S A R M

LIVRE DES RESUMES

Dixième Anniversaire de la Société d'Anesthésie-Réanimation de Madagascar Huitième Congrès National

Antananarivo, les 26 et 27 septembre 2019 - Hôtel Le Panorama.

Les mots du Président :

C'est pour nous un énorme plaisir de vous accueillir à ce huitième Congrès de la Société d'Anesthésie et de Réanimation de Madagascar (SARM). Nous vous saluons à la lune, dissipatrice des ténèbres, nous nous souhaitons une journée remplie de joie, de forces pour la réalisation de ce congrès.

La SARM est fondée en 2008, elle regroupe tous les médecins travaillant dans les domaines d'anesthésie, de réanimation et de médecine d'urgence. Il s'agit d'une Société apolitique et à but non lucratif.

Avoir l'honneur et le privilège d'être le président de la SARM nous rend redevable vis-à-vis de tous ses membres, nous espérons durant tout notre mandat répondre à leur confiance.

Le métier d'anesthésiste-réanimateur est sans conteste celui qui procure le plus de satisfaction, le plus de joie et de contentement à celui qui accomplit sa tâche avec amour. Nous avons sans aucun doute omis d'ajouter le sentiment de fierté que peut ressentir un médecin anesthésiste-réanimateur qui accomplit son devoir avec amour et abnégation.

En organisant son huitième congrès, marquant son Dixième Anniversaire, la Société d'Anesthésie et de Réanimation de Madagascar apporte aujourd'hui la preuve de sa maturité scientifique, de son savoir et de son savoir faire, de la capacité de recherche dont elle peut se targuer à juste titre auprès des autres sociétés savantes aux échelons national et international. Nos recherches évoluent dans un champ d'action très vaste qui va de la douleur vers l'anesthésie, du milieu pédiatrique, gynéco-obstétrique vers le milieu adulte.

Pour notre part, nous souhaitons une réussite totale à cette manifestation scientifique de très haut niveau qui a connu la participation de tous les médecins anesthésistes réanimateurs de Madagascar.

Par ailleurs, il convient de rappeler, en toute connaissance, de cause les efforts déployés par tous les Membres de la SARM, au niveau des préparatifs, de la logistique, de l'organisation et du déroulement de ce grand rendez - vous médical afin d'assurer à ce huitième congrès d'anesthésie-réanimation une réussite méritée. Merci chers amis et chers collègues.

Pr RAVELOSON Nasolotsiry E. Président de la SARM



Histoires de l'anesthésie et de réanimation dans le Monde et à Madagascar

Pr RAVELOSON Nasolotsiry E.
Professeur Titulaire en Anesthésie-Réanimation,
Faculté de Médecine d'Antananarivo

Le terme anesthésie provient des racines grecques an (privé) et aïsthêsis (sensibilité). Nous pourrons prétendre que la première anesthésie de l'histoire fut délivrée par Dieu à Adam lorsque Dieu a créé Eve. Mais scientifiquement, l'anesthésie a réellement ses propres histoires. Selon l'historien Grec Hérodote d'Halicarnasse entre 430 et 424 avant Jésus Christ, le premier anesthésique utilisé fut la vapeur de chanvre brulée dans une chambre close et inhalée par la suite. Plus tard, on eut plusieurs découvertes, le vin de la mandragore par Discorde, les anodines pilules par brassage du pavot mélangé à du vin par Celses, l'association de la mandragore et l'alcool par Galien. Avicenne a reconnu que l'opium est le plus puissant stupéfiant et en 1275, Lullius a découvert un doux vitriol : l'éther. Valerius Cordus a fait la synthèse de l'éther en composé d'éthoxyéthane en 1540, ce dernier est utilisé en inhalation ou avalé. Morton est l'inventeur du « Letheon », un inhalateur pour délivrer l'éther. La première anesthésie par chloroforme fut faite par Oliver Wendell Holmes en 1847 et fut développée comme pratique médicale à part entière par deux Anglais Joseph Clover et John Snow. L'anesthésie en tant que discipline était née après son administration pour une analgésie à la Reine Victoria en 1853 pour la naissance du Prince Leopold. En 1877, il y avait l'invention d'un inhalateur régulateur d'éther portable par Clover qui était utilisé jusqu'en 1960. Le chloroforme était abandonné au profit de l'éther et cédait la place au protoxyde d'azote, d'un composé fluoré, de l'halothane dans les années 80.

La première tentative d'anesthésie IV fut en 1872 par Cyprien. En 1903, on a découvert l'effet hypnotique de « Veronal ». L'Evipan fut le premier barbiturique intraveineux et le premier supplanté par le Thiopental après la guerre en France, ce dernier était utilisé pour la première fois en 1934 par Lundry et plus tard d'autres nouveaux agents anesthésiques étaient appa-

que intraveineux et le premier supplanté par le Thiopental après la guerre en France, ce dernier était utilisé pour la première fois en 1934 par Lundry et plus tard d'autres nouveaux agents anesthésiques étaient apparus à partir des années 1980.

C'était en 1985 qu'on pratiquait la première ALR sous cocaïne; sa toxicité a stimulé la recherche des nouveaux anesthésiques locaux, de benzocaïne en 1890 jusqu'à la l'étidocaïne en 1972, puis la lidocaïne et la ropivacaïne. La rachianesthésie et l'APD se développèrent à partir du XIX è siècle sous l'impulsion d'August Bier.

Après la seconde guerre mondiale, l'anesthésie devient une discipline médicale autonome, à laquelle est adjointe la réanimation.

A Madagascar, l'anesthésie réanimation est passée par différentes étapes; de la phase de totale dépendance à la phase d'autonomie. Jusqu'en 1960, l'anesthésie fut administrée par des médecins et des infirmiers anesthésistes français avec les aides de collaborateurs malagasy. Les chirurgies furent surtout réali-

sées à l'Hôpital de Befelatanana et à l'Hôpital Girard et Robic sous anesthésie générale. La deuxième étape commence à partir de l'indépendance, elle est marquée par l'absence de spécialistes en anesthésie. L'anesthésie réanimation était confiée à des chirurgiens malagasy qui avaient la responsabilité des formations théoriques et pratiques des infirmiers aide-anesthésistes. Plus tard, ils furent relayés par un médecin anesthésiste-réanimateur Malagasy diplômé de Marseille et un deuxième diplômé de Bordeaux. On pratiqua non seulement l'anesthésie générale mais également l'ALR. La formation en réanimation était prodiguée par les services des opérés (SOP 1 et SOP2). A partir de l'année 1993, il y avait des formation de médecins anesthésiste-réanimateurs à la Faculté de Médecine d'Antananarivo (CES, Internat Qualifiant pour DEFS, DUAR ..). À partir de 1978, il y avait également la formation des infirmiers anesthésistes issus des instituts publics et privés. Actuellement, la discipline anesthésie-réanimation dispose des professeurs, des chefs de cliniques, des spécialistes, des infirmiers diplômés en licence et en master en anesthésie-réanimation.



Rev. Anesth.-Réanim. Med. Urg. Toxicol. 2019; 11(Suppl. 1): S1-S31.

ENSEIGNEMENTS POST - UNIVERSITAIRES

Le remplissage vasculaire en réanimation

Pr Rajaonera AT

Professeur Agrégé d'Énseignement Supérieur et de Recherche en Anesthésie-Réanimation. Faculté de Médecine d'Antananarivo. Service de Réanimation Chirurgicale, CHU JRA

La stratégie liquidienne est un défi quasi permanent chez le patient en réanimation. Un déficit liquidien peut limiter le transport en oxygène aux tissus, tandis qu'un excès liquidien aboutit à l'œdème tissulaire; les deux peuvent contribuer au développement de défaillances multi-organiques et au décès. Les besoins liquidiens se rencontrent essentiellement dans deux situations:

- une hypovolémie absolue, généralement liée à des pertes hémorragiques ou non (diarrhées profuses, brûlures, pertes insensibles non compensées), soit à une combinaison des deux (postopératoire),
- une hypovolémie relative est généralement associée à une réaction inflammatoire importante. Les altérations de la perméabilité capillaire, systémique et pulmonaire, entraînent une sortie de liquides vers l'interstitium. Dans le même temps, les médiateurs inflammatoires entraînent aussi une vasodilatation artérielle. Le remplissage vasculaire augmente le retour veineux et donc le débit cardiaque. La variation de la fréquence cardiaque est multifactorielle et ne reflète pas uniquement l'état volémique du patient (douleur, traitement...).

Le choix du soluté de remplissage se fait entre les cristalloïdes et les colloïdes. Il n'y a pas de type parfait de liquides intraveineux, car chacun a ses défauts. Chaque soluté de remplissage à des indications propres, des avantages et des limitations. La conduite optimale du remplissage nécessite un monitorage le plus souvent invasif. La prise de décision du remplissage, comme du choix du soluté doit s'établir sur des connaissances physiopathologiques solides. Le remplissage vasculaire est un traitement à part entière qui présente des bénéfices et des effets secondaires comme tout médicament. L'expansion volémique répond à des critères précis: — quelles indications? — quels objectifs? — quel soluté? — quelle quantité?

Mots clés: Indications, Réanimation, Remplissage vasculaire.

Bibliographie:

- Vincent JL. Stratégie liquidienne chez le malade grave. MAPAR 2016. 149-153.
- 2. Rabechault F, Bart F. Le remplissage vasculaire. Urgences 2015. 124.1-9.

Afflux massif de blessés aux urgences

Pr Rakotoarison RCN

Professeur Agrégé d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Anesthésie - Réanimation. Faculté de Médecine d'Antananarivo. Service Accueil-Triage-Urgences et Réanimation des Urgences.

Actuellement, la plupart des Services des Urgences

ont des activités habituelles près du maximum de ses capacités. Toutefois, des situations sanitaires exceptionnelles comme l'afflux massif des blessés au sein de ces derniers peuvent encore se rajouter. A Madagascar, ces afflux massifs de blessés aux urgences sont surtout dus à des catastrophes à effet limité comme les accidents routiers collectifs, les bousculades lors d'un évènement festif, d'attentat ou de fusillade ...

Aussi, l'établissement de soins devra donc accueillir les victimes, les traiter, se protéger et réorganiser ses activités quotidiennes plus celles de la situation de catastrophe. Une préparation préventive des hôpitaux à la gestion de cet afflux par l'élaboration et la mise en place d'un plan blanc doit être obligatoire, comme dans les pays développés. Ce plan de réorganisation doit anticiper : son déclenchement, les membres et les buts d'une cellule de crise, le renfort des ressources humaines, la prise en charge de l'accueil aux urgences dont la pierre angulaire étant le tri, les soins d'urgences collectives jusqu'à l'hospitalisation dans d'autre service, l'environnement technique hospitalier, la logistique, l'information et la communication.

Mots clés: Evénements avec afflux massif de victimes, Urgences.

Prise en charge des polytraumatisés aux urgences

Randrianirina HH Université de Mahajanga.

Aux urgences, accueillir un patient polytraumatisé c'est toujours un défi pour les praticiens car la mortalité immédiate est particulièrement élevée.

Le maillon incontournable de la prise en charge est le respect de l'algorithme décisionnel afin d'optimiser au maximum l'état du blessé et dont la correction et la stabilisation d'une ou plusieurs fonction vitale constituent l'objectif principal. Cet algorithme est basé sur la variation de l'état hémodynamique du blessé qui va conditionner les mesures thérapeutiques dans l'immédiat.

Ainsi, le bilan lésionnel initial doit être réalisé dans un plus bref délai, sans retarder la prise en charge globale, et l'échographie constitue l'examen clé aux urgences car elle est facilement réalisable et conduit à une décision urgente et pertinente (1).

La gestion d'un saignement extériorisé ou non (transfusion, anti-fibrinolytique, hémostase chirurgicale ou par radiologie interventionnelle) ainsi que de ses complications est primordiale dans ce contexte car le choc hémorragique est responsable d'une mortalité de 50% dans les premières heures qui suivent l'admission, ainsi contrôler l'hémorragie réduit significativement la mortalité évitable (2).

D'autre part, une bonne organisation du service ainsi que l'application des procédures bien définies pour chaque personnel soignant, sous la coordination d'un « trauma leader » améliorent la qualité des soins.

Mots clés: Polytraumatisme, Urgences.

Bibliographies:

- 1. Stengel D, Leisterer J, Ferrada P, Ekkernkamp A, Mutze S, Hoenning A. Point-of-care ultrasonography for diagnosing thoracoabdominal injuries in patients with blunt trauma. Cochrane Database Syst Rev. 2018;12:CD012669.
- Rossaint et al. The european guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fourh edition. Critical care (2016). 20:100.

L'échographie clinique en médecine d'urgence pour la prise en charge des polytraumatisés.

RASAMIMANANA NG Université de Mahajanga

Cette présentation a pour objectifs de décrire l'intérêt de l'échographie clinique en médecine d'urgence chez le polytraumatisé et de sensibiliser les médecins et internes des services concernés à sa pratique à Madagascar.

L'échographie au point d'intervention ou POCUS ou point of care ultrason est pratiquée par les professionnels de santé à l'endroit des soins au chevet du patient notamment en médecine pré-hospitalière, les services d'urgence et en réanimation dont les objectifs seraient d'évaluer l'état du patient, de poser rapidement le diagnostic et d'adapter le traitement afin de mieux contrôler tous les paramètres vitaux. Cette pratique est complémentaire aux compétences des cliniciens, toutefois n'aboutit pas à une spécialisation en échographie.

Le FAST (Focus assessment with sonography in trauma) et son modèle amélioré e-Fast (extended Fast) pratiqués pour les traumatisés permettent d'évaluer le péricarde, les quadrants supérieurs droit et gauche de l'abdomen, le douglas aussi bien l'examen du thorax à la recherche d'un pneumothorax et d'un hémothorax. L'échographie clinique en médecine d'urgence s'étend à l'échographie cardiaque ciblée ainsi qu'à l'échographie thoracique pour une évaluation plus pertinente de l'état hémodynamique du patient.

Mots-clés: Echographie-Médecine d'urgence-

polytraumatisé-hémodynamique

Bibliographies:

- 1. Duchenne J, Martinez M, Rothmann C, Claret PG, Desclefs JP, Vaux J et al. Premier niveau de compétence pour l'échographie clinique en médecine d'urgence. Recommandations de la Société française de médecine d'urgence par consensus formalisé. Ann Fr Med Urgence; 2016:1-21.
- 2. Whitson R, Mayo H. Ultrasonography in the emergency department. Critical Care 2016;20:227.

Damage control

Razafimanjato NNM, Ravelomihary TD, Randriamizao HMR, Ravoatrarilandy M, Rajaonera AT, Rakotovao HJL

CHU JR Andrianavalona, Univerité d'Antananarivo

L'objectif, de cette présentation est d'apporter une synthèse des articles pour décliner le concept de damage control (DC) au-delà des urgences traumatologiques adultes en insistant sur les implications des spécificités physiopathologiques sur la prise en charge dans la pratique civile au sein des structures à ressources limitées.

Dans les grands principes, le damage control chirurgical appliqué dans la prise en charge des pathologies non traumatiques et des populations pédiatriques utilisent les mêmes concepts et techniques que chez les polytraumatisés graves, malgré la rareté de la littérature. L'optimisation de la prise en charge du choc hémorragique singulièrement la lutte contre la coagulopathie et la détresse respiratoire aigue restent au centre des préoccupations des chirurgiens et des anesthésistes réanimateurs.

Un contexte psycho-émotionnel très particulier et un dilemme philosophique très complexe entre le juste et le bien sont rencontrés par les cliniciens et impose également une organisation militaire assez spécifique pour une meilleure prise en charge des patients

Mots clés: Acidose, Chirurgie écourtée, Damage control, Traumatisme, Choc hémorragique, Coagulopathie.



Les urgences malformatives du nouveau-né

Raherison AR, Andriamanarivo RC, Hunald FA, Andriamanarivo ML

USFR Chirurgie Pédiatrique CHU-JRA Université d'Antananarivo

Les malformations digestives du nouveau-né menacent le pronostic vital à court terme pour la plupart, et nécessitent une prise en charge chirurgicale urgente. Les malformations associées viennent ajouter leur gravité à celle de la malformation digestive. La possibilité de diagnostic anténatal permet la planification de la prise en charge dès la naissance.

Cet exposé va permettre aux auditeurs de connaître les signes prénataux pouvant orienter vers une malformation digestive, de savoir les signes cliniques et paracliniques à la naissance, et de maîtriser la mise en condition du bébé avant la chirurgie.

L'atrésie de l'œsophage doit être suspectée en prénatal en présence d'un hydramnios, d'un petit estomac et de la non visualisation de l'œsophage à l'échographie. A la naissance, le diagnostic doit se faire lors de l'aspiration oro-digestive du nouveau-né. La sonde butte à 10-12 cm de l'arcade alvéolaire. Une fois le diagnostic confirmé par la radiographie du thorax, il faut proscrire l'alimentation orale, lutter contre le passage de la salive et/ou du liquide gastrique dans la trachée, réchauffer le bébé et mettre une voie veineuse.

L'atrésie duodénale et dugrêle est à rechercher devant la découverte prénatale d'hydramnios associé à une distension gastrique. Tout vomissement bilieux du nouveau-né doit est une occlusion haute jusqu'à preuve du contraire. L'image radiographique en double bulle gastroduodénale est évocatrice. L'absence d'aération d'aval signe le caractère complet de l'atrésie. La mise en place d'une sonde naso-gastrique soulage la distension gastroduodénale et prévient l'inhalation.

Les malformations ano-recales, la maladie de Hirschsprung, l'atrésie colique donnent un tableau classique d'occlusion basse. La vérification de la présence d'un anus perméable et la surveillance de l'émission de méconium font partie intégrante de l'examen clinique de tout nouveau-né.

Mots clés: Atrésie de l'œsophage, Atrésie intestinale, Hydramnios, Malformation anorectale, Nouveau-né, Occlusion intestinale.

Bibliographies:

- 1. N. Aloui Kasbi , I. Bellagha, A. Hammou. Occlusion néonatale. Apport de l'imagerie. J Ped Pueri , 2003, 17: 112-0
- 2. E.M. Musapudi, D.T. Mujinga, G.N. Ilunga. Occlusion néonatale par diaphragme duodénale : à propos d'un cas. Pan Afr Med J. 2016; 25: 85
- 3. P. Lagausie. Prise en charge et traitement de l'atrésie de l'œsophage de type I. e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2009, 8 (1) : 44-494. C. Piolat. Atrésie de l'œsophage (AO) Malformations assoc
- 4. iées et éléments du pronostic. http://www.college-

chirped.fr, 2013

- 5. P. Bhargava, J. K. Mahajan, A. Kumar. Anorectal malformations in children. J Indian Assoc Pediatr Surg, Jul-Sept 2006, 11:136-9
- 6. B.Bachy. Les occlusions néonatalesLes occlusions néonatales. www.sofop.org, 2007

Apports hydro-électrolytiques péri-opératoires chez l'enfant

Randriamizao HMR¹,
Rakotondrainibe A¹, Rajaonera AT¹, Raveloson NE².

¹Service de Réanimation Chirurgicale, CHU JRA,

²Service de Réanimation Médicale, CHU JRB,
Faculté de Médecine d'Antananarivo

Université d'Antananrivo

La période péri-opératoire est une période agressive chez l'enfant. Ce dernier étant plus sensible que l'adulte par rapport aux variations hydro-électrolytiques liées au jeûne pré-opératoire et au type d'intervention. Il est ainsi nécessaire de connaître les principes d'équilibre hydro-électrolytique spécifique à l'enfant.

Parce que l'enfant n'est pas un adulte miniature, les besoins diffèrent selon l'âge et sont d'autant plus importants que l'enfant est jeune. La connaissance de la physiologie de l'enfant tient alors une place prépondérante Les priorités varieront ainsi selon l'âge, comme par exemple, chez le nouveau-né où il est essentiel de fournir les apports énergétiques de base tout en évitant les troubles glycémiques et natrémiques.

Il est également essentiel de considérer l'insuffisance d'apport liée au jeûne et aux pertes insensibles qu'il faut en tout point corriger. De plus, pour éviter toute complication liée à ces apports hydroélectrolytiques, connaitre les différents dispositifs d'administration des solutés selon les caractéristiques de l'enfant est aussi important. Il est essentiel de retenir en péri-opératoire, les apports périopératoires hydriques qui sont basés sur la règle de Berry en per opératoire et la règle des 4-2-1 de Segar et Holliday en postopératoire.

En somme, les apports hydro-électrolytiques périopératoires chez l'enfant n'est pas un acte irraisonné, identique pour chaque enfant. Ceux-ci doivent être maitrisés pour ne pas accroitre la morbi-mortalité périopératoire.

Mots clés: Pédiatrie, Période périopératoire, Traitement par apport liquidien.

Bibliographies:

- 1. Brouh Y, Paut O, Tsimaratos M, Camboulives J. Les hyponatrémies postopératoires de l'enfant: physiopathologie, diagnostic et traitement. Ann Fr Anesth Réanim 2004; 23(1): 39-49.
- 2. Sümpelmann R, Becke K, Brenner S. Perioperative intravenous fluid therapy in children: guidelines from the Association of the Scientific Medical Societies in Germany. Paediatr Anaesth. 2017;27(1):10-18.

Prise en charge des voies aériennes supérieures en pédiatrie

Randriamizao HMR, Rajaonera AT, Rakotoarison RCN, Raveloson NE

Service de Réanimation Chirurgicale, CHU JRA,

Service de Réanimation Médicale, CHU JRB,
Faculté de Médecine d'Antananarivo
Université d'Antananarivo

Gérer les voies aériennes supérieures (VAS) de l'enfant en anesthésie et/ou réanimation nécessite non seulement une bonne technicité, mais également une parfaite connaissance des particularités physiologiques et anatomiques liées à l'âge. Parce que la majeure partie des incidents périopératoires chez l'enfant sont d'origine respiratoire, l'anesthésiste-réanimateur se doit de maîtriser le matériel adapté à l'âge et au poids de l'enfant, du matériel dédié à l'intubation difficile doit être disponible et un algorithme d'intubation difficile doit être défini pour ne pas encourir de surrisque.

Des recommandations spécifiques au milieu pédiatriques ont été publiées et se doivent d'être connues, d'autant plus que les nombreuses données sur la gestion des VAS de l'adulte sont souvent extrapolées chez l'enfant.

Aborder le thème de la gestion des VAS chez l'enfant sera ainsi déterminé par les recommandations d'utilisation des dispositifs supra-glottiques et des sondes d'intubation, de l'intubation et de l'extubation ainsi que de la gestion de l'intubation difficile chez l'enfant.

Ainsi, il ne faut pas négliger l'importance de cette gestion des VAS chez l'enfant, ceci afin de diminuer la morbi-mortalité respiratoire surtout lors de l'anesthésie des enfants.

Mots clés : Pédiatrie, Prise en charge des voies aériennes.

Bibliographies :

- 1. Streiff A, Chimhundu-Sithole T, Evans F. Gestion des voies aériennes difficiles en pédiatrie dans un millieu à ressources élevées versus basses : Comparaison des algorithmes et des chariots pour airways difficiles. Tutoriel 399 de la WFSA, Disponible en ligne: https://www.wfsahq.org/components/com_virtual_library/media/bd33726d50079e3195a89b59948765ef-atow-399-00-converted--1-.pdf
- 2. Beaujard C. Staiti G. Gestion des voies aériennes chez le nourrisson et l'enfant. Le praticien en anesthésie réanimation 2013;17(4):187-93.
- Dadure C, Sabourdin N, Veyckemans F et al. Recommandations formalisées d'experts. Gestion des voies aériennes de l'enfant. RFE communes SFAR – ADARPEF 2018.

Parcours des accidents vasculaires cérébraux. Que faire ?

Ramarolahy ARN, Rajaonera AT, Rakotoarison RCN, Raveloson NE

¹Service de Réanimation Chirurgicale, CHU JRA, ²Service de Réanimation Médicale, CHU JRB, Faculté de Médecine d'Antananarivo Université d'Antananarivo

Notre objectif est de déterminer le parcours des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et d'établir un circuit standard de sa prise en charge

L'accident vasculaire cérébral (AVC) constitue une cause importante de mortalité et d'handicap chez l'adulte. C'est le premier motif de consultation médicale dans les services d'urgences des grands hôpitaux à Madagascar. Parmi les nombreuses étiologies des AVC, l'hypertension artérielle (HTA) constitue le principal facteur de risque (FDR).

Des nombreuses équipes ont déjà essayé de dresser de protocole avec le parcours de soins pour une meilleure prise en charge des AVC dont la discussion multidisciplinaire est nécessaire. La connaissance de centres qui peuvent prendre en charge sur place l'AVC est importante dans circuit de prise en charge des AVC

Nous voulons essayer de mettre un protocole standard de parcours de prise en charge des AVC, depuis l'installation des signes d'alerte d'AVC jusqu'à la sortie du patient du service de Réanimation médicale au Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravohangy Andrianavalona (CHU-JRA) à Antananarivo.

Actuellement, nous ne possédons pas encore d'Unité neurovasculaire (UNV).

Mots clés : Accident vasculaire cérébral, Admission du patient.



Dix ans d'études concernant l'accident vasculaire cérébral à Madagascar (2008 – 2018). Quelles implications pour la prise en charge ?

Rakotomavo FA, Raveloson NE USFR Soins intensifs et réanimation médicale, CHU JRB.
Université d'Antananarivo.

L'accident vasculaire cérébral (AVC) constitue un véritable problème de santé publique. L'analyse des données concernant cette pathologie à Madagascar au cours des dernières années permettrait de définir les priorités et les grandes lignes de la prise en charge réalisable dans notre pays.

Il s'agit d'une revue des différentes études concernant l'AVC, réalisées à Madagascar au cours de la période 2008 – 2018, et dont les données pourraient avoir des implications sur la prise en charge. Une recherche sur PubMed, Scopus, Web of science, Google scholar, thèses malgaches en ligne, a été effectuée. Les résumés des congrès malgaches ont aussi été considérés.

Au total, 32 études ont été examinées. Une connaissance insuffisante des facteurs de risque et des symptômes de la maladie a été notée auprès de la population générale. Une disparité des connaissances et des pratiques était observée au sein des médecins de ville et des praticiens au niveau des services des urgences. Aucun des patients avec AVC n'était éligible à la thrombolyse du fait de l'obtention du scanner au-delà

du délai de 4h30mn. La présence d'un score de NIHSS élevé, d'un score de Glasgow bas, la survenue d'agressions cérébrales secondaires d'origine systémique (ACSOS), de complications secondaires étaient notamment associés à un mauvais pronostic. Contrairement à cela, une bonne gestion de la pression artérielle à la phase aigue était associée à une bonne évolution. Une bonne évolution dans l'ensemble était notée chez les patients avec AVC hémorragique qui ont bénéficié d'une intervention chirurgicale.

Une amélioration du délai d'admission des malades s'avère nécessaire passant par une bonne information de la population et une harmonisation des connaissances et des pratiques chez les médecins de ville. Une protocolisation de la prise en charge à la phase aiguë considérant les facteurs pronostiques identifiés, est aussi tante

Mots-clés: Accident vasculaire cérébral, Agression cérébrale secondaire d'origine systémique, Pression artérielle, Prise en charge, Thrombolyse.

Bibliographies:

- 1. GBĎ 2016 Stroke collaborators. Global, regional, and national burden of stroke, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 Lancet Neurol 2019; 18: 439–58
- 2. Stenumgard PS et al. Stroke in a resource-constrained hospital in Madagascar. BMC Res Notes 2017; 10:307



La réhabilitation améliorée après chirurgie : Incontournable en 2019.

Rakotondrainibe A¹,
RakotoarisonRCN¹, Rajaonera AT¹, Riel A², Raveloson NE³

¹CHU JRA, Université d'Antananarivo

²CHU de Toliara, Université de Toliara

³CHU JRB, Université d'Antananarivo

Dans le but d'obtenir une récupération rapide des patients opérés, le concept de réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC), ou *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) a été initialement introduit par Kehlet et Wilmore dans la dernière décennie du XXème siècle, sous le terme de *fast track surgery*. Ce dernier mettait en évidence le rôle de l'antalgie postopératoire, de la motilité intestinale et de la mobilisation précoce afin d'atténuer la réponse catabolique au stress chirurgical. L'emploi du terme RAAC ou ERAS a succédé à la dénomination de *fast track*, mettant mieux en exergue le but principal qui est l'amélioration de la récupération postopératoire et non uniquement sa rapidité.

Au début, centrée sur les chirurgies colorectales, du fait du retard de récupération et de la durée prolongée du séjour hospitalier attribués à des raisons multifactorielles, l'extension de la RAAC a été observée dans d'autres domaines (chirurgie hépatique, pancréatique voire dans les autres types de chirurgie : cardiaque, urologique, traumato-orthopédique, etc...).

Cette réhabilitation améliorée consiste en une prise en charge péri-opératoire standardisée et multidisciplinaire qui a pour but la réduction du stress chirurgical et le maintien de l'homéostasie. Ce concept est basé sur un ensemble de soins péri-opératoires englobant des stratégies multimodales fondées sur des preuves à chaque étape des soins péri-opératoires. Les éléments-clés de ces stratégies consistent en une information préopératoire dédiée du patient, une gestion de l'apport hydrique visant une euvolémie, une antalgie postopératoire efficace visant une épargne morphinique, une prévention active de l'iléus et des nausées et vomissements postopératoires, ainsi qu'une nutrition et une mobilisation précoce.

La mise en œuvre réussie du protocole ERAS nécessite une bonne coordination multi-disciplinaire pendant la période péri-opératoire. Le médecin anesthésiste réanimateur joue un rôle important en guidant et en surveillant certains éléments tels que la sélection et l'optimisation des patients préopératoires, le choix du schéma anesthésique, la gestion des fluides et de la douleur et ainsi faciliter et combler le fossé entre les soins pré et postopératoires.

Ainsi, la RAAC est incontournable actuellement. Des protocoles bien édifiés devraient être instaurés pour que celle-ci soit appliquée autant que possible. Son succès nécessite une approche globale et multidisciplinaire faisant intervenir aussi bien les chirurgiens que les anesthésistes, les infirmiers, les physiothérapeutes, et surtout les patients eux-mêmes.

Mots clés: Chirurgie, Période péri-opératoire, Période postopératoire, Récupération fonctionnelle.

Bibliographie:

1. Roulin D, Blanc C, Demartines N, Hübner M. Réhabilita-

- tion améliorée après chirurgie L'ère de la prise en charge optimale du patient chirurgical. Rev Med Suisse 2014:10:1343-7.
- 2. Parks L, Routt M, De Villiers A. Enhanced Recovery After Surgery. J Adv Pract Oncol 2018;9(5):511–519.
- 3. Sandrucci S, Beets G, Braga M, Dejong K, Demartines N. Perioperative nutrition and enhanced recovery after surgery in gastrointestinal cancer patients. A position paper by the ESSO task force in collaboration with the ERAS society (ERAS coalition). Eur J Surg Oncol. 2018;44 (4):509-514.
- 4. Kaye AD, Urman RD, Rappaport Y, et al. Multimodal analgesia as an essential part of enhanced recovery protocols in the ambulatory settings. J Anaesthesiol Clin Pharmacol. 2019;35(Suppl 1):S40–S45.
- 5. Moningi S, Patki A, Padhy N, Ramachandran G. Enhanced recovery after surgery: An anesthesiologist's perspective. J Anaesthesiol Clin Pharmacol. 2019;35(Suppl 1): S5–S13.

Anesthésie neuraxiale : quelles pratiques en 2019 ?

Razafindrabekoto LDE¹, Riel A², Rajaonera AT³

¹Centre Hospitalier Universitaire Andrainjato,
Université de Fianarantsoa

²Centre Hospitalier Universitaire Tanambao, Toliara

³CHU JRA, Université d'Antananarivo

L'anesthésie neuraxiale est une technique d'anesthésie locorégionale qui consiste à injecter un produit anesthésique local dans le liquide céphalo-rachidien (anesthésie rachidienne ou rachianesthésie) ou dans l'espace péridural (anesthésie péridurale) ou dans les deux espaces (rachi-péridurale combinée). Elle est surtout indiquée dans les chirurgies abdominales basses et dans les chirurgies des membres inférieurs. Par ailleurs, l'anesthésie péridurale peut être utilisée à visée anesthésique et/ou analgésique dans les chirurgies thoraciques. L'anesthésie neuraxiale est réalisée seule ou en association avec une anesthésie générale. Elle permet d'écarter les risques liés à l'anesthésie générale. D'autre part, cette technique anesthésique permet de prolonger l'analgésie en postopératoire notamment l'anesthésie péridurale et la rachi-péridurale combinée.

Malgré les bénéfices apportés par cette pratique anesthésique, des contre-indications persistent. Elles peuvent être absolues ou relatives et sont surtout représentées par le refus du patient, les troubles de l'hémostase, l'infection au site de ponction, l'hypovolémie, l'hypertension intracrânienne, une affection neurologique, l'anomalie du rachis, l'allergie aux anesthésiques locaux [1]. L'anesthésie neuraxiale est une technique anesthésique fiable. Toutefois, des complications peuvent survenir en per ou postopératoire. Les plus fréquentes sont les douleurs fugaces dans le dos ou les membres inférieurs lors de la ponction et la chute tensionnelle qui peut être corrigée rapidement par injection de vasopresseur comme l'éphédrine [2]. D'autres complications telles que l'injection intravasculaire et les lésions nerveuses peuvent être prévenues si les règles de sécurité en anesthésie locorégionale sont respectées. Les complications imprévisibles comme l'allergie sont extrêmement rares.

Mots-clés: Anesthésie péridurale, Contreindications, Complications, Rachianesthésie.

Bibliographies:

- 1. Dewandre PY. Reste-t-il des contre-indications à l'anesthésie locorégionale en obstétrique? Rev Méd Périnat 2012 : 4 : 99-104.
- 2. Hartmann B, Junger A, Klasen J, et al. The incidence and risk factors for hypotension after spinal anesthesia induction: an analysis withautomated data collection. Anesth Analg 2002; 94:1521.
- 3. Recommandations pour la pratique clinique (Sfar). Les blocs périmédullaires chez l'adulte. Ann Fr Anesth Réanim 2007; 26: 720–52.

Gérer la douleur postpartum : Oui, mais « à ma façon » ?

 $\label{eq:continuous} To haina \, DV^1, \, Rasamimanana \, NG^2, \, Randrianirina \, HH^2, \, Riel \, AM^3, \, Rakotoarison \, NC^4, \, Rajaonera \, AT^4, \, Randaoharison \, PG^5, \, \\ Raveloson \, NE^4$

¹CHU Mahavoky Atsimo Mahajanga, Université de Mahajanga. ²CHU PZaGa Mahajanga, Université de Mahajanga. ³Université de Tuléar ⁴Université de Mahajanga

La période postopératoire après césarienne associe les contraintes d'une mère et les entraves d'une postopérée. La douleur après césarienne est décrite comme une douleur forte pendant les 48 premières heures postopératoires [1]. Mal gérée, cette douleur va entraver la récupération et l'amélioration postopératoire de la patiente. Mais de plus la douleur aiguë postpartum a été identifiée comme un facteur de risque majeur et indépendant de douleur chronique et de dépression du postpartum [2].

La prise en charge de la douleur après césarienne débute en période préopératoire. Elle impose de privilégier certains protocoles anesthésiques plutôt que d'autres et certaines techniques chirurgicales par rapport à d'autres. Afin d'obtenir un soulagement satisfaisant de la douleur, la prise en compte commence par l'évaluation de l'intensité de la douleur à travers des méthodes ayant fait leur preuve. L'utilisation d'analgésie multimodale associant plusieurs molécules et techniques bien codifiées doit être de règle grâce à la mise à disposition de l'équipe soignante d'un protocole antalgique.

Depuis environ cinq ans, le concept de réhabilitation améliorée après chirurgie, initialement établi pour la chirurgie digestive, est appliquée en obstétrique. Dans le cadre de la césarienne, la réhabilitation devra prendre en dre en compte et favoriser des aspects particuliers comme la facilitation de la relation mère-enfant, de l'allaitement et de la mise en œuvre des soins au nouveau-né [3]. La gestion de la douleur constitue ainsi une des pierres angulaires de la réussite de cette stratégie de réhabilitation rapide [4].

Mots clés: Analgésie, Césarienne, Douleur, Mobi-

lisation précoce.

Bibliographies:

- 1. Société française d'anesthésie et de réanimation. Conférence de consensus. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant. Ann Fr AnesthRéa 1998;17:445-61.
- 2. Eisenach JC, Pan PH, Smiley R, et al. Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. Pain 2008;140 (1):87-94 doi: 10.1016/j.pain.2008.07.011
- Deniau B, Faitot V, Bouhadjari N, Filippova J, Keïta H. Réhabilitation post-césarienne. Le Congrès Médecins. Conférence d'Actualisation. Sfar 2014.
- 4. Fuchs F, Benhamou D. Césarienne et post-partum: Recommandations pour la pratique clinique. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2015;44:1111-1117.

Hémorragie du post-partum vue par le réanimateur

 $\begin{array}{c} Harioly\ Nirina\ M.OJ^1,\ Rafanomezantsoa\ TA^1,\\ Ramananasoa\ M^1,\ Rajaonera\ AT^2 \end{array}$

¹ Centre Hospitalier universitaire de Toamasina ² Centre hospitalier universitaire de Toamasina

Notre objectif est de discuter des bases essentielles de la réanimation dans la prise en charge de l'hémorragie du post-partum.

Dans le monde, l'hémorragie du post-partum est à l'origine d'une forte mortalité maternelle de l'ordre de un sur quinze mille accouchements. Elle est responsable de vingt pour cent des cas de décès maternels et que soixante-dix pour cent de ces décès sont de causes évitables. L'étiologie est dominée par l'atonie utérine. La connaissance des facteurs de risque et une prise en charge bien conduit pourrait contribuer dans l'amélioration du taux de mortalité maternelle. Dans cette prise en charge pluridisciplinaire qui est une course contre la montre, la réanimation tient une place importante. Cette réanimation sera basée sur l'anticipation, le conditionnement et doit assurer une sécurité optimale pour la parturiente et pour le chirurgien en cas de nécessité d'une hémostase chirurgicale. Ce conditionnement consiste en une expansion volémique, en une bonne gestion des produits sanguins labiles, des utérotoniques et des médicaments de l'hémostase.

Dans cette approche thérapeutique pluridisciplinaire, la pierre angulaire est la collaboration et une bonne communication entre les différents intervenants.

Mots clés: Hémorragie de la délivrance, Réanimation

Bibliographie:

1. Bischofberger A, Salvodelli GL, Irion O. Prise en charge initiale par l'anesthésiste-réanimateur d'une hémorragie du post-partum dans les suites d'un accouchement par voie basse. J Gyn Obst Biol Reprod 2014;43:1009-1018.

Transfusion de produits sanguins en Réanimation

RandrianambininaTP¹, Rajaonera AT²

¹CHU Gynéco-Obstétrique de Befelatanana.

²USFR Réanimation Cirurgicale.

Université d'Antananariyo

La transfusion est un acte médical engageant la responsabilité du médecin prescripteur. Les produits sanguins labiles (PSL) comprennent : les concentrés de globules rouges, le plasma thérapeutique et les concentrés de plaquettes.

Le bénéfice de la transfusion de PSL est indiscutable dans certaines situations cliniques surtout en urgence et en réanimation, mais leur administration peut aussi être associée à des effets secondaires délétères qui peuvent majorer le pronostic vital du patient. Ces risques associés à la transfusion de PSL peuvent être des accidents immuno-hématologiques, des œdèmes pulmonaires, des complications métaboliques, des risques infectieux et de l'anaphylaxie. Une bonne maitrise des bases immuno-hématologiques de la transfusion est nécessaire pour la sécurité transfusionnelle.

Les patients de la réanimation sont des patients fragiles, la majorité avec des comorbidités lourdes, ainsi, la connaissance de ces PSL, de leurs indications cliniques et biologiques et des complications associées à leur administration font partie des éléments majeurs de l'optimisation de la prise en charge de ces patients.

Mots clés: Réaction transfusionnelle, Réanimation, Transfusion sanguine.

Bibliographies:

- Ozier Y, Aubron C. Transfusion en réanimation. Réanimation: Elseivier Masson, 3ème édition, 2017, chapitre 157, 1845. 60
- Janvier G, Fialon P, Puntous M. Transfusion. Réanimation médicale: Masson, 2ème édition, 2009, chapitre 67, 706-18...



Votre partenaire en matériel médical

Gestion des anticoagulants aux urgences

Randranambinina H, Rajaonera AT, Raveloson NE Université d'Antananarivo

Les anticoagulants ou les anti-thrombotiques sont des médicaments qui visent à fluidifier la circulation sanguine. Ainsi les patients qui en prennent ont un risque hémorragique plus élevé que ceux qui n'en prennent pas. Or nous sommes fréquemment confrontés à ces patients sous anticoagulants au service des urgences car la thrombose vasculaire est une maladie dont le risque augmente avec l'âge. Il est donc nécessaire de savoir gérer ces médicaments en cas de situation à risque hémorragique ou en cas d'intervention chirurgicale en urgence ainsi qu'en cas de surdosage.

Selon les guidelines par des nombreux consensus tels que : la SFAR (Société Française d'Anesthésie et Réanimation): la GIHP (Groupe d'Intérêt en Hémostase Périopératoire) et la GEHT (Groupe d'Etudes sur l'Hémostase et la Thrombose) [1] il est préférable de suspendre les anticoagulants en cas de situation à risque comme les hémorragies spontanées que ce soit internes ou extériorisées ou les hémorragies provoquées chez les polytraumatisés ou les traumatisés crâniens. Il n'est pas nécessaire d'administrer des agents de réversion non spécifique (CPP, Novoseven®, FEI-BA®) à titre prophylactique ni des produits pour antagonisation comme le PFC ou le Vitamine K1 sauf en cas d'hémorragie massive où il faut les administrer avant la transfusion des Culots globulaires pour compenser les pertes. Dans le cadre d'une chirurgie en urgence l'arrêt ainsi que les délais d'arrêt des anticoagulants sont fonction du bilan d'hémostase surtout l'INR et le type de chirurgie c'est-à-dire le risque hémorragique engendré. Par contre pour les nouveaux anticoagulants oraux, on ne suspend pas le traitement avant le geste chirurgical en urgence. Et en cas de surdosage, nous devons arrêter le traitement et les antagoniser ainsi que compenser les pertes par la transfusion des Culots globulaires.

Les anticoagulants sont des médicaments que les Réanimateurs et les Urgentistes doivent bien gérer quelque soit la situation dont le patient se trouve pour éviter des complications iatrogènes.

Mots clés: Anticoagulants, Thrombose, Transfusion, Urgence.

Bibliographie:

1. Albaladejo P, Pernod G, Godier A, et al. Prise en charge des hémorragies et des gestes invasifs urgents chez les patients recevant un anticoagulant oral et direct anti-lia (dabigatran). Réactualisation des propositions du Groupe d'Intérêt en Hémostase Périopératoire (GIHP) – septembre 2016.



Maexi Trading est fière de vous présenter sa gamme PMLS (Patient Monitoring Life Support) de Mindray



Evaluation de la fonction rénale en Réanimation

Ramananasoa ML

CHU Analankininina Toamasina, Université de Toamasina

Le rein prend un grand rôle dans la stabilité physiologique de notre organisme. L'évaluation de sa fonction dépend en général du débit de filtration glomérulaire

A part la mesure de la diurèse, la créatinine est le marqueur physiologique le plus utilisé pour apprécier ce débit de filtration glomérulaire. Elle est issue du catabolisme musculaire et n'est éliminée de l'organisme que par la filtration glomérulaire. Son taux plasmatique varie suivant plusieurs situations physiologiques ou pathologiques, et particulièrement chez les patients en réanimation et en péri opératoire. Différentes formules étaient nées du dosage plasmatique de la creatinine en utilisant des variables faciles à recueillir. La clairance de la créatinine a été au début évaluée par la formule de Cockcroft et Gault, suivi de MDRD, CKD-EPI.

Ultérieurement, le score de RIFLE a été développé en utilisant 2 critères le débit de filtration glomérulaire et la diurèse pour diagnostiquer les différents stades des atteintes rénales. D'autres marqueurs biologiques sont actuellement utilisés : la cystatine et l'inuline. Ils sont plus fiables sur la filtration glomérulaire par leur sécrétion régulière, l'absence de réabsorption ou de sécrétion tubulaire rénale.

La créatininémie reste l'examen biologique de première intention dans l'évaluation de la fonction rénale. Mais la situation des patients en réanimation et en péri opératoire doit être considérée dans l'interprétation de la clairance de la créatinine. L'utilisation des scores comme RIFLE améliore la prise en charge de la fonction rénale.

Mots clés: Créatinine, Fonction rénale, Réanimation

Bibliographies:

- 1. Bourgeois E, Bataille A, Jacob L. Insuffisance rénale aigue en réanimation. 51ème Congrès d'anesthésie et de réanimation. Médecins. Les essentiels. Elsevier Masson. 2009.
- Serrano F, Vidal-Petiot E, Flamant M. Evaluer la fonction rénale. La revue du Praticien. Septembre 2015. Tome 29, n°945
- 3. Thomas ME, Blaine C, Dawnay A, Devonald MAJ, Ftouh S, Laing C and all. The definition, of acute kidney injury and its use in practice. Review. Kidney international (2015) 87, 62-73.
- 4. http://www.kidney-international.org



Prescriptions des examens paracliniques « de routine » pré-opératoires : non systématiques

 $Rafanomezantsoa\ TA^1,\ Rasataharifetra\ H^1,\ Harioly\ Nirina\ MOJ^2\ Ramananasoa\ ML^1,\ Rajaonera\ A^3$

¹CHU Analankininina Toamasina ²CHU Morafeno Toamasina ³CHU Joseph Ravoahangy Andrianavalona Antananarivo

Diverses recommandations tendant à limiter ces prescriptions ont été publiées dans de nombreux pays pourtant ces recommandations n'ont été jusqu'à ce jour qu'imparfaitement suivies d'où l'intérêt de faire une réactualisation.

Les examens complémentaires préopératoires systématiques concernent les examens réalisés en « routine » en dehors de signes d'appel anamnestiques ou cliniques, avant une intervention chirurgicale ou une procédure non chirurgicale, diagnostique ou thérapeutique, réalisée sous anesthésie. Aucune donnée scientifique ou norme réglementaire n'impose la pratique systématique de ces examens. Seuls ceux motivés par les données de l'interrogatoire, de l'examen, de la na-

ture de l'intervention et de l'anesthésie envisagés sont indispensables. Idéalement, ils sont demandés par les chirurgiens en avance et ainsi disponibles lors de la consultation d'anesthésie.

La prescription des examens complémentaires préopératoires est en fonction du risque lié au patient et à l'intervention (*Tableau I*).

Le coût engendré par les examens préopératoires de routine est élevé d'où l'intérêt de savoir prescrire ces examens à bon escient et nécessité des modifications du pratique professionnel.

Mots clés: Anesthésie, Chirurgie, Examens, Risque

Bibliographie:

1. Anaes. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : évaluation de la prescription et de la réalisation des examens paracliniques préopératoires. 1998. www.sfar.org, mis en ligne le 22/10/2007, modifié le 12/01/2010

Tableau I : Prescription raisonnée des examens paracliniques

	ASA 1	≥ASA 2 ou >65 ans
Chirurgie hémorragique	Hémogramme,	Hémogramme, TP, TCA
ou intermédiaire ou	\pm TP, TCA	Groupage sanguin
majeure	Groupage sanguin	Ionogramme sanguin
	Ionogramme sanguin	Créatininémie, Clairance
	Créatininémie	ECG < 1 an
Chirurgie non		± Ionogramme sanguin -
hémorragique, mineure	Pas de bilan	Créatininémie
'		± Hémogramme, TP, TCA si prise anticoagulant



FRESENIUS KABI

caring for life



COMMUNICATIONS ORALES

Apport du bodyscanner chez les polytraumatisés vus au Centre d'Imagerie Médicale du CHU-JRA

Razafindrahova AP^I, Andrianjakamanana TH^I, Andrianah EPG^I, Rajaonarison Ny Ony NLH^I, Ahmad A^I
^ICentre d'Imagerie Médicale (CIM) CHUJRA
Faculté de Médecine d'Antananarivo- Université d'Antananarivo-Madagascar

Introduction: Le polytraumatisé est un blessé dont le pronostic vital est mis en jeu à court ou moyen terme par au moins une de ses lésions. Le scanner du corps entier ou « bodyscanner » est de plus en plus impliqué dans la prise en charge. L'objectif est de décrire les lésions objectivées sur le bodyscanner chez les polytraumatisés vus au Centre d'Imagerie Médicale (CIM) d'un centre hospitalier d'Antananarivo.

Méthodes: Une étude rétrospective descriptive, de 12 mois (janvier à décembre 2018), incluant tous les patients ayant bénéficié d'un bodyscanner pour polytraumatisme a été réalisée, au CIM du Centre Hospitalier Universitaire JR Andrianavalona (CHU JRA). Les paramètres démographiques des patients, le protocole de réalisation de l'examen et les lésions décelées étage par étage ont été étudiés.

Résultats: Au décours de l'étude, 33 dossiers, de patients âgés de 21 [7 - 68] ans, à prédominance masculine (78 %) ont été retenus. Les accidents de la circulation représentaient 90 % des traumatismes. Seuls 18 % des examens ont été réalisés avec une injection de produit de contraste avec des acquisitions réalisées sans, puis au temps artériel, d'emblée tardif ou après un temps portal. L'examen était normal pour 38 % des patients et au moins une lésion a été retrouvée pour 61 %. Au niveau cérébral, les hématomes péri-cérébraux (33 %) et les lésions osseuses (38 %) étaient les plus fréquentes. Au niveau rachidien, les fractures stables épineuses et corporéales (9 %) ont été les plus retrouvées. Au niveau thoracique, était constatée une prédominance élevée des fractures costales (12 %) dont un volet thoracique. Au niveau abdomino-pelvien, les lésions de contusion associées à un épanchement liquidien intra-péritonéal ou des lésions osseuses (deux fractures du bassin) étaient constatées.

Conclusion: Plusieurs lésions ont été objectivées sur le bodyscanner, dans le cadre du polytraumatisme, avec une fréquence élevée des lésions cérébrales. La réalisation de cet examen est importante pour la prise en charge des polytraumatisés.

Mots clés: Polytraumatismes, Tomodensitométrie, Urgences.

Pratique de l'échographie en médecine d'urgence et en soins intensifs du CHU PZAGA, Mahajanga

Rasamimanana NG¹, Tohaina DV², Randrianirina HH³, Randrianandrasana JC¹, Rahajarison AY¹, Raveloson NE⁴

¹ SUSI CHUPZAGA Mahajanga - Université de Mahajanga

² ATU CHU Mahavoky Atsimo - Université de Mahajanga

³ Service des post-opérés CHUPZAGA Mahajanga - Université de Mahajanga

⁴ATU CHUJRB Antananarivo - Université d'Antananarivo

Introduction: L'échographie en médecine d'urgence s'inscrit dans les algorithmes de prise en charge des patients. Les objectifs de notre étude sont d'évaluer cette pratique et de démontrer qu'elle représente un intérêt diagnostique et thérapeutique malgré les faibles ressources.

Méthodes: Sur une période de quatre mois (du 1^{er} avril au 31 juillet 2019), une étude prospective observationnelle sur l'utilisation de l'appareil échographe au service des urgences et des soins intensifs a été effectuée au CHUPzaga de Mahajanga. Médecins et internes ont bénéficié de formation sur EDU (échographie du département d'urgence) (n=16), une connaissance en Echo-Fast (Focused assessment with sonography for trauma) et EGLS (Echoguided life support) (n=3). Ont été évalués la fréquence d'utilisation de l'appareil, les indications et l'apport de cette pratique.

Résultats: On notait 718 admissions avec 91 % de cas médicaux, 8 % cas chirurgicaux, 2 % cas gynécoobstétricaux. Seules 67 pratiques d'échographie ont été enregistrées, avec 57 cas non traumatiques et 11 cas soit 8 polytraumatismes et deux traumatismes crâniens graves. Les patients étaient âgés de 13 à 91 ans, le sex ratio de 1,16. La dyspnée (28 %) associée à une surcharge volumique (13 %) était le principal motif d'admission, une hypovolémie dans 25 %, une douleur dans 18 %. L'examen échographique retrouvait un épanchement abdominal (18 %), pleural (10 %) et péricardique (7 %); des cavités cardiaques dilatées avec veine cave volumineux (15 %), un collapsus du ventricule gauche hyperkinétique avec petite veine cave (25 %), une dilatation du ventricule droit en post-partum (3 %). D'autre part, une grossesse extra-utérine (3 %), un anévrisme de l'aorte abdominale (4 %) ont été découverts. La pratique était insuffisante.

Conclusion: La sensibilisation et la formation des médecins sont nécessaires; la vulgarisation de la pratique de l'échographie aux urgences et en réanimation à Madagascar serait un défi pour une meilleure issue du patient.

Mots clés: Echographie, Médecine d'urgence, Pratique professionnelle, Réanimation.

Gestion d'une intubation difficile au cours d'une chirurgie cervico-faciale et maxillaire au CHU PZaGa Mahajanga

Randrianirina HH¹, Rasamimanana NG¹, Randrianandraina MP², Tohaina DV¹, Raotoson HS³, Rajaonera AT⁴, Raveloson NE⁵ Service de réanimation et des urgences CHU Mahajanga – Université de Mahajanga

²Service d'oto-rhino-laryngologie CHU PZaGa Mahajanga – Université de Mahajanga

³Service de chirurgie maxillo-faciale CHU PZaGa Mahajanga -Université de Mahajanga

⁴Service de réanimation chirurgicale CHU-JRA, ⁵Service de réanimation médicale CHU – JRB - Université d'Antananarivo

Introduction: Gérer une intubation difficile (ID) est l'une des principales préoccupations des pratiquants d'anesthésie. Ce travail consiste à déterminer la fréquence de l'ID au CHU PZaGa et de déterminer sa prise en charge.

Méthodes: Une étude prospective observationnelle a été réalisée chez les patients de plus de cinq ans, pour une chirurgie oto-rhino-laryngologique et maxillo-faciale, de janvier 2017 à juin 2019 (30 mois). Nous avons étudié les critères cliniques reconnus prédictifs d'une ID (classe de Mallampati, ouverture buccale), le nombre d'expositions à la laryngoscopie, le délai et le type d'intubation et la technique de référence.

Résultats: Une ID était prédite dans 34 % des cas (n= 60 sur 178 patients) dont la limitation de l'ouverture buccale était le critère prédictif retrouvé dans 53% des cas (n=31). L'ID était observée en chirurgie maxillo-faciale dans 82 % des cas (n= 49). Durant l'acte, 27 % (n= 16) des intubations étaient confirmées difficiles dont 12 % (n=2) étaient imprévisibles et 12 % (n=2) impossibles. Le mandrin d'Eschmann était le matériel de référence (75 % soit n= 12). Une intubation nasotrachéale à l'aveugle était pratiquée en première intention chez 19 % (n=3) des patients. Une trachéotomie peropératoire était pratiquée dans 6 % (n=1) des cas après échec d'intubation, et réalisée en premier recours chez un patient (6 %). Parmi un patient (6 %) où l'ID était imprévisible et impossible, l'alternative était le masque laryngé pour assurer la ventilation.

Conclusion : Le respect d'un algorithme décisionnel ainsi que le recours à des matériels spécifiques conditionnent la réussite de la prise en charge d'une intubation difficile.

Mots clés: Anesthésie générale, Chirurgie, Intubation trachéale.

Evaluation externe de la qualité des quatre paramètres biochimiques d'urgence à l'UPFR de biochimie du CHU-JRA

Ranaivosoa MK¹, Rakoto Alson AO², Rasamindrakotroka A³.

¹UPFR de Biochimie du CHU-JRA

²Centre Hospitalo-Universitaire d'Antananarivo Hôpital Joseph

Ravoahangy Andrianavalona ³Laboratoire de Formation et de Recherche en Biologie Médicale Faravohitra

Faculté de Médecine d'Antananarivo – Madagascar.

Introduction: Une des fonctions des biologistes est d'assurer la qualité et la fiabilité des résultats rendus aux différents prescripteurs. L'évaluation externe de la qualité (EEQ) est une procédure d'évaluation des performances d'un laboratoire par le biais d'une comparaison inter-laboratoire réalisé par un organisateur. L'objectif est d'évaluer la performance du laboratoire de biochimie du CHU-HJRA par le dosage de quatre paramètres biochimiques d'urgence les plus prescrits (la créatininémie, l'urémie, la glycémie et l'ionogramme sanguin) sur l'automate Mindray BS 300®.

Méthodes: Il s'agit d'une étude évaluative rétrospective, de quatre mois (janvier à avril 2019), de la performance du laboratoire. Les échantillons d'EEQ BIO-LABO, de valeurs inconnues, à deux niveaux normal et pathologique, fournis par l'association ASQUALAB (Assurance Qualité des Laboratoires de Biologie clinique) de France ont été utilisés. Le compte rendu des résultats permet d'analyser les paramètres de la précision la moyenne, le CV (mesure de la dispersion de résultats calculée), les rapports de coefficient de variation du laboratoire ou RCV (rapport entre le CV du laboratoire et celui du groupe des pairs utilisant les mêmes techniques de dosage pour le paramètre considéré) et les paramètres de l'exactitude par le calcul du Z-score ou l'Indice de l'Ecartype, IET).

Résultats: L'exactitude a été de 94 % pour 32 dosages réalisés. La précision a été de 97 % si le RCV est inférieur à 1,5. La créatininémie, la glycémie et l'urémie ont été toujours bonnes durant les quatre mois d'étude. L'imprécision (RCV > 1,5) a concerné le niveau de contrôle pathologique de la natrémie en février.

Conclusion: Cette étude permet d'évaluer la performance du laboratoire par le dosage des quatre paramètres biochimiques d'urgence les plus prescrits. Cette participation au programme d'EEQ permet d'améliorer la qualité des résultats du laboratoire pour le bien des patients, elle constitue par ailleurs un pas vers la démarche d'accréditation.

Mots clés: Accréditation, Contrôle de qualité, Performance.



Votre fartenaire en materiel médical

Pratiques anesthésiques de la césarienne en urgence au CHU PZaGA Mahajanga

Tohaina DV¹, Rasamimanana NG^{l} , Randrianirina HH^{l} , Riel AM^{2} , Rakotoarison RCN^{3} , Rajaonera AT^{3} , Randaoharison PG^{4} , Raveloson NE^{5}

- Médecin anesthésiste-réanimateur, CHU PZaGa Mahajanga Université de Mahajanga
- ² Professeur agrégé en Anesthésie-Réanimation Université de Toliara
- ³ Professeur agrégé en Anesthésie-Réanimation Université d'Antananarivo
- ⁴ Professeur titulaire en Gynécologie-Obstétrique Université de Mahajanga
- ⁵ Professeur titulaire en en Anesthésie-Réanimation Université d'Antananarivo

Justificatif: La mortalité materno-fœtale reste encore un problème de santé publique. L'anesthésie et réanimation autour de la césarienne y contribue avantageusement ou au contraire défavorablement.

Introduction: La césarienne en urgence réduit la mortalité en périnatalogie mais augmente la mortalité maternelle. Les objectifs de notre étude étaient d'évaluer la sécurité des pratiques en anesthésie obstétricale d'urgence au CHU PZaGa et de déterminer les complications péri-opératoires.

Méthodes: Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, rétrospective et longitudinale de six mois (octobre 2017- mars 2018), incluant toutes les femmes césarisées en urgence, âgée de plus de quinze ans. Les dossiers incomplets des services de réanimation chirurgicale et du complexe mère-enfant ont été exclus. Les variables principales étudiées étaient les complications graves liées à l'anesthésie: les complications cardiaques, respiratoires, neurologiques ou le décès.

Résultats: Nous avons retenu 205 cas de césarienne en urgence. L'âge moyen des patientes était de 27ans avec une tranche d'âge de 20 à 34 ans prédominante (55,6 %), primipares en majorité (50,2 %), classées ASA I dans 92,7 % des cas. L'indication obstétricale était le code jaune dans 126 cas (61,5 %) et le code rouge dans 79 cas (38,5 %). La rachianesthésie était effectuée chez 174 parturientes (84,9 %) contre 31 cas d'anesthésie générale (15,1 %). Les variations tensionnelles après rachianesthésie, troubles du rythme et arrêt cardiaque après anesthésie générale étaient les principales complications maternelles observées. Un score d'Apgar 0 à la première minute était plus fréquent après anesthésie générale. Deux cas de décès ont été observés, après complication de drépanocytose et après éclampsie.

Conclusion: Au CHU PZaGa, l'anesthésie locorégionale apporte une sécurité materno-fœtale en urgence obstétricale. Les complications graves survenaient au décours de l'anesthésie générale.

Mots clés: Anesthésie obstétricale, Césarienne, Madagascar, Traitement d'urgence.

Bloc du cordon spermatique à l'aveugle pour chirurgie épididymo-testiculaire

Rambel AH¹, Harioly NMOJ², Avotsihoarana TH¹, Rakototiana AF³, Rajaonanahary TMA⁴, Rantomalala HYH³

¹USFR Urologie du CHU Morafeno Toamasina – Université de Toamasina

²Service de Réanimation CHU Morafeno Toamasina – Université de Toamasina

³Service d'Urologie CHU JRA Antananarivo – Université d'Antananarivo

⁴USFR Chirurgie Vasculaire Toamasina – Université de Toamasina

Introduction: Le bloc du cordon spermatique est utilisé actuellement comme une analgésie postopératoire de chirurgie épididymo-testiculaire ou un moyen diagnostique et thérapeutique des douleurs testiculaires chroniques idiopathiques. Notre objectif est de rappeler à travers notre expérience la place du bloc du cordon spermatique à l'aveugle dans la chirurgie épididymo-testiculaire tout en évaluant l'efficacité d'une dose réduite de Lidocaïne.

Méthodes: C'est une étude prospective réalisée chez les patients ayant bénéficié de chirurgie épidydimo-testiculaire avec bloc du cordon spermatique à l'USFR Urologie du CHU Morafeno Toamasina. Le bloc du cordon spermatique était réalisé à l'aveugle par le même chirurgien. Une quantité de 3 ml de lidocaïne 2 % était initialement administrée sans prémédication. Le taux de besoin d'ajout et la dose de produit anesthésique, la durée d'intervention ainsi que le taux de satisfaction des patients au bloc du cordon spermatique ont été analysés.

Résultats: Trente-trois blocs du cordon spermatique étaient réalisés chez 21 patients dont l'âge moyen était de $66,3\pm11,7$ ans. L'ajout peropératoire de Lidocaïne était nécessaire dans 24 % des cas. La dose moyenne administrée était de $66,4\pm12,7$ mg. L'intervention pouvait être poursuivie sans plainte dans 81 % des cas. Il n'y avait pas de conversion en anesthésie générale. La durée moyenne de l'intervention était de $26,3\pm5,8$ mn. Toutes les chirurgies étaient réalisées en ambulatoire. Vingt patients (95 %) disaient être satisfaits du bloc.

Conclusion: La durée des chirurgies épididymotesticulaires s'adapte à la modeste durée d'action de la Lidocaïne de faible dose au cours du bloc du cordon spermatique. L'analgésie postopératoire sera assurée par la prise systématique d'antalgique. Le fait de réaliser le bloc du cordon spermatique à l'aveugle n'a pas d'impact sur la quantité de produit nécessaire pour avoir une efficacité anesthésique satisfaisante.

Mots clés: Bloc nerveux, Cordon spermatique, Chirurgie, Lidocaïne.

Facteurs limitant l'introduction des anticoagulants au cours de l'infarctus cérébral d'origine cardioembolique présumé

Randrianantoandro NR^{I} , Rakotomanana JL^{2} , Ravelosaona FN^{2} , Rasahoaliarison NF^{2} , Razafindrasata S^{2} , Razafimahefa J^{3} , Tehindrazanarivelo AD^{4}

- ¹ Interne des Hôpitaux, USFR de Neurologie, CHUJRB Antananarivo – Université d'Antananarivo
- Anciens internes des Hôpitaux, USFR de Neurologie, CHUJRB Antananarivo – Université d'Antananarivo
 Ancien chef de clinique, USFR de Neurologie, CHUJRB Antanana-
- ³ Ancien chef de clinique, USFR de Neurologie, CHUJRB Antanana rivo – Université d'Antananarivo
- ⁴ Professeur Titulaire, USFR de neurologie, CHUJRB Antananarivo – Université d'Antananarivo

Introduction: Les anticoagulants sont indiqués au cours de l'accident ischémique cérébral d'origine cardio-embolique authentifiée. Notre objectif est de présenter les facteurs qui limitent leur introduction.

Méthodes: Il s'agissait d'une étude observationnelle, rétrospective, effectuée au sein de l'USFR de Neurologie CHU Befelatanana du 1^{er} septembre 2018 jusqu'au 28 février 2019 (six mois). Etaient inclus les infarctus cérébraux superficiels unique ou multiples. Etaient exclus, les patients qui ont été anti-coagulés et les causes vasculaires. Les paramètres étudiés étaient : les caractéristiques démographiques, les caractéristiques cliniques (telles que score de NIHSS et Score de Rankin Modifié, l'évolution), les caractéristiques paracliniques (telles que les territoires atteints, l'aspect de l'infarctus), les explorations étiologiques avec étiologies retenues. Les variables à étudier étaient : la fréquence brute selon l'authentification ou non des étiologies, la fréquence relative des facteurs limitant l'anticoagulation selon l'étiologie, les facteurs limitant selon l'aspect scannographique et l'étiologie en fonction des explorations.

Résultats: Cent quatre-vingt-huit patients diagnostiqués d'un accident vasculaire cérébral ont été colligés et 34 patients ont été retenus pour notre population d'étude. L'âge médian des patients était de 64 ans avec un sex ratio à 1. Les facteurs limitant l'anticoagulation sont dominés par la non authentification des étiologies, retrouvée chez 29 patients (85 %). Parmi eux, 17 patients n'ont réalisé aucune exploration étiologique disponible telle que l'échographie doppler cardiaque, l'holter ECG de 24 heures, l'échographie doppler du tronc supra-aortique et/ou l'échographie doppler transcrânienne. Onze patients ont eu une exploration incomplète et négative et un patient avec une exploration complète mais non contributive. Les étiologies cardioemboliques étaient authentifiées chez cinq patients (15 %) mais la présence d'un ramollissement hémorragique chez trois patients et l'aspect de l'infarctus qui était malin pour les deux autres ont limité l'anticoagu-

Conclusion: L'anticoagulation est limitée en première lieu par la non authentification des étiologies. Au cas où les étiologies sont retrouvées, l'anticoagulation peut être limitée par certains aspects scannographiques tels que le ramollissement hémorragique et l'infarctus malin.

Mots clés: Anticoagulants, Infarctus cérébral, Tomodensitométrie.

Les urgences médicales Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona de janvier à juin 2017 : profil épidémio-clinique et facteurs corrélés à l'admission en réanimation

Rivoarimanana HM¹, Raeliarison JG², Rakotomavo FA³, Ramarolahy ARN¹, Rakotoarison RCB⁴, Raveloson NE³

¹Service de Réanimation médicale et toxicologie clinique CHU
Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo - Université
d'Antananarivo

²Service d'Anesthésie Réanimation, Hôpital militaire, Antsiranana -Université d'Antsiranana

³Service des Urgences et Réanimation Médicale du CHU Joseph Raseta Befelatanana, Antananarivo - Université d'Antananarivo ⁴Service des Urgences Chirurgicales du CHU Joseph Ravoahangy Andrianavalona - Université d'Antananarivo

Introduction: Madagascar n'est pas épargnée par l'augmentation régulière du nombre de passages aux urgences. Notre étude consiste à analyser le profil épidémio-clinique des patients vus en consultation aux urgences médicales et à identifier les facteurs associés à l'admission en réanimation.

Méthodes : Une étude rétrospective a été réalisée dans le service de Réanimation Médicale et Toxicologie Médicale du CHU JR Andrianavalona, sur une période de six mois (janvier à juin 2017). Les consultations et admissions en réanimation médicale étaient étudiées, hormis les cadavres en dépôt et les dossiers inexploitables. Les paramètres étudiés portaient sur les données sociodémographiques, les données cliniques et le devenir des patients. Le test Khi² (Epi Info® v.7.1.3) a été utilisé pour l'étude des corrélations entre les variables étudiées et la signification statistique a été fixée à p inférieur à 0,05.

Résultats: Nous avons retenu 2550 patients sur 2721 consultants. L'âge moyen de nos patients était de 35,39±18,36 ans avec des extrêmes de 2 mois à 95 ans. Une prédominance masculine (sex ratio = 1,01) était retrouvée. Les motifs de consultation les plus retrouvés étaient les pathologies toxicologiques, neurologiques et psychiatriques. Les patients se trouvant dans un état réellement grave ne représentaient que 9,89% pour la CCMU (Classification Clinique des Malades aux Urgences) et 0,7% pour l'IGSA (Indice de Gravité Simplifié Ambulatoire) avec un taux d'admission de 21%. Les facteurs corrélés avec l'admission en réanimation étaient : l'âge à partir de 47 ans (p<0,0005), le mode d'entrée (patients adressés par un agent de santé) (p<0,0005), la CCMU $\geq 3(p<0,0005)$, l'IGS > 10 (p<0,0005), les pathologies neurologiques (p<0,0005) et toxicologiques (p=0,0009), la SpO₂ < 90% (p<0,0005), le score de Glasgow $\leq 8 \ (p<0,0005)$ et la présence de comorbidités (p<0,0005).

Conclusion: Le nombre élevé de patients vus dans le premier semestre de 2017 au service d'urgences médicales de l'HJRA témoigne de la forte fréquentation des urgences hospitalières avec une hausse de 41,32% des consultations en six ans. Des mesures sont à prendre pour réduire le recours inutile aux urgences et éviter le surplus de travail pour les personnels soignants.

Mots clés: Admission du patient, Réanimation médicale, Urgences.

Prescription du scanner au service d'accueil des urgences

Ratsimarisolo N¹, Rajaonarison Ny Ony Narindra LH², Razafinjatovo IM³, Ratovondrainy W¹, Rakoto FA¹, Ahmad A².

¹ Centre Hospitalier de Soavinandriana

² Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona

³ Centre Hospitalier Universitaire d'Andohatapenaka

Introduction: La prescription de la tomodensitométrie aux urgences a augmenté considérablement ces dernières années. Notre travail a pour objectif d'évaluer les modalités de prescription du scanner et son impact thérapeutique aux services des urgences afin d'améliorer la qualité de réalisation et d'interprétation des scanners demandés en urgence.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective transversale analytique effectuée dans les Services d'Accueil des Urgences et d'Imagerie Médicale du CENHOSOA, sur une période de trois mois (de juillet à septembre 2018). Les variables principales étudiées étaient les données démographiques, l'état clinique des patients (index de sévérité de l'urgence, score de Glasgow), la réalisation et les résultats du scanner. Les corrélations entre le diagnostic tomodensitométrique et les données clinico-démographiques et thérapeutiques ont été réalisés (logiciel R v.2.9) avec un seuil de significativité à p inférieur à 0,05.

Résultats: Cent-cinquante-cinq cas ont été retenus avec un âge moyen de 55,4 ans dont les extrêmes sont de 2 et 91 ans, avec une prédominance masculine. Les motifs d'entrée étaient des signes neurologiques dans 59 % cas et des traumatismes dans 26% cas. Selon l'échelle de l'index de sévérité de l'urgence, 45% étaient de grade II et 24% de grade I. Le score de Glasgow était à 15/15 (71%). Les délais entre l'examen clinique et la réalisation du scanner étaient de 19 heures en moyenne avec un minimum de 18 minutes et un maximum de 195 heures. Le scanner réalisé était cérébral (85%), rachidien (7%), thoracique (6%), abdomino-pelvien (8%). Seulement 12% des patients ont bénéficié d'une injection de produit de contraste iodé. Les scanners étaient normaux dans 31% et 41% présentaient des lésions d'AVC. Il existait une corrélation significative entre les résultats du scanner et l'index de sévérité de l'urgence (p=0,0001), le score de Glasgow et la prise en charge des patients après le scanner (p=0,0003).

Conclusion : Le scanner est décisif sur la prise en charge des patients aux urgences. Une simplification administrative et une amélioration technique sont primordiales.

Mots clés: Analyse, Tomodensitométrie, Urgence.

Rachianesthésie unilatérale en chirurgie des membres inférieurs au CHU Morafeno Toamasina

Ralema TJ¹, Harioly Nirina MOJ¹, Totoamby JM¹, Rakotoarisoa AJ², Rajaonera AT³ ¹ Service d'Anesthésie et Réanimation, CHU Morafeno Toamasina -

Université de Toamasina ² Service d'Accueil – Triage – Urgences et Réanimation Médicale CHU-JRB, Antananarivo – Université d'Antananarivo

Introduction: A notre connaissance, la rachianesthésie unilatérale, dans la région Atsinanana de Madagascar, n'a fait l'objet d'aucune étude jusqu'à l'heure actuelle. Notre étude vise principalement à décrire notre pratique courante en matière de réalisation de la technique de rachianesthésie unilatérale, et secondairement à évaluer le taux de succès de la technique, tout en observant les caractéristiques des blocs obtenus et la variation de l'état hémodynamique.

Méthodes: Il s'agit d'une étude prospective observationnelle, descriptive et analytique non-randomisée mono centrique, sur une période de 18 mois (avril 2017 à septembre 2018), incluant tous les patients devant bénéficier d'une chirurgie du membre inferieur programmée ou en urgence. Les paramètres démographiques, les modalités de la technique ont été étudiés. La corrélation entre les modalités de la rachianesthésie et la réussite ou non de la technique a été étudiée.

Résultats: Quarante-deux patients ont été retenus pour notre étude dont l'âge moyen était de 47,5 ans, avec une prédominance masculine à 76%. Soixante-quatre pourcent des patients étaient de classe ASA I. La dose de la bupivacaïne hyperbare, la position, le type et la durée d'intervention avaient un impact significatif sur le taux de succès de l'anesthésie. Le taux de réussite de la rachianesthésie unilatérale était de 85,6%.

Conclusion: La rachianesthésie unilatérale est une technique simple qui procure des conditions opératoires satisfaisantes sans induire de modifications hémodynamiques majeures. Afin d'améliorer le taux d'efficacité, des protocoles thérapeutiques devraient être élaborés.

Mots clés: Bupivacaïne, Chirurgie, Rachianesthésie.

³ Faculté de Médecine d'Antananarivo – Université d'Antananarivo

Deuxième audit de la réhabilitation améliorée après césarienne au complexe Mère-Enfant à l'Hôpital Militaire d'Antsiranana.

Raelison JG¹, Rabarikoto HF, Velomora A², Ramarolahy RA³, Ravoavy SA¹, Rajaonera AT¹, Rakotoarison RCN².

¹Complexe Mère-Enfant Hôpital Militaire, Antsiranana – Université d'Antsiranana

² USFR Urgences Chirurgicales, CHU Tanambao I, Antsiranana – Université d'Antsiranana

³USFR Réanimation Médicale, CHUJRA, Antananarivo — Université d'Antananarivo

⁴ USFR Réanimation Chirurgicale, CHUJRA, Antananarivo – Université d'Antananarivo

⁵USFR ATUR, CHUJRA, Antananarivo – Université d'Antananarivo

Introduction: Le premier audit effectué le 31 janvier 2019 montrait la difficulté de la mise en œuvre de l'alimentation précoce, du relais de l'analgésie par voie orale, de l'ablation de la sonde vésicale ainsi que l'arrêt de la perfusion, avec une durée médiane de 3,5 jours. Notre objectif est d'évaluer l'adhésion au protocole après cet audit.

Méthodes : Il s'agit d'un audit prospectif observationnel, sur une période de six mois (du 01^{er} Février au 15 Juillet 2019), au complexe Mère-enfant de l'Hôpital Militaire Antsiranana. Les parturientes opérées pour une césarienne, sous rachianesthésie, ASA 1 ou 2 étaient incluses dans cette étude. Les variables étudiées étaient : la restriction de Ringer lactate à 500 ml, la prévention des nausées vomissements postopératoires, l'analgésie multimodale, l'ablation de la sonde vésicale, l'obstruction de cathéter, l'alimentation précoce, la complication et la durée de séjour. Les résultats sont exprimés en médiane [25%-75% interquartile] ou en nombre (pourcentage).

Résultats: Soixante-quatorze patientes ont été retenues. En peropératoire, l'optimisation du remplissage vasculaire était réalisée chez 60 patientes (81%). Toutes les patientes ont reçu une prophylaxie de la nausée / vomissement post-opératoire. Chacune a bénéficié de la morphine intrathécale et de l'analgésie par voie orale dans l'heure suivant l'intervention (100%). La voie veineuse périphérique était obstruée dans 71 cas (96%). La sonde vésicale était retirée chez 71 patientes (96%). Soixante-douze cas (97%) ont repris de la boisson en quantité illimitée et une alimentation légère à la quatrième heure. Deux cas (3%) ont présenté des nausées-vomissements postopératoire et une rétention des urines nécessitant un sondage évacuateur. La durée de séjour du couple mère/nouveauné en hospitalisation était de 3 [2-3] jours.

Conclusion : Il y a une augmentation à l'adhésion du protocole. Elle diminue la durée de séjour d'hospitalisation de 0,5 jours.

Mots clés: Audit clinique, Césarienne, Réhabilitation précoce.

Sortie de l'hôpital le lendemain de la césarienne sur les 10 cas.

Raelison JG¹, Rabarikoto HF¹, Rahanitriniaina NMP², Velomora A³, Ravoavy SA¹, Rajaonera AT², Riel AM⁴, Raveloson NE⁵.

¹Complexe Mère-Enfant Hôpital Militaire, Antsiranana — Université d'Antsiranana

²USFR Réanimation Chirurgicale, CHUJRA, Antananarivo — Université d'Antananarivo

³USFR Urgences Chirurgicales, CHU Tanambao I, Antsiranana — Université d'Antsiranana

⁴ USFR CHU Tanambao, Toliary — Université de Toliara

⁵USFR Réanimation Médicale, CHUJRB, Antananarivo — Université d'Antananarivo

Introduction: Au cours de l'épidémie de la rougeole qui a sévi de décembre 2018 à Juillet 2019, les parturientes souhaitaient rentrer à domicile le plus vite possible. Notre objectif est de montrer la faisabilité de la sortie le lendemain de leur opération césarienne.

Méthodes: Une étude prospective descriptive a été réalisée au sein du complexe Mère-Enfant de l'Hôpital Militaire d'Antsiranana, du 01er Février au 15 Juillet 2019 (six mois). Les parturientes opérées pour une césarienne, sous rachianesthésie, âgées de 18 à 35 ans, à terme, acceptant la réhabilitation améliorée après césarienne ont été incluses. Les parturientes non autonomes et l'hospitalisation du nouveau-né le lendemain de l'intervention ont constitué les critères d'exclusion. Une sage-femme a effectué le suivi du troisième au dixième jour après l'intervention. Le protocole comprenait le respect du jeûne, la restriction hydrique, l'analgésie multimodale, l'alimentation précoce et l'ablation des cathéters et la mobilisation et l'évaluation de la douleur. Les résultats sont exprimés en médiane (25%-75% interquartile) ou en nombre (pourcentage).

Résultats: Sur 74 césariennes, il y avait 10 cas de sortie au lendemain de la césarienne (soit 14%). Les patientes étaient âgées de 26 (23-32) ans. En préopératoire, le jeûne était respecté. La rachianesthésie faisait appel à la bupivacaïne isobare, fentanyl et de la morphine. La quantité de Ringer lactate était à 500 ml. L'analgésie multimodale était administrée par voie orale. La voie veineuse périphérique et la sonde urinaire étaient enlevées en salle de soin post-interventionnelle. Les boissons et l'alimentation légère étaient débutées une et quatre heures après l'intervention. La mobilisation a été débutée dès la sixième heure post-opératoire. La douleur était minime jusqu'au dixième jour. Aucune réadmission, ni de complication n'ont été recensées au cours du suivi.

Conclusion : La sortie au premier jour après césarienne est applicable sans augmentation de complications, ni réadmission.

Mots clés : Césarienne, Durée de séjour, Réhabilitation précoce.

Place de l'analgésie péridurale dans la gestion de la douleur de la pancréatite aigüe

Andriamialy S, Rahajason NA, Ramarolahy R Université d'Antananarivo

Introduction: La douleur de la pancréatite aigüe (DPA) est une douleur très vive qui nécessite souvent l'utilisation de doses considérables et répétées d'analgésiques. Cette douleur peut être si atroce qu'il en résulte un épuisement mental et physique. La pratique de l'analgésie péridurale est un des moyens de gestion de cette douleur. Le but de notre étude est d'évaluer l'efficacité de l'analgésie péridurale pour le cas de la DPA en se basant sur l'échelle visuelle analogique (EVA) et la consommation de morphine.

Méthodes : La méthodologie adoptée est une étude prospective sur une année. Quarante patients ont été sélectionnés avec 20 patients pour chacune des groupes APD et témoin. La méthode consiste en une perfusion continue de bupivacaïne 0.125% pendant 24h par voie péridurale thoracique. Le score EVA et la consommation morphinique pour les deux groupes ont ensuite été évalues, comparant ainsi l'analgésie péridurale avec l'analgésie classique intraveineuse. Des tests de comparaison ont été effectués.

Résultats : Il a été constaté que la différence de score moyenne de la douleur pendant les 24 premières heures est très significative (p = 0,022) soit 2 fois moins de douleur pour le groupe APD et que la consommation morphinique du groupe témoin a été 2,86 fois plus importante que de celle du groupe APD (p = 0,048).

Conclusion: La pratique de l'analgésie péridurale a donc toute sa place dans la gestion de la douleur au cours de la pancréatite comme l'a montré notre étude avec une large supériorité de l'analgésie péridurale par rapport à l'analgésie intraveineuse.

Mots clés: Analgésie péridurale, Bupivacaïne, Douleur, Pancréatite.

Effets adverses des anti-inflammatoires non stéroïdiens vus au service de Réanimation Chirurgicale du CHUJRA

Andrianjafiarivony C¹, Randriamizao HMR², Rajaonera AT²

"USFR Urgences Chirurgicales, CHUJRA

"USFR Réanimation Chirurgicale, CHUJRA

Introduction: Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont des médicaments à large utilisation en médecine de ville, prescrits par les personnels de santé ou utilisés en auto-médication. Leurs effets adverses vont d'un simple inconfort digestif à des évènements pouvant mettre en jeu le pronostic vital et justifier une hospitalisation en soins intensifs. L'objectif est de rapporter les principaux effets adverses des AINS observés chez des patients admis en réanimation chirurgicale.

Méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive de 24 mois (de janvier 2017 à décembre 2018) dans le service de réanimation chirurgicale du CHUJRA. Etaient inclus, les patients hospitalisés en réanimation pour hémorragie digestive ou infection cervico-faciale et/ou médiastinite avec prise d'AINS au cours de l'évolution de leur pathologie. Les types

de complications liées aux AINS ont été étudiés, de même que l'évolution de la pathologie.

Résultats: Ont été retenus 42 cas d'hémorragies digestives avec notion de prise d'AINS (19 % des hémorragies digestives) et 41 cas de cellulites cervico-faciales et/ou médiastinites avec prise d'AINS dans leur histoire (57 %). Le motif de prise d'AINS le plus fréquent était la douleur pour 52 patients (62 %). La durée de la prise reste indéterminée pour 40 patients (48 %). Vingt-trois patients sont décédés dans le groupe cellulite (56%) et six dans le groupe hémorragies digestives (14%).

Conclusion: Certes, les AINS diminuent l'inflammation, donc la douleur, mais contribuent à l'aggravation du phénomène infectieux en cas de cellulite. Ils semblent aussi influer sur la morbi-mortalité. Un modèle d'étude analytique avec plus de paramètres semble nécessaire pour établir de façon plus précise l'importance ces corrélations.

Mots-clés: Anti-inflammatoires non stéroïdiens, Automédication Cellulite, Hémorragies, Médiastinite, Pharmacovigilance, Tractus gastro-intestinal.



Profil épidémiologique des brûlures aux urgences chirurgicales du CHU JRA, Antananarivo

Soavahiny C^I, Randriamizao HMR², Rakotondrainibe A², Rakotoarison RCN³

¹ Service des Urgences Chirurgicales du CHU-JRA, Antananarivo

² Service de Réanimation Chirurgicale du CHU-JRA, Antananarivo

³ Faculté de Médecine d'Antananarivo

Introduction: Les brûlures représentent une affection fréquente. Elles sont majoritairement bénignes, de cause accidentelle, et touchent principalement les enfants. Les brûlures sont responsables de séquelles non seulement physiques mais également psychologique. En Afrique y compris Madagascar, les brûlures constituent un réel problème de santé publique qui néanmoins ne figurent pas au nombre des priorités sanitaires. Le but de cette étude est d'établir le profil épidémiologique des patients brûlés et de décrire leurs aspects cliniques et évolutifs.

Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective incluant tous les patients admis pour brulures au Service des Urgences Chirurgicales du CHU-Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHUJRA), du 01^{er} janvier 2018 au 31 août 2019. Les caractéristiques démographiques, celles de l'accident causal, des brûlures et du traitement initial ainsi que la mortalité ont été étudiées. Les résultats sont exprimés en médianes avec extrêmes et en pourcentage.

Résultats: Ont été 110 cas, âgés de 15 ans avec

des extrêmes de 4 mois et 64 ans, à prédominance masculine (sex ratio = 2,05). Plus de la moitié des cas sont des enfants dont 42,7 % étaient dans la tranche d'âge de 1 à 15 ans. Les brûlures survenaient généralement dans la journée et au petit matin. Une prédominance des brûlures thermiques a été constatée (74,5%), survenant surtout dans le cadre des accidents domestiques, dont l'agent vulnérant est représenté par l'eau bouillante. Dans la majorité des cas, les brûlures étaient de type second degré superficiel (72,7%). Il est également à noter 10,0% de brûlures négligées et un recours à un traitement initial par les tradipraticiens dans 24,5% des cas. Le traitement hospitalier de premier recours était marqué par l'antibiothérapie (surtout représentée par l'association amoxicilline-acide clavulanique) et la prise en charge de la douleur (par de la morphine et de la kétamine notamment). Deux décès ont été constatés durant la période d'étude.

Conclusion: Le recours aux guérisseurs traditionnels (les « mpanao ody may » qui utilisent leurs salives) est encore ancré dans la mentalité locale devant une brûlure — bien que cette pratique traditionnelle soit source de complications, notamment infectieuses. Aussi une conscientisation de la population et une prise en charge adéquate et précoce en milieu médical est nécessaire pour ne pas aggraver le pronostic des brûlures.

Mots clés: Brûlures, Enfant, Traitement médicamenteux, Urgence.







NUTRITION ENTERALE

COMMUNICATIONS AFFICHEES

Pratique de la pré oxygénation chez les IADE

 $\begin{array}{c} Rakotonomenjanahary\ S^{\ 1}\ , Razafindrainibe\ T^2, Randriamandrato\ TAV\ ^3, Rakotoarison\ RCN^4, Rajaonera\ AT^3, \\ Raveloson\ NE^5 \end{array}$

¹ Service d'Anesthésie-Réanimation CHU - JDR,

² Service de Réanimation adulte CHU – GOB,

³ Service de Réanimation Chirurgicale CHU – JRA,

⁴ Service d'ATUR CHU – JRA,

⁵ Service d'ATUR CHU- Befelatanana.

Université d'Antananarivo

Introduction : L'hypoxémie est une situation fréquente et grave qui peut survenir entre l'induction et l'intubation. Une préoxygénation correcte permet de l'éviter sinon de la minimiser. D'où l'objectif de cette étude qui est de décrire la pratique de la préoxygénation réalisée par des IADE (Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat).

Méthodes : Il s'agit d'une étude préliminaire, prospective et descriptive sur deux mois (septembre 2018 - Octobre 2018) effectuée au niveau de 08 centres hospitaliers de Madagascar à travers un questionnaire distribué. Tous les IADE en exercice étaient inclus. Les données sur l'année de pratique de l'IADE, le masque et le gaz utilisé, ainsi que la durée et les paramètres de surveillance ont été étudiés.

Résultats : Les IADE qui ont répondu à l'enquête étaient au nombre de 32 avec une année de pratique moyenne de 7 ± 3 ans. Les 68 % de cas ont pratiqué systématiquement la préoxygénation avant toute anesthésie générale avec une durée moyenne de 3 ± 1 min. Le débit moyen d'oxygène utilisé était de 3 ± 1 L/min et 25 % des IADE enquêtés n'ont pas maintenu le masque étanche à chaque préoxygénation. La SpO₂ constituait le principal moyen de surveillance de l'efficacité de la préoxygénation.

Conclusion: La préoxygénation est un geste simple mais efficace pour prévenir l'hypoxémie à l'induction. Mais la réalisation correcte des différentes étapes de l'acte garantit cette efficacité, notamment le débit d'oxygène, la durée de la préoxygénation et l'étanchéité du masque.

Mots clés : Anesthésie générale, Evaluation des pratiques professionnelles, Hypoxémie.

Pratique d'antibioprophylaxie peropératoire pour des chirurgies programmées àl'HUJRA

Razafindrainibe T $^1,\!Rakotonomenjanahary$ S $^2,\,Randriamandrato$ TAV $^3,\,Rajaonera$ AT $^3.$

¹ Service de réanimation adulte CHU – GOB, ² Service d'Anesthésie-Réanimation CHU - JDR, ³ Service de Réanimation Chirurgicale CHU – JRA Université d'Antananarivo

Introduction: Les infections du site opératoire (ISO) font partie des infections nosocomiales les plus fréquentes et ayant parfois des lourdes conséquences. La prévention est surtout basée sur la bonne pratique d'une antibioprophylaxie. L'objectif de notre étude est décrire la pratique de l'antibioprophylaxie peropératoire pour les chirurgies programmées.

Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective descriptive et observationnelle sur six mois (Janvier 2016 à Juin 2016) de tous les patients plus de 15 ans opérés d'une chirurgie programmée au HUJRA. Les données démographiques, le score de NNIS et les données sur l'antibioprophylaxie constitueaint les principales variables étudiées.

Résultats : Nous avons recruté 353 patients. Les 66,9 % des cas étaient des chirurgies propres et 79,8 % des patients ont présenté un score de NNIS = 0. La durée de l'intervention était de 80 minutes. Parmi ces patients, 72,9 % ont eu deux types d'antibiotiques différents. L'association céphalosporine de 3^{ème} génération – métronidazole était la plus fréquente (69,1 %) et la première dose d'antibiotique était administrée entre 30 à 60 min avant l'incision dans 52,1 % des cas.

Conclusion : La prescription d'une antibioprophylaxie répond à certains critères. Une mise en place de protocole écrit se révèle être nécessaire pour uniformiser la pratique.

Mots clés: Antibioprophylaxie, Chirurgie, Infection nosocomiale.



Evolution sur six ans de l'anesthésie / analgésie loco -régionale pour chirurgie viscérale au Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona

 $\begin{array}{c} Rahanitriniaina\ NMP^1,\ Rakotondrainibe\ A^1,\ Randriaminomanana\ F^1,\ Randriamizao\ HMR^1,\ Rajaonera\ AT^1,\\ Rakotoarison\ RCN^2,\ Raveloson\ NE^3 \end{array}$

Service de Réanimation Chirurgicale CHU-JRA Antananarivo Service Accueil Triage Urgence CHU-JRA Antananarivo Service Accueil Triage Urgence CHU-JRB Antananarivo Faculté de Médecine d'Antananarivo – Université d'Antananarivo. Madagascar

Introduction: L'anesthésie et l'analgésie locorégionale ont été très longtemps restreintes à la chirurgie orthopédique des membres. Sa vulgarisation s'est faite progressivement. L'objectif de la présente étude était de relater notre pratique sur l'anesthésie et l'analgésie loco-régionale au cours d'une chirurgie viscérale afin d'améliorer la prise en charge des patients.

Méthodes: Une étude rétrospective et observationnelle de six ans (Août 2013-Juillet 2019) a été menée dans le bloc opératoire CHU-JRA. Etaient inclus, tous les patients âgés de 18 ans et plus ayant subi une anesthésie ou analgésie locorégionale pour les interventions en chirurgie viscérale (digestive, urologique, vasculaire). Nous avons recueilli les données sur la fiche de consultation anesthésique. Les variables étudiées étaient les paramètres démographiques dont l'âge et le genre, les antécédents du patient, le score ASA (American Society of Anesthesiologists), le type d'anesthésie utilisé, le type de chirurgie, les complications et les échecs. Les résultats sont exprimés en moyenne ± écartype et en pourcentage.

Résultats : Sur 6839 patients, âgés de 50 ± 13 ans avec une prédominance du genre masculin (sex ratio = 2,32), opérés pour chirurgie programmée ; 765 (11,18%) patients ont subi une anesthésie ou analgésie locorégionale. L'hypertension artérielle (18,82%) était l'antécédent le plus fréquent et 72,42% des patients étaient de classe ASA I. La chirurgie urologique (47,32%) était prédominante. La rachianesthésie (85,49%) était le type d'anesthésie la plus pratiquée. L'anesthésie péridurale devient de plus en plus pratiquée allant de 17% en 2014 jusqu'à 31% en 2019. Nous avons retrouvé que 46 (6,02%) patients ont présentés un échec de la technique et 53 (6,93%) des complications.

Conclusion: Malgré le risque d'échec et de complications des techniques loco-régionales, ces dernières ont une place de plus en plus importante dans la prise ne charge anesthésique des patients pour chirurgie viscérale. Leur intérêt se trouvant également dans une récupération postopératoire plus rapide, leur vulgarisation est préconisée.

Mots clés: Anesthésie péridurale, Chirurgie, Complications, Rachianesthésie.

Qualité de la rachianesthésie au Centre Hospitalier Universitaire Andrainjato Fianarantsoa : Etude préliminaire

¹CHU Andrainjato, Université de Fianarantsoa ²CHU JR Andrianavalona, Université d'Antananarivo

Introduction: La rachianesthésie est une anesthésie loco-régionale largement pratiquée en anesthésie. Cependant, les risques sont possibles notamment les risques d'échec et les risques hypodynamiques. L'objectif de notre étude est d'évaluer la qualité de la rachianesthésie réalisée dans le Centre Hospitalier Universitaire Andrainjato Fianarantsoa.

Méthodes: Il s'agit d'une étude préliminaire, prospective, observationnelle chez tous les patients ayant bénéficié d'une rachianesthésie pour une chirurgie abdominale basse et des membres inférieurs programmées durant une période de 3 mois allant de mai 2019 au juillet 2019. Les caractères sociodémographiques, l'efficacité et la tolérance de la rachianesthésie en peropératoire ont été étudiés. Les résultats sont exprimés en médiane [minimum-maximum] et en pourcentage.

Résultats: Nous avons inclus 18 patients. L'âge médian était de 36 [13 - 69] ans. Une prédominance féminine était constatée (sex ratio = 0,4). La rachianesthésie était réalisée pour une césarienne (neuf patients), pour une chirurgie gynécologique (cinq patients), pour une chirurgie viscérale (deux patients) et pour une chirurgie orthopédique (deux patients). La taille des patients était de 159 [144 - 178] cm. Les produits anesthésiques utilisés étaient la bupivacaïne 0,5% isobare (16 patients) et la bupivacaïne 0,5% hyperbare (deux patients). La dose d'infiltration était de 13 [12 - 15] mg. En termes d'analgésie intrathécale, 25 µg fentanyl étaient administrés chez tous les patients. Seul un patient a reçu 100 µg de morphine en intrathécal, en plus de la bupivacaïne et du fentanyl. La durée médiane d'installation du bloc sensitivo-moteur était de 11 [5 - 15] min. Une hypotension artérielle était constatée chez six patients. Les autres incidents anesthésiques étaient une somnolence, une nausée et une sécheresse buccale, vite corrigés par une injection d'éphédrine. Le bloc sensitivo-moteur était complet chez tous les patients.

Conclusion: La rachianesthésie réalisée dans notre centre est de bonne qualité malgré quelques incidents anesthésiques peropératoires. Toutefois, une étude à grande échelle est nécessaire pour confirmer ces résultats

Mots-Clés: Bloc neuro-musculaire, Bupivacaïne, Rachianesthésie.

Rôle de l'analgésie postopératoire sur la mobilisation post-chirurgicale d'une intervention digestive au Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona

 $\label{eq:normalia} Njatomalala\ TNAS^1, Rakotondrainibe\ A^1, Randriamizao\ HMR^1, \\ Rakotoarison\ RCN^2, Rajaonera\ AT^1, Raveloson\ NE^3$

¹ Service de réanimation chirurgicale CHU- JRA, ² Service de réanimation des urgences CHU- JRA, ³ Service de réanimation médicale CHU- JRA. Faculté de Médecine d'Antananarivo- Université d'Antananarivo-Madagascar

Introduction: L'analgésie multimodale est la recommandation actuelle dans la prise en charge de la douleur postopératoire. L'objectif de l'étude est d'évaluer le rôle de l'analgésie postopératoire sur la mobilisation postopératoire après chirurgie digestive, au Centre Hospitalier Universitaire JR Andrianavalona.

Méthodes: Etude observationnelle, analytique, prospective, monocentrique, de cinq mois (Février à Juin 2016), où les patients ASA 1 ou 2, bénéficiant d'une chirurgie digestive par laparotomie médiane ont été inclus. Les variables démographiques, le délai de la première mobilisation, les antalgiques ont été les variables étudiées. Le critère de jugement principal était la mobilisation postopératoire. Les résultats sont exprimés en médiane [extrêmes] et en fréquence. La corrélation entre la prise en charge analgésique en postopératoire et la mobilisation postopératoire a été étudiée (test de corrélation), de même que les facteurs de mobilisation postopératoire (test de régression). Une valeur de p inférieure à 0,05 a été considérée comme significative (SigmaPlot® 10.0).

Résultats: Sur 143 patients colligés, 133 ont été retenus, âgés de 42 [18-81] ans, à prédominance masculine (sex ratio = 2,32). Les antalgiques administrés ont été par voie systémique: le paracétamol, le néfopam, la morphine, la kétamine et/ ou pour l'analgésie loco- régionale: la bupivacaïne. Le délai du premier lever était de 4 [1-20] jours; celui de la déambulation complète de 5 [1-21] jours. L'administration du néfopam était liée au délai du premier lever et de la déambulation complète (respectivement R= 0,200 - p= 0,0214 et R= 0,223 - p= 0,00984). Le recours à l'analgésie péridurale avec la bupivacaïne a favorisé la précocité de la déambulation complète (OR= 6, 449, IC [1,043-39,867], p= 0,045).

Conclusion: L'analgésie postopératoire actuellement, favorise une mobilisation postopératoire précoce. L'élaboration d'un protocole bien établi permettrait d'optimiser la prise en charge de la douleur postopératoire à des fins d'une réhabilitation améliorée après chirurgie.

Mots clés: Analgésie péridurale, Douleur postopératoire, Mobilisation précoce, Néfopam.

Infarctus mésentérique aigu : Encore un défi de prise en charge

Rakotomena $SD^1,$ Raherinantenaina $F^2,$ Arimino $S^1,$ Rajaonarivony $T^1,$ Rajaonanahary $TMA^2,$ Rakoto Ratsimba HN^1

¹Service de Chirurgie viscérale A, CHUJRA, Université d'Antananarivo ²Service de Chirurgie vasculaire, CHU Morafeno, Université de Toamasina **Introduction**: Notre objectif est de rapporter la particularité de nos expériences sur la prise en charge des infarctus mésentérique dans un contexte précaire.

Méthodes: Rétrospectivement, les dossiers des patients opérés en urgence pour un abdomen aigu entre 2011 et 2017 dont l'exploration chirurgicale avait découvert de segments intestinaux dévitalisées d'origine ischémique ont été saisis et étudiés. Les résultats sont exprimés en médiane (extrêmes) et en pourcentage.

Résultats: Sur sept ans, 15 cas d'ischémie mésentérique opérée, étaient colligés avec 52 ans et un sex ratio à 1,5. Le délai de consultation était de 5 (1-15) jours. La douleur abdominale était associée à un arrêt du transit intestinal dans 67 % des cas et d'une hémorragie digestive dans 53 % des cas. L'angioscanner en pré-opératoire avait conclu en le diagnostic d'ischémie mésentérique aigue dans 67 % des cas. La longueur des anses réséquées (87 %) était de 170 (50-300) cm avec un rétablissement de la continuité digestive immédiat dans 69 % des cas. Les étiologies étaient occlusives (87 %), artérielles (n = 8), veineuses (n = 5) et non occlusives (13 %). Aucun geste chirurgical de revascularisation précoce n'a été effectué en association à la réanimation postopératoire, et le taux de mortalité précoce était de 53 %.

Conclusion: Le tableau clinique trompeur et l'absence de facteur de risque apparent chez le patient accentue la difficulté diagnostique de l'ischémie mésentérique aigue, rendant légitime une exploration chirurgicale au moindre doute à l'imagerie médicale. Le mauvais résultat dans cette étude était multifactoriel. Le pronostic pourrait être amélioré par une prise en charge multidisciplinaire expérimentée.

Mots clés: Chirurgie, Diagnostic, Ischémie mésentérique, Pronostic.

Actualités et état des lieux des hystérectomies chez les femmes jeunes à Madagascar

Rakotomena SD, Rahantasoa Finaritra CFP, Rajaonarivony T, Ramiliairijaona L, Rakoto Ratsimba HN.

USFR de Chirurgie Viscérale, CHU JRA Université d'Antananarivo

Introduction: Les femmes âgées entre 40 et 49 ans représentent 50% des hystérectomies. Dans les pays développés, avec le perfectionnement du plateau technique, la coelioscopie a permis de réduire la durée d'hospitalisation.

L'objectif de notre étude est de rapporter l'actualité sur la prise en charge des hystérectomies dans un pays à revenus faible comme Madagascar.

Méthodes: Il s'agissait d'une étude observationnelle, monocentrique des hystérectomies urgentes et programmés, au Centre Hospitalier Joseph Ravoahangy Andrianavalona, sur une période de sept ans (2012-2019). Les variables étaient à la fois qualitatives (genre, indication, voie d'abord, évolution, qualité de vie) et quantitative (âge, durée du drainage, durée d'hospitalisation, etc.). L'évolution des pratiques a été étudiée. Les données étaient traitées à partir du logiciel Excel® 2016. Les résultats sont exprimés en médianes avec extrêmes et en pourcentage.

Résultats: Durant la période d'étude, 67 hystérectomies étaient colligées. Les patientes étaient âgées de 46,5 ans avec des extrêmes de 26 à 54 ans. Les hystérectomies totales représentaient 67 %. La voix d'abord était toujours conventionnelle entre 2012 et 2019. La durée d'hospitalisation a baissé de 7 % à 5 %. La durée de l'antibioprophylaxie a également baissé de 7 jours à 5 jours entre 2012 et 2019. Les principales complications post-opératoires étaient d'ordre infectieux (14,9 %). La qualité de vie des patients était excellente au cours des hystérectomies subtotales (9,6 %) vs hystérectomies totales (13,4 %).

Conclusion: Les techniques opératoires dépendent non seulement du choix de l'école, mais également du coût de l'intervention dans un pays à revenus faibles. Cette intervention peut altérer la qualité de vie chez les femmes jeunes, d'où l'intérêt d'une hystérectomie subtotale en l'absence de risque de malignité.

Mots-clés: Complications, Hystérectomie, Madagascar.

Evaluation des césariennes urgentes selon les codes couleurs au CHU de Gynécologie-Obstétrique de Befelatanana

Rakotosan B, Randrianambinina TP, Rainibarijaona LNA, Rakotoson KT, Andrianampanalinarivo Hery R

> CHU-GOB, Faculté de Médecine d'Antananarivo Faculté de Médecine d'Antananarivo

Introduction: Les codes couleurs ont été établis pour reconnaitre rapidement le degré d'urgence des césariennes et ainsi raccourcir le délai-décisionnaissance (DDN): code rouge pour l'extrême urgence (<15 minutes), code orange pour l'urgence (<30 minutes) et code vert pour une naissance non urgente (<60 minutes). L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les césariennes d'urgence au CHU-GOB selon le DDN.

Méthodes : C'était une étude prospective et observationnelle menée au CHU-GOB du 1^{er} juin au 31 décembre 2017. Étaient incluses toutes femmes enceintes d'au moins 22 semaines d'aménorrhée (SA) chez qui la césarienne était indiquée en urgence. Nous avions étudié les paramètres obstétricaux, les indications de césarienne, le DDN et le délai des étapes de prise en charge. Les résultats sont exprimés en moyenne ± déviation standard et en pourcentage.

Résultats: Parmi les 1 022 césariennes, 193 étaient urgentes, soit 18,9 %. L'âge maternel était de $26,4 \pm 4,2$ ans, la parité de $0,9 \pm 0,2$ et l'âge gestationnel de $37 \pm 4,6$ SA. Nous avions recensé 14,5 % de césarienne classées code rouge, 21,8 % code orange et 63,6 % code vert. Les principales indications étaient la dystocie mécanique (33,6 %), les anomalies du rythme cardiaque fœtal (18,7 %), la pré-éclampsie sévère/éclampsie (9,4 %) et la rupture utérine (3,1 %). Les moyennes des DDN étaient de 102,9 minutes pour le code rouge, 99,7 minutes pour le code orange et 109,5 minutes pour le code vert. L'anesthésiste arrivait après 15 minutes dans 50,8 %. Le transfert au bloc était effectué après 20 minutes dans 51,3 % et l'équipe complète était constituée avant 60 minutes dans 26,9 %.

Conclusion: Un DDN de moins de 30 minutes est difficilement atteint. Cependant, la mise en place des codes couleurs permettrait d'améliorer la réactivité de l'équipe obstétricale. Cette étude démontre les problèmes relatifs aux césariennes d'urgence. L'étape suivante consisterait à l'évaluation des DDN avec la mise en œuvre des codes couleurs au CHU-GOB.

Mots clés: Césarienne, Urgence.

Cardiopathies et grossesses : Quid de 10 ans de prise en charge au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie Obstétrique Befelatanana

Andrianirina M^1 , Razafindrainibe T^1 , Rafanomezantsoa TA^2 , Rakotoarison R N C^3

CHUGO Befelatanana Antananarivo, Université d'Antananarivo CHU Analakininina Toamasina, Université de Toamasina CHUJRA Antananarivo, Université d'Antananarivo

Introduction: Les cardiopathies compliquent environ 0,1 à 4% des grossesses. Les objectifs étaient de décrire le profil de ces cardiopathes gravides, décrire leurs prises en charge dans le passé, d'aujourd'hui afin d'envisager une meilleure dans le futur.

Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et transversale entre janvier 2009 et juillet 2019 sur les femmes enceintes porteuses de cardiopathie admises au CHUGO Befelatanana. Nous avons analysé les paramètres démographiques, les étiologies des cardiopathies et leurs prises en charge. Les résultats sont exprimés en moyenne \pm déviation standard et en pourcentage.

Résultats: Nous avons eu 71 cas sur 120 188 admissions (soit 0,06 %) âgées de 30,45+/-7,67 ans. Les cardiopathies étaient congénitales dans 10 cas, acquises dans 61 cas. Elles étaient admises directement au centre dans 35 cas, référées par le service de cardiologie dans 20 cas et par d'autres centres dans 16 cas. Elles étaient primigestes dans 24 cas. L'interruption médicale de la grossesse indiquée pour neuf cas. La césarienne était la voie d'accouchement pour 59 cas. Les techniques anesthésiques étaient variées: anesthésie générale dans 19 cas, anesthésie péridurale dans 32 cas, la rachianesthésie dans 13 cas. Les nouveaux nés avaient un indice d'Apgar >7 dans 45 cas. Nous avons déploré 2 décès maternels dont un per opératoire et un fœtus macéré mort in utéro.

Conclusion: Les maladies cardiovasculaires sont l'une des premières causes de mortalité indirecte chez la femme enceinte. L'échographie cardiaque est l'examen clé du diagnostic, cet outil que le réanimateur devrait savoir manipuler mais qui n'est pas encore disponible dans notre centre hospitalier.

Mots clés : Cardiopathie, Grossesse, Pronostic.

Prise en charge des corps étrangers ORL au CHU de Mahajanga

Randrianandraina $\mathrm{MP^1}$, Randrianirina $\mathrm{HH^1}$, Raotoson $\mathrm{HS^1}$, Andriamahenina $\mathrm{AM^1}$, Koecher $\mathrm{AD^1}$, Rakotoarisoa $\mathrm{AHN^2}$.

^lCentre Hospitalier Universitaire PZAGa Androva Mahajanga. ²Centre Hospitalier Universitaire Place Kabary Antsiranana.

Introduction: Les corps étrangers ORL présentent un risque vital par l'asphyxie qu'ils peuvent générer. Leur prise en charge dépend de la maitrise de leurs caractéristiques. Cette étude a pour objectif de rapporter le profil épidémiologique, clinique et les résultats thérapeutiques de ces corps étrangers au service d'ORL du CHU de Mahajanga.

Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective de Janvier 2016 à Janvier 2019 concernant les patients présentant un corps étranger ORL. Les paramètres épidémiologiques, cliniques, les techniques d'extractions et le suivi post thérapeutiques ont été évalués sur fiches d'enquêtes. Le test de Fischer était utilisé avec un p<0,05 significatif.

Résultats: Nous avons colligé 102 patients représentant 8,1 % des consultants. L'âge moyen était de 3,05 ans avec un sex-ratio de 1,37. La localisation nasale dans 36,3 % des cas était rapportée chez l'enfant (p=0,000), la localisation oropharyngée dans 22 % des cas plutôt chez l'adulte et bronchique dans 3,9 % des cas. Les corps étrangers étaient de nature non organique dans 52,8 % des cas. Le délai de consultation variait d'une heure à plus de 1 an. Les patients domiciliés à moins de 9 Km du CHU consultaient en moins de 4 heures dans 40% des cas (p=0,001). L'anesthésie locale était utilisée dans 86,7% des extractions de ces corps étrangers. Des séquelles fonctionnelles à type de paralysie faciale et de surdité ont été retrouvées chez 2% des cas.

Conclusion: Les corps étrangers ORL sont l'apanage de l'enfant, leur prise en charge est multidisciplinaire dont certaines localisations nécessitent une collaboration étroite entre l'ORL et le réanimateur, diminuant ainsi le risque vital pour le patient.

Mots clés: Asphyxie, Nasale, Voies aériennes.

Améloblastome géant : Le dilemme de la prise en charge chirurgicale

 $Randriamananten\ T^1, Andriamananten\ RH^2, Raotoson\ HS^3, \\ Rasolondraibe\ AF^3, Razafindrabe\ JAB^2$

¹Service de chirurgie maxillo-faciale, CHU Andrainjato Université d'Antananarivo ²Service de chirurgie maxillo-faciale CHU-JDR Befelatanana, Université d'Antananarivo ³Service de chirurgie maxillo-faciale CHU Mahajanga, Université de Mahajanga

Introduction: L'améloblastome est une tumeur bénigne odontogène siégeant au niveau des maxillaires mais le plus souvent au niveau de la mandibule. C'est une tumeur bénigne à agressivité locale élevée et un taux de récidive jusqu'à cinquante pour cent. Le traitement nécessite une collaboration étroite entre l'équipe chirurgicale te celle de réanimation afin de mieux gérer les difficultés de la prise en chirurgie.

Observations: C'est une étude qui rapporte cinq cas cliniques recensés dans notre service de chirurgie maxillo-faciale du CHU Andrainjato Fianarantsoa. Ils ont eu un améloblastome géant avec une intubation difficile et une chirurgie mutilante avec quelques-uns ayant eu une chirurgie reconstructive.

Discussion et conclusion: Malgré la chirurgie radicale, le taux de récidive reste élevé avec un envahissement des tissus mous voisins rendant difficile la prise en charge. Dans notre pays, ces améloblastomes géants sont mutilants, l'intubation est toujours difficile par la restriction des voies aériennes supérieures. Une radiothérapie permet de réduire la tumeur et facilite la reconstruction malgré de la bénignité de la tumeur mais associée à la chirurgie radicale, elle réduit nettement la récidive.

Mots clés : Améloblastome, Tumeurs odontogènes.





Hypernatrémie au service de Réanimation Chirurgicale du CHU-JRA : Prévalence et pronostic

Raharimanana F, Rahanitriniaina NMP, Rakotondrainibe A, Rajaonera AT

> USFR Réanimation Chirurgicale Université d'Antananariyo

Introduction: Les hypernatrémies font partie des désordres hydroélectrolytiques les plus fréquents en réanimation. Elles constituent en elles-mêmes un facteur pronostique (la valeur de la natrémie entre dans le calcul des scores de gravité tel que APACHE et IGS). L'objectif de notre travail est de décrire la prévalence de l'hypernatrémie en réanimation et ses répercussions sur le pronostic des patients.

Méthodes: Dans une étude descriptive, observationnelle, nous avons colligé rétrospectivement les dossiers de malades admis en service réanimation chirurgicales du CHU HJRA sur une période de 12 mois (année 2018). Nous avons étudié les données cliniques, biologiques et la prise en charge de l'hypernatrémie.

Résultats: Cent quarante-neuf patients sur 1655 admis en réanimation ont présenté une hypernatrémie soit une prévalence de 11 %. On note une prédominance masculine, l'âge moyen était de 48.2 ± 3.8 ans. Portant sur l'état des patients, 41 % des patients étaient des cérébrolésés, 31 % présentaient un état septique et 28 % étaient hypovolémique. Soixante-deux sur 145 des patients avaient une hypernatrémie entre 145–150 mmol/L, 39/145 avaient une natrémie entre 151-154 mmol/L et 44/145 des patients avaient une natrémie supérieure à 154 mmol/L. Pour la prise en charge, 38 % des patients ont été réhydratés par voie entérale par de l'eau libre, et 62 % par un apport parentéral de soluté avec une faible teneur en sodium. La mortalité était de 44,8 %, indépendamment de la sévérité de la natrémie.

Conclusion: La prise en charge des hypernatrémies en réanimation peut être améliorée par le respect des règles de remplissage, le choix du soluté adéquat et respect des infirmières des prescriptions de perfusion.

Mots clés: Hypernatrémie, Pronostic, Réanimation

Le lavement évacuateur dans les hémorragies digestives hautes variqueuses.

Rafanomezantsoa FFP, Rakotondrainibe A, Rahanitriniaina NMP, Randriaminomanana F, Randriamizao HMR, RAkotoarison RCN, RAjaonera AT
Faculté de Médecine d'Antananarivo
Université d'Antananarivo

Introduction : Les hémorragies digestives hautes variqueuses sont fréquentes et pourvoyeuses de complications. La surveillance du saignement peut se faire de façon clinique ou via les examens hématologiques. L'objectif de l'étude est d'étudier les caractéristiques du lavent évacuateur dans ces hémorragies.

Méthodes : Etude rétrospective sur une période de neuf ans et demie (janvier 2010 à juin 2019) des patients admis en Réanimation Chirurgiclae pour hémorragie digestive haute variqueuse confirmée par la fibroscopie. Les variables démographiques et les caractéristiques du lavement ont été étudiés. Les résultats sont exprimés en moyenne ± déviation standard et en nombre ou en pourcentage. Le teste de Pearson a été utilisé.

Résultats: Deux cent quatre vingt un patients ont été retenus avec une prédominance masculine (70,5%). Le motif d'entrée était une association d'hématémèse et méléna pour 158 patients. Un lavement était clair était constaté au cours du séjour du patient dans 141 cas et rouge dans 82 cas. La corrélation entre la couleur du lavement et les chiffres hémodynamiques n'a pas été significative; mais plutôt avec les caractéristiques hémodynamiques (notamment avec la pression artérielle moyenne inférieure à 70 mmHg (R=0,123, p<0,001) et un indice de choc supérieur à 1 (R=0,164, p<0,001). Le décès était constaté chez 33 patients.

Conclusion: Le lavement évacuateur trouve son intérêt dans la prévention de l'encéphalopathie dans les hémorragies digestives hautes variqueuses. Il n'a pas d'effet sur l'hémodynamique. En plus de son rôle potentiellement préventif au niveau neurologique, il permet de suivre l'évolution du saignement.

Mots clés: Hémodynamique, Saignement, Tractus gastro-intestinal.

La Société d'Anesthésie-Réanimation adresse tous ses remerciements à

Son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique

Son Excellence Madame le Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Madame Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

La Faculté de Médecine d'Antananarivo, Université d'Antananarivo

NOS PARTENAIRES

Fresenius **Maexi Trading** Sanofi **Sopharmad** Mundi Pharma Otsuka Deska pharma Shimen **Baxter** Macleods **Imex Pharma MSN Exphar** Ajanta pharma **Biocodex ONIFRA ISPPS IFSP Les Rossignols**

Hotel Le Panorama

Tous les intervenants,

Toutes celles et toux ceux qui ont collaboré de près ou de loin à la réalisation et à la réussite de ce Huitième Congrès et Dixième Anniversaire de la SARM.





Votre partenaire en matériel médical



























HOTEL PANORAMA

Rev. Anesth.-Réanim. Med. Urg. Toxicol. 2019; 11(Suppl. 1): S1-S31.