiothérapie adjuvante a été associée en cas d'étiologie tumorale maligne.

Conclusion: Il en ressort que des efforts considérables doivent encore être faits pour une amélioration dans la prise en charge des patients quant-aux moyens diagnostiques, médicaux que chirurgicaux.

Mots-clés: ictère rétentionnel, tumeur, tête du pancréas, voie biliaire principale.

Textilome abdominale révélé par une Fistule entéro-cutanée à propos d'un cas.

Simlawo K¹, Ametitovi E¹, Sambiani D¹, Randolphe², Dosseh E¹.

¹Service de chirurgie générale et digestive du Centre Hospitalier Régional Lomé commune(Togo)

²Service d'anesthésie et de réanimation du Centre Hospitalier Régional Lomé commune(Togo)

Le textilome est une complication postopératoire très rare mais bien connue. Il peut s'agir d'un corps étranger composé de compresse(s) ou champ(s) chirurgicaux laissés au niveau d'un foyer opératoire. La découverte du textilome abdominale est généralement tardive L'anamnèse est donc essentielle pour le diagnostic vu que la clinique n'est pas concluante. La clinique associe des troubles chroniques du transit à des syndromes sub-occlusifs. L'échographie est fiable au diagnostic mais la tomodensitométrie permet un diagnostic topographique précis. Certaines équipes proposent des explorations par IRM. Nous rapportons un cas de textilome abdominale, chez une patiente qui avait bénéficié 04mois auparavant d'une hystérectomie

Profil histo-épidémiologique des cancers colo-rectaux au togo.

T Darré¹, K Amégbor¹, A Bagny², E Sewa³, B Tchangai³, A Sakiye³, F Allasani³, O Bouglouga², AL Lawson² G Napo-Koura¹.

¹ Laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques, CHU Tokoin, Lomé. ² Service d'Hépatogastro-Entérologie, CHU Campus, Lomé. ³ Services de Chirurgie Viscérale, CHU Tokoin de Lomé.

Objectif : le cancer colorectal est de plus en plus fréquent et pose un réel problème de diagnostic et de prise en charge adéquate dans les pays en développement. L'objectif de ce travail était d'étudier les aspects épidémiologiques et histologiques des cancers colorectaux au Togo.

Matériel et méthodes: Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive transversale portant sur des cas de cancers colorectaux observés au Laboratoire d'Anatomie Pathologique du CHU Tokoin sur une période de 10 ans (2003-2012). Les paramètres étudiés étaient la fréquence, l'âge, le sexe, le siège, la nature du prélèvement et le type histologique.

Résultats: nous avons colligé au cours de notre période d'étude 57 cas représentant 2,8% de l'ensemble des cancers. La fréquence annuelle était de 5,7 cas. Le *sex-ratio* était de 1,5. L'âge des patients variait de 22 à 87 ans, avec une moyenne de 46,7 ans. Les prélèvements étudiés étaient constitués de pièces opératoires (47 cas, 82,5%) et de fragments biopsiques (10 cas, 17,5%). Les aspects macroscopiques de ces cancers étaient dominés par les formes végétantes (24 cas, 42,1%), suivis des formes sténosantes (16 cas, 28,7%), et ulcéro-végétantes (7 cas, 12,3%). Ces cancers étaient repartis en adénocarcinomes (52 cas, 91,2%), sarcomes (3 cas, 5,3%) et en lymphomes (2 cas, 3,5%).

Conclusion: Les cancers colorectaux sont relativement rares au Togo, surviennent chez les adultes jeunes, largement dominés par les adénocarcinomes.

Mots clés: cancer, colorectal, épidémiologie, histologie, Togo.

Complications cardiovasculaires per et postopératoires chez le sujet hypertendu

Nya Sah S; Bengono Bengono R; Amengle A.L; Metogo Mbengono J.A; Afane Ela A; Ze Minkande J.

Département de chirurgie et spécialités, FMSB

Introduction: L'hypertension artérielle (HTA) est la pathologie intercurrente la plus fréquente dont souffrent les malades admis en milieu chirurgical en France. Au Cameroun, une étude publiée en 1997 relevait une prévalence de l'HTA en milieu chirurgical de 12,6%. L'instabilité hémodynamique peropératoire est fréquente et constitue le risque principal.

Objectif: évaluer le risque de survenue de complications cardiovasculaires chez le patient hypertendu.

Méthodologie: Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive, réalisée sur une période de 3 mois. Elle concernait les patients hypertendus opérés sous anesthésie générale et locorégionale dans 3 hôpitaux de la ville de Yaoundé: l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique, l'Hôpital Général et l'Hôpital Central de Yaoundé. L'échantillonnage était consécutif et non aléatoire. Les informations étaient collectées sur une fiche technique à partir des dossiers des patients, de la feuille d'anesthésie et des registres des blocs opératoires. Les données étaient analysées à partir des logiciels informatiques de statistiques SPSS. La valeur $P < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative. Le test de student, le test des proportions et le test de fisher étaient utilisés.

Résultats: Soixante et deux patients ont été recrutés. La sédentarité était le facteur de risque cardiovasculaire le

plus fréquent (40%). Les autres facteurs retrouvés étaient le diabète (21%), l'obésité (30,6%) et le surpoids (33%). Seuls 12,9% des patients n'avaient pas de facteur de risque périopératoire. La classe ASA 2 était prédominante (74,2%). L'anesthésie générale a été réalisée dans 71% des cas. Trente et deux patients, soit 51,6% des sujets, avaient été opérés sans être équilibrés. Les complications peropératoires étaient l'hypotension (46,8%), les accès hypertensifs (30,6%) et la tachycardie (32,3%). Lors de la période postopératoire, 19,4% des patients avaient eu une poussée hypertensive. Elle représentait 63,2% de toutes les complications postopératoires. Quatre décès avaient été notés. Aucune complication à type d'ischémie myocardique ou d'infarctus du myocarde n'avait été notée. Le déséquilibre tensionnel préopératoire et l'AG se sont révélés être des facteurs influant sur la survenue de l'instabilité hémodynamique.

Conclusion: La prévalence de l'hypertension en milieu chirurgical est élevée. L'instabilité hémodynamique peropératoire était la principale complication associée à l'hypertension artérielle. Les facteurs de risque étaient le déséquilibre tensionnel préopératoire et l'anesthésie générale.

Mots clés: Complications cardiovasculaires; HTA; périodes per et postopératoire

Résumés des conférences

Anesthésie pour chirurgie du rachis

Amonkou Akpo Antoine

Université Félix Houphouët Boigny-Abidjan

La chirurgie du rachis comporte de très nombreuses interventions, qui posent des problèmes à l'anesthésiste-réanimateur en raison: des pathologies sous-jacentes, de la voie d'abord, de la position per- opératoire et de l'atteinte médullaire parfois associée. La technique anesthésique doit donc être adaptée pour permettre un monitoring médullaire.

Ainsi, l'ensemble de la colonne vertébrale peut être intéressé par la chirurgie (rachis cervical, thoracique lombaire, lombosacré), avec un large éventail de techniques. 4 types de procédures chirurgicales sont généralement réalisés: la décompression (laminectomie, recalibrage, corporectomie), la stabilisation, voire l'arthrodèse (instrumentation, greffe osseuse), la correction par libération, distraction ou greffe, et l'exérèse ou la reconstruction (cas des tumeurs, abcès).

Cinq grandes catégories de pathologies rachidiennes sont concernées par cette chirurgie: traumatique, congénitale et idiopathique (exemple: scoliose), dégénérative (exemple : hernie discale), tumorale (primitive ou métastatique) et plus rarement infectieuse.

Les voies d'abord chirurgicales sont diverses : antérieure, postérieure ou combinée. Elles peuvent nécessiter l'installation des patients en: décubitus dorsal, décubitus ventral, en position genupectorale ou en décubitus latéral.

Les caractéristiques communes à ces interventions rachidiennes sont d'être: de longue durée, hémorragiques, effectuées souvent en décubitus ventral, et de présenter un risque fonctionnel via une atteinte médullaire ou radiculaire ; mais parfois un risque vital en raison de l'hémorragie.

L'évaluation pré- opératoire est axée sur le retentissement cardiopulmonaire de la pathologie rachidienne, la stratégie transfusionnelle et le contrôle des voies aériennes.

La technique anesthésique fait habituellement appel à une narcoanalgésie, visant une hypotension modérée, en ventilation contrôlée. L'anesthésie locorégionale ne peut trouver une indication que pour la cure de la hernie discale lombaire.

L'installation du patient (décubitus ventral ou genu pectoral) doit être minutieuse pour prévenir l'hypotension du retournement et les complications per et post-opératoires. Le monitoring médullaire est une technique sophistiquée, dont la qualité dépend de la technique d'anesthésie.

L'analgésie post- opératoire doit être multimodale et vise une réhabilitation précoce.

Prise en charge des Traumatisés Crâniens modérés et graves: rôle de l'infirmier anesthésiste.

Dr Mapaté SECK, Département Urgences-Anesthésie-Réanimation-Hémodialyse

Hôpital PRINCIPAL de Dakar

Un traumatisme crânien entraîne des atteintes de l'extrémité encéphalique provoquées par le contact brusque (accélération, décélération ou rotation) entre le tissu cérébral et la boîte crânienne avec destruction de cellules ou irrégularité dans le fonctionnement normal du cerveau. Si les traumatismes bénins et modérés sont assez fréquents et entraînent pas ou peu de conséquences, les traumatismes sévères, plus rares, donnent des lésions cérébrales et une prise en charge spécialisée est nécessaire. Les traumatismes crâniens constituent une cause importante de mortalité chez les 15/25 ans ainsi que la principale cause de handicap sévère avant 45 ans. Les principales causes en sont les accidents de la voie publique, les accidents de travail, les accidents de sport ou les accidents par armes à feu. Les points cardinaux de l'évaluation clinique reposent sur : l'anamnèse, l'étude du niveau de conscience (Score de Glasgow), la recherche d'un déficit segmentaire, l'examen des yeux (signe de localisation) et la recherche d'éventuelles lésions associées (polytraumatisme). Cette étape clinique a été transformée par l'imagerie neuroradiologique (tomodensitométrie) qui permet

d'analyser en urgence les lésions traumatiques chez les patients à risques et de surveiller l'évolution anatomique des lésions. Une partie des cas graves décèdent ou gardent un handicap à vie, tandis que les autres se remettent sans trop de séquelles. Le pronostic vital et fonctionnel, s'il est généralement lié à l'importance des lésions initiales, est étroitement dépendant de la précocité de l'alerte donnée et le délai de mise en œuvre du traitement. Ainsi le rôle de l'infirmier dans la prise en charge des traumatisés crâniens est capital et consiste à évaluer l'état clinique initial de façon fiable et rigoureuse, réaliser une surveillance neurologique attentive par des examens répétés, dépister précocement une aggravation et savoir donner l'alerte devant : des troubles de conscience d'installation rapide, l'apparition d'un déficit neurologique (hémiplégie, aphasie), une agitation croissante du patient, des signes d'hypertension intracrânienne, des signes d'engagement, une inégalité pupillaire d'apparition récente, assurer une surveillance péri-opératoire rigoureuse.

Problématique de prise en charge du Crush Syndrome à la phase aiguë chez l'adulte: Définition, Etiopathogénie, Intérêt

P. Hemou¹, H.D. Sama², P. Tchétikè², S. Kutoati³, J. Alawoe⁴, G. Akala-Yoba²

¹. DAR Cochin, France. ². SAR CHU Sylvanus Olympio Lomé Togo. ³. Lille ⁴ Montpellier France
Hôpitaux Universitaires Paris Centre Cochin Pitchakihemouf49@gmail.com

Le crush syndrome constitue une urgence médico-chirurgicale et des catastrophes récurrente et d'actualité, les meilleurs exemples étant issus des séismes, explosions, attentats, effondrements d'immeubles comme celui survenu récemment à Lagos au Nigéria et mettant en exergue tous les problèmes de prise en charge de ce syndrome grave: 10 à 40% de mortalité selon les séries publiées. La gravité tient à l'importance de l'hypovolémie. Le syndrome de revascularisation lors de la décompression par levée de garrot ou post-chirurgicale (fasciotomies, nécrosectomies, voire amputation) peut entraîner un arrêt cardiaque irréversible par hyperkaliémie sur terrain hypovolémique, choqué et à estomac plein ayant pu bénéficier d'une induction à séquence rapide comportant la succinylcholine. Le remplissage précoce (dès le pré-hospitalier) et important (1 à 1,5l/heure hors hypotension) durant les 24 premières heures est le meilleur gage de succès immédiat et ultérieur en restaurant une normovolémie et un débit urinaire de 1 à 2ml/kgheure permettant d'éviter le bicarbonate de sodium pour l'alcalinisation des urines, l'usage de diurétiques comme le furosémide ou le mannitol, voire l'épuration extrarénale (EER) « prophylactique » ou de nécessité en vue d'une alimentation équilibrée.

Le Crush Syndrome se définit comme l'ensemble des manifestations locales et générales secondaires à une rhabdomyolyse traumatique avec ischémie de grosses masses musculaires (avant la 6ème heure) par compression prolongée à l'origine d'un syndrome compartimental ou syndrome des loges. Il est à différencier des rhabdomyolyses non traumatiques, notamment de posture. Rarement isolé, il peut passer inaperçu dans les 24 à 48 premières heures de la phase aiguë d'un traumatisme sévère type polytraumatisé blessé, blasté et brûlé (les 3 B) avec pour principales préoccupations la sauvegarde des grandes détresses vitales au premier plan, elles-mêmes sources d'agression rénale avec hyperkaliémie menaçante. Le syndrome compartimental explique l'importance de l'hypovolémie, de l'acidose et de l'hyperkaliémie résultant de l'insuffisance rénale aiguë myoglobinurique par vasoconstriction ischémique rénale, cytotoxicité directe de la myoglobine précipitant dans les tubules et des radicaux libres

Mots clés: Rhabdomyolyse, Syndrome compartimental, Myoglobinurie, Insuffisance rénale aiguë

Anesthésie pour Urgences neurochirurgicales (hématomes intracrâniens)

Mamadou NDIAYE, Drs Madjiguène KONE MBODJE, Cheikh Tidiane SOUMARE, Guy Joseph LATAME.

Service d'Anesthésie (DARU Hôpital Principal Dakar Sénégal)

Introduction

Les urgences neurochirurgicales céphaliques concernent les traumatismes crâniens et les hématomes non traumatiques. Les traumatismes crâniens graves sont un problème majeur de santé publique en Afrique. Ils sont la première cause de mortalité des sujets de moins de 25 ans. Chez les survivants on observe un nombre élevé de séquelles à type de handicap fonctionnel et d'état de dépendance. L'aggravation progressive de l'examen neurologique, parfois après un intervalle libre (conscience normale à la suite d'une perte de connaissance initiale) signe l'évolutivité de la lésion.

Les hématomes intracérébraux, qu'ils soient dus à la rupture d'une malformation vasculaire ou spontanés, sont fréquemment à l'origine d'une HIC qui conduit à l'indication de leur évacuation en urgence.

L'évacuation chirurgicale est prioritaire et urgente, et prime sur tout acte dont le but ne serait pas de faire

l'hémostase d'une hémorragie active ou de traiter une hypoxémie réfractaire.

I/ Rappels

A/ les déterminants de la pression intracrânienne (PIC)

La boîte crânienne est inextensible et toute augmentation de volume de son contenu conduit, après dépassement des mécanismes physiologiques d'adaptation, à une augmentation de la PIC. Le contenu intracrânien est composé pour 75 à 80 % de parenchyme cérébral, pour 10 à 15 % de liquide céphalorachidien (LCR), et pour 5 % du volume sanguin cérébral.

Le déplacement de LCR représente le seul mécanisme d'adaptation rapide en cas d'augmentation du contenu intracrânien. Le LCR est produit et réabsorbé à raison de 500 mL/24H.

PPC = PAM-PIC

PPC = Pression de perfusion cérébrale, on essaie de la garder > 70 mmHg

PAM = Pression artérielle moyenne

PIC = Pression intracrânienne, normalement chez l'adulte : 5-15 mmHg

B/ Autorégulation du débit sanguin cérébral

La vasoréactivité cérébrale permet au cerveau de conserver un débit constant en fonction de ses besoins en oxygène, même si la PPC varie entre des valeurs qui correspondent à des limites inférieure et supérieure d'adaptation. Les variations de la PPC sont déterminantes. En effet, tant que la boîte osseuse crânienne et la dure-mère ne sont pas ouvertes, le déplacement de la PPC vers la gauche sur le plateau d'autorégulation (entre les valeurs limites) entraîne une vasodilatation artérielle cérébrale afin que le débit soit maintenu. Cette vasodilatation augmente le volume sanguin cérébral et donc la PIC, ce qui diminue davantage la PPC et instaure un cercle vicieux.

Le maintien de la PAM doit donc être un objectif constant.

II/ Conduite de l'anesthésie

A/ Évaluation de l'état neurologique

L'examen clinique neurologique est un point essentiel en préopératoire. Il recherchera en particulier en fonction du contexte : la présence de signes d'hypertension intracrânienne (céphalées, nausées et vomissements, troubles de la conscience), la présence d'un syndrome méningé, l'existence de déficits neurologiques sensitifs et/ou moteurs. L'évaluation de la toux et la recherche de troubles de la déglutition, particulièrement fréquents en cas de lésion de la fosse postérieure et de troubles de la conscience, sont indispensables.

B/ Choix de la technique d'anesthésie et stratégie postopératoire

La prémédication est contre-indiquée dans les contextes d'HIC. Une *antibioprophylaxie* est nécessaire avant toute craniotomie (céfazoline 2 g, ou vancomycine 15 mg/kg). Les plaies craniocérébrales justifient une antibiothérapie (Péni A + IB).

La *position* proclive et la rectitude de l'axe tête-tronc favorisent le maintien du retour veineux, et préviennent l'augmentation de la PIC.

Le choix de la technique d'induction anesthésique est fonction de l'existence d'un estomac plein et d'une HIC. Une séquence rapide conforme aux recommandations utilisant la célocurine s'impose dans le premier cas. La présence d'une HIC impose l'utilisation d'un curare pour l'intubation afin d'éviter les réactions motrices, une analgésie profonde permet d'éviter l'hypertension artérielle notamment en cas de malformation vasculaire, et la prise en charge des effets hypotenseurs du narcotique intraveineux choisi est essentielle (étomidate, propofol, ou penthotal).

Le choix pour l'entretien de l'anesthésie est dicté par deux éléments : la prévision d'un réveil

précoce ou différé et l'existence ou non d'une HIC préopératoire. Les anesthésiques utilisés doivent diminuer la CMRO₂, diminuer la PIC, et maintenir la PPC. Ils

doivent garantir une excellente stabilité hémodynamique quel que soit le stimulus chirurgical, préserver l'autorégulation cérébrale et la réactivité au CO₂. Un effet antiépileptique est bénéfique.

L'existence d'une HIC contre-indique l'utilisation du protoxyde d'azote.

Le monitoring du patient doit permettre de surveiller la prise en charge des facteurs d'agression cérébrale secondaire d'origine systémique. La surveillance invasive continue de la PAM, le monitoring de la température centrale, de la SaO₂ et de l'ETCO₂, sont essentiels. Le contrôle régulier de la glycémie et de l'hémoglobine est justifié.

Le réveil précoce doit être réalisé si l'état neurologique du patient le permet. Différer le réveil n'a pas montré apporter de bénéfice quant à la survenue des trois principales complications postopératoires : l'œdème, l'hématome, l'épilepsie.

Conclusion

L'objectif de l'anesthésie pour le traitement des urgences neurochirurgicales céphaliques est donc de conserver un débit sanguin cérébral adéquat à la consommation cérébrale en oxygène afin d'éviter l'ischémie. Il s'agit donc de préserver les déterminants de la perfusion et de l'oxygénation cérébrale tout en réduisant la demande.