

Deuxième Congrès de la Société d'Anesthésie-Réanimation de Madagascar

Antananarivo (Institut Médical de Madagascar), 21 - 22 Juin 2012

Les mots du Président

C'est pour nous un énorme plaisir de vous accueillir à ce deuxième Congrès de la Société d'Anesthésie et de Réanimation de Madagascar (SARM). Nous vous saluons comme le soleil, lumière de jour, lumière que nous l'espérons éclairera ce congrès. 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.

C'est aussi une immense charge à assumer pendant deux ans. Elle est d'autant plus lourde que mes prédécesseurs ont réussi la prouesse, malgré des conjonctures successives pénibles et les années tragiques qu'a traversées notre pays et notre discipline. La reconnaissance que nous leur exprimons, au nom de tous, n'est qu'un humble hommage par rapport à la tâche accomplie.

La SARM assure aujourd'hui sa fonction première de société savante ; le congrès est évidemment le moment fort de cette activité. La qualité et la variété des travaux présentés dans les congrès et les journées intermédiaires (Enseignement Postuniversitaire, des séances bibliographiques...) procurent la part essentielle de la matière scientifique indispensable à cette formation. Le site web, actuellement fonctionnel, y apportera un complément de qualité et la revue périodique (Revue d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence) optimisera le rôle de la société dans la formation continue. Sa relance devra faire l'objet d'un effort particulier.

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 deuxième congrès, 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. Ainsi, nous remercions particulièrement le Professeur François Sztark en tant que notre invité d'honneur, qui se déplace de loin pour honorer ce congrès (Merci Cher Maître).

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 deuxième congrès d'anesthésie-réanimation une réussite méritée. Merci chers amis et chers collègues.



Professeur RAVELOSON Nasolotsiry E.
Président de la SARM

Anesthésie ambulatoire

Pr François SZTARK
Pôle d'anesthésie réanimation
CHU de Bordeaux, 33076 Bordeaux Cedex

Introduction

La chirurgie ambulatoire, hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit, permet au patient de regagner son domicile le jour même de l'intervention. Le patient entre dans l'unité de chirurgie ambulatoire le matin de l'intervention, est anesthésié et opéré, puis surveillé pendant un certain temps au sein de la structure ambulatoire. Il doit pouvoir rentrer chez lui le jour même, en toute sécurité [1].

En France (données PMSI 2009), 35 % environ de la chirurgie est réalisée en ambulatoire (24% dans les établissements publics et ESPIC ; 44% dans le privé lucratif) contre 70% dans les pays nord-européens et plus de 80% aux USA [2]. Après le colloque « Chirurgie ambulatoire : quel projet pour

la chirurgie en France ? » organisé par l'ANAP/HAS/AFCA le 23 novembre 2010, les instructions envoyées aux ARS par la DGOS (circulaire DGOS/R3/2010/457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche de gestion du risque) confirment la volonté de renforcer le développement de la chirurgie ambulatoire dans son ensemble. Ce mode de prise en charge doit être étendu à l'ensemble des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire et à l'ensemble de l'activité de chirurgie, la chirurgie ambulatoire devenant la référence.

La qualité de la prise en charge périopératoire du patient est essentielle lors d'une procédure ambulatoire : sélection et information lors de la consultation d'anesthésie, accueil du patient et la vérification du dossier le jour de l'intervention, surveillance postopératoire et contrôle de la sortie et enfin organisation du suivi à domicile. L'anesthésie pour chirurgie ambulatoire peut paraître assez peu spécifique ; cependant,

seule l'utilisation d'agents et de techniques aux effets parfaitement prévisibles peut garantir le retour à domicile le jour-même. En postopératoire, la douleur et les nausées-vomissements postopératoires (NVPO) sont les principales causes de retard de sortie des patients après chirurgie ambulatoire [3]. Avec l'évolution des techniques chirurgicales et anesthésiques, des chirurgies de plus en plus « lourdes » seront réalisées en ambulatoire, mais sous réserve d'une prise en charge périopératoire rigoureuse et adaptée à l'ambulatoire.

1. Consultation pré-anesthésique

La consultation préanesthésique est obligatoire avant toute anesthésie, c'est le moment privilégié pour l'évaluation, l'information et la communication avec le patient et son entourage. Le patient doit être informé des consignes particulières préopératoires (hygiène, jeûne, adaptation thérapeutique, etc.) et postopératoires (nécessité d'un accompagnant, pas de conduite de véhicule, etc.). La consultation préanesthésique va être le moment de la confirmation au patient de la prise en charge ambulatoire qui a été proposée par le chirurgien.

Comme le soulignent les RFE SFAR 2009 [4] : « Une sélection appropriée des patients permet de limiter le risque d'hospitalisation non programmée ou de réadmission en urgence. Elle prend en compte des critères médicaux, chirurgicaux, psychosociaux et environnementaux ainsi que les caractéristiques des suites opératoires prévisibles. Le concept fondamental est le triptyque acte patient structure qui correspond à l'analyse du bénéfice risque pour le patient, à la prévisibilité de sa prise en charge et de l'organisation mise en place. »

Les critères médicaux ne sont plus aujourd'hui restrictifs [5] : Les patients de statut ASA I, II et III stable sont éligibles à la chirurgie l'ambulatoire ; l'obésité et l'âge ne sont pas un facteur d'exclusion en soi. En revanche, il est indispensable de respecter tous les critères de sélection psychosociaux et environnementaux : acceptation et compréhension par le patient, nécessité d'un accompagnant pour le retour et si besoin pour la première nuit à domicile, accessibilité et équipement du domicile (téléphone ...)

2. Quelle technique anesthésique en ambulatoire ?

Le jour de l'intervention, la visite préanesthésique doit être effectuée par un médecin anesthésiste-réanimateur dans l'heure(s) précédant le moment prévu pour l'intervention. Il est possible de prescrire une prémédication anxiolytique et/ou analgésique.

Il ne faut pas opposer anesthésie locorégionale (ALR) et anesthésie générale, toutes les techniques sont possibles. L'ALR est très utilisée en ambulatoire car elle permet d'assurer une analgésie postopératoire efficace et de diminuer les effets secondaires observés après anesthésie générale (notamment NVPO) [6]. En revanche, l'anesthésie générale peut apporter un plus grand confort au patient en pré- et peropératoire et une stratégie adéquate de prophylaxie des NVPO et un protocole d'analgésie, pouvant être débuté dès la prémédication, garantissent des suites postopératoires de qualité après une anesthésie générale. Enfin ALR et anesthésie générale/sédation peuvent être associées.

Comme le soulignent les RFE SFAR 2009 [4] : « Il n'est pas recommandé de stratégie spécifique à la prise en charge anesthésique ambulatoire. L'ensemble des agents d'anesthésie générale, hypnotiques, morphiniques et curares, peut être utilisé. Il est raisonnable de privilégier en fonction du patient et de l'acte réalisé les agents d'anesthésie à durée de vie courte et à effet secondaires réduits pour faciliter l'orga-

nisation du mode de prise en charge ambulatoire. »

En pratique, l'anesthésie générale doit reposer sur l'utilisation des agents qui semblent les plus adaptés aux impératifs d'une prise en charge ambulatoire : produit maniable avec un délai d'action bref, durée d'action courte avec élimination rapide (idéalement indépendante de la fonction rénale ou hépatique) sans effet résiduel, et peu d'effets secondaires.

Parmi les hypnotiques, le propofol, le sévoflurane et le desflurane ont été largement étudiés dans le cadre de l'anesthésie ambulatoire et apparaissent comme les agents de choix [7]. Parmi les morphiniques, les caractéristiques pharmacocinétiques de l'alfentanil et du rémifentanil sont bien adaptées à l'ambulatoire, mais le sufentanil en bolus unique est aussi utilisé [8]. Enfin la place des curares reste limitée et le monitoring de la curarisation est nécessaire de façon à pouvoir affirmer l'absence de curarisation résiduelle [9].

3. Prise en charge postopératoire

La prise en charge postopératoire des patients dans l'UCA est faite habituellement dans deux structures : d'abord dans une salle de surveillance postinterventionnelle (SSPI) répondant aux critères habituels, puis dans un deuxième secteur (secteur de repos) où le patient, toujours sous surveillance, va s'habiller, marcher, manger, avant d'être libéré de l'UCA. Le rétablissement du patient, de la sortie de salle d'opération jusqu'au recouvrement complet de ses capacités physiques, psychomotrices et cognitives préopératoires, peut être défini par trois phases distinctes [10] :

- *La phase de réveil immédiat*, ou émergence de l'anesthésie, qui débute en salle d'opération à la fin de l'intervention ou après transfert en SSPI. Cette phase est caractérisée par le retour à la conscience avec récupération des réflexes laryngés, ouverture des yeux, réponse aux ordres simples et restauration des fonctions vitales (thermorégulation, respiration, circulation). Lorsque le patient est complètement réveillé, alerte, que son état ne nécessite plus une surveillance médicale continue et qu'il satisfait à certains critères de sortie de SSPI (score d'Aldrete, par exemple), il est transféré dans le secteur de repos.

- *La phase de réveil intermédiaire* coïncide avec la récupération des fonctions psychomotrices. Le patient est surveillé dans le secteur de repos jusqu'à récupération de la station debout, de la marche sans aide, reprise éventuelle de l'alimentation, sans effets indésirables persistants (nausées, vomissements, douleur, hypotension orthostatique, somnolence, vertiges). Il satisfait alors aux critères de sortie de l'UCA, ou d'aptitude à la rue, et peut retourner chez lui sous la surveillance d'un adulte.

- *La phase tardive, ou réveil complet*, se déroule à domicile. Le patient retrouve progressivement l'ensemble de ses fonctions cognitives (mémoire, attention, raisonnement ...) et peut reprendre ses activités normales.

3.1. Score de sortie après anesthésie ambulatoire

L'autorisation de sortie de l'UCA peut être donnée lorsque le patient remplit un ensemble de conditions ou critères prédéfinis, comme ceux cités précédemment. L'équipe soignante peut aussi s'appuyer sur un score, comme cela est fait avec le score d'Aldrete pour la sortie de SSPI. L'intérêt du score, qui doit être établi régulièrement, est de fournir une donnée objective, indépendante du soignant, qui permet de libérer le patient dès que la valeur seuil est obtenue. Chung et al ont développé et validé à Toronto le score PADSS (*Postanesthetic Discharge Scoring System*) dont la version actuelle modifiée (Tableau I) comprend les cinq items suivants, côtés 0, 1 ou 2 : signes vitaux, niveau d'activité (déambulation) ; nausées et vomissements, douleur et saigne-

ment chirurgical ; un score d'au moins 9/10 est nécessaire pour autoriser la sortie du patient [11].

Tableau I. Score PADSS (Postanesthetic Discharge Scoring System) modifié.

Signes vitaux	
<i>Les constantes vitales (fréquence cardiaque et pression artérielle) doivent être stables et en accord avec l'âge du patient et l'état préopératoire.</i>	
- Variations < 20% par rapport au niveau préopératoire	2
- Variations comprises entre 20 et 40%	1
- Variations > 40%	0
Niveau d'activité	
<i>Le patient doit être capable de marcher comme en préopératoire.</i>	
- Démarche stable, sans étourdissement, ou comparable à l'état préopératoire	2
- Marche avec aide	1
- Marche impossible	0
Nausées et/ou vomissements	
<i>Le patient ne doit avoir que des nausées ou vomissements minimes avant de sortir</i>	
- minimes :	2
- modérées :	1
- sévères (malgré un traitement)	0
Douleurs	
<i>Le patient ne doit pas être douloureux (ou faiblement) avant de sortir. Le niveau de douleur doit être acceptable par le patient ; la douleur doit être contrôlable par des analgésiques oraux</i>	
- Acceptabilité : oui	2
- Acceptabilité : non	1
Saignement chirurgical	
<i>Le saignement postopératoire doit correspondre à celui attendu pour la procédure chirurgicale réalisée.</i>	
- minime (pas de réfection du pansement)	2
- modéré (une à deux réfections du pansement)	1
- sévère	0

La sortie est autorisée pour un score ≥ 9

3.2. Particularités de la prise en charge postopératoire

La douleur et les nausées-vomissements postopératoires (NVPO) sont les principales causes de retard de sortie des patients après chirurgie ambulatoire [3]. Le contrôle de la douleur postopératoire est essentiel à la réussite de l'ambulatoire et nécessite une anticipation, une rigueur de la prescription et le respect de l'observance. Il est ainsi recommandé de mettre en place une stratégie multimodale de prise en charge de la douleur postopératoire y compris à domicile [4].

Il n'existe pas de particularités en matière de prévention des NVPO dans le contexte ambulatoire [12]. La prophylaxie des NVPO se fonde en chirurgie ambulatoire comme en chirurgie classique, sur l'application d'un algorithme qui tient compte des facteurs de risque et du contexte spécifique de chaque unité ambulatoire et des actes qui y sont pratiqués. Une stratégie permettant de diminuer systématiquement le risque de base pour tous les patients doit être mise en place : par la prévention de la déshydratation liée au jeûne préopératoire, par le recours à des techniques d'anesthésie les moins émettantes possibles, notamment l'anesthésie locorégionale ou l'anesthésie intraveineuse (propofol) et par la prise en charge multimodale de la douleur postopératoire permettant de diminuer l'utilisation des morphiniques.

4. Conclusion

L'anesthésie ambulatoire repose avant tout sur la mise en place d'une organisation centrée sur le patient qui débute lors de la consultation préanesthésique et doit se poursuivre après le retour du patient à son domicile.

Les techniques modernes de l'anesthésie, générale ou locorégionale, sont adaptées à ce type de prise en charge et autorisent un réveil rapide, sûr avec un minimum d'effets secondaires.

Références

1. Biais M, Gadrat F, Sztark F. Création d'un centre ambulatoire : modalités, organisation médicale et sécurité des patients. In : JEPU ed, Paris, 2011.
2. Bontemps G. Etat des lieux et perspectives en France - Colloque chirurgie ambulatoire 23 novembre 2010 (www.anap.fr)
3. Awad IT, Chung F. Factors affecting recovery and discharge following ambulatory surgery. *Can J Anesth* 2006;53:858-72
4. SFAR. Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. Texte long. Paris: SFAR; 2009. http://www.sfar.org/_docs/articles/207-rte_ambulatoire2009.pdf
5. Babre F, Bourdalle-Badie C, Cros AM, Sztark F. Quels patients en ambulatoire ? In : JEPU ed, Paris, 2008.
6. Liu SS, Strodbeck WM, Richman JM, Wu CL. A comparison of regional versus general anesthesia for ambulatory anesthesia : a meta-analysis of randomised controlled trials. *AnesthAnalg* 2005;101:1634-42
7. Gupta A, Stierer T, Zuckerman R, Sakima N, Parker SD et al. Comparison of recovery profile after ambulatory anesthesia with propofol, isoflurane, sevoflurane and desflurane: a systematic review. *AnesthAnalg* 2004;98:632-41
8. Tesniere A, Servin F. Intravenous techniques in ambulatory anesthesia. *AnesthesiolClin North America* 2003;21:273-88.
9. Cutter TW. What is the role of neuromuscular blocking drugs in ambulatory anesthesia? *CurrOpinAnaesthesiol* 2002;15:635-9.
10. Sztark F. Critères de sortie des patients après anesthésie ambulatoire. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation* 2005; 9: 140-145
11. Marshall SI, Chung F. Dischargecriteria and complications afterambulatorysurgery. *AnesthAnalg* 1999;88:508-17.
12. Conférence d'experts « Prise en charge des nausées et vomissements postopératoires » SFAR 2007 (www.sfar.org)

Résultats préliminaires d'une étude sur la rachianesthésie unilatérale au CHU-JRA (Madagascar)

Rasamimanana R, Randrianirina R, Rajaonera TA, Raveloson NE, Randriamiarana MJ

Introduction : Si la rachianesthésie unilatérale (RU) est largement pratiquée dans les pays occidentaux, elle l'est très peu à Madagascar et à notre connaissance n'y a fait l'objet d'aucune étude jusqu'à l'heure actuelle. Cette technique permet d'adapter l'anesthésie au seul membre concerné par la chirurgie tout en réduisant les effets adverses observés lors d'une rachianesthésie conventionnelle.

Notre objectif est d'évaluer l'intérêt de la RU en recherchant ces avantages en per et post opératoire d'une chirurgie orthopédique.

Matériels et méthodes : C'est une étude préliminaire prospective observationnelle prévue pour une durée de un an allant de février 2012 au février 2013. Elle inclut tout patient ASA I ou II nécessitant une intervention orthopédique au dessous du genou. L'anesthésique local utilisé est la bupivacaïne hyperbare 0,5% à une dose de 8 mg. L'aiguille utilisée est l'aiguille à biseau de Quincke. Le critère de jugement principal est la variation hémodynamique en per et post opératoire.

Résultats : Dix cas ont été recensés depuis le début de l'étude. Le bloc sensitivomoteur strictement unilatéral est réussi chez tous les patients. Neuf patients sur dix ont présenté une stabilité hémodynamique jusqu'en postopératoire. Aucun patient n'a nécessité de sondage urinaire et le délai entre la première miction spontanée et la rachianesthésie est en moyenne de 4 heures. Tous les patients ont été satisfaits de la technique d'anesthésie.

Conclusion : Ces résultats préliminaires nous permettent déjà d'avoir une vision sur l'intérêt de la RU en chirurgie orthopédique à Madagascar.

Mots clés : Chirurgie orthopédique - Hémodynamique - Rachianesthésie unilatérale.

Cure chirurgicale en position ventrale et sous rachianesthésie d'une escarre de la région sacrée : expérience vécue au CHD2 de Morondava en 2000.

Andrianirina M, Rasolonjatovo TY,
Rasoloherimampiononiaina MR, Randriamiarana MJ

Introduction : La rachianesthésie est une section chimique réversible de la moelle par injection d'un anesthésique local dans le LCR. Le niveau du bloc est déterminé par la distribution du produit, sa fixation sur les racines et de la position du patient. L'objectif est de partager notre expérience sur cette position inhabituelle du malade.

Observation médicale : Il s'agit d'une dame de 36ans, VIH positif, présentant une escarre sur la région sacrée contractée au décours d'une hospitalisation pour une encéphalite (coma et alitement prolongé). Le parage des tissus nécrosés suivi du pansement au dakin en position ventrale et sous rachianesthésie s'est déroulé sans problème. Le résultat est une restitution ad intégrum au bout de 2 mois de traitement.

Commentaire et discussion : Le facteur qui a motivé cette indication anesthésique est l'absence de respirateur et de sonde trachéale armée dans le centre alors que le chirurgien exige une position ventrale; si bien même que des contre indications à la rachianesthésie existent: l'infection régionale, notre inexpérience de cette position, le terrain séropositif sans traitement anti rétroviral et l'affection neurologique récente.

Outre les précautions habituelles liées à la rachianesthésie, des mesures supplémentaires relatives à la position ventrale ont été prises car le moment crucial correspond au retournement de la patiente.

Conclusion : La rachianesthésie est d'une simplicité technique et de faible coût. En décubitus dorsal, elle est aussi une alternative à l'anesthésie générale dans les centres moins équipés.

Mots clés : Rachianesthésie - Chirurgie - Décubitus dorsal.

Effet de l'anesthésie péridurale sur l'utilisation de l'extraction instrumentale en obstétrique

Rabetsimamanga LAZ, Riel A, Rabarikoto HF, Fenomanana MS,
Raoelijaona L, Andrianampalinarivo HR

Introduction : L'accouchement est un phénomène physiologique mais qui est vécu très douloureux. L'anesthésie péridurale a été introduite pour alléger les parturientes. Une étude rétrospective descriptive, cas témoin a été réalisé du 01 janvier 2011 au 31 décembre 2011 au Pavillon Sainte-Fleur ayant pour objectifs de décrire le profil épidémiologique des femmes qui accouchent sous anesthésie péridurale et de voir la corrélation entre l'utilisation de l'extraction instrumentale et celle de l'anesthésie.

Matériels et méthode : Nous avons inclus les femmes ayant accouchées sous-anesthésie péridurale pour le groupe cas et le groupe témoin sont celles qui ont accouchée sans avoir reçu d'anesthésie.

Résultats : 233 patientes ont été incluses dans l'étude dont 79 cas d'accouchements sous-anesthésie et sans extraction instrumentale, 47 cas avec une extraction instrumentale avec et sans anesthésie, 60 cas d'accouchement sans anesthésie et sans extraction. La moyenne d'âge était de 32 ans. 48,55% d'entre elles exercent dans le secteur tertiaire et 82,65% sont mariées, 73,98% habitent en milieu rural. Le poids moyen était de 3117g à la naissance prédominé par le sexe féminin. L'indice d'Apgar à la naissance était de 8 en moyenne. La

voie basse a été la voie d'accouchement pour 82,65% des cas dont les 72,83% était sous anesthésie aidée d'une extraction instrumentale. Dans 45,66% des cas, aucune complication maternelle n'a été retrouvée. L'anesthésie ne diminue pas la durée du travail (p à 0,14) et n'augmente pas les complications materno-fœtales mais influence sur l'utilisation d'un instrument (OR à 2,41).

Conclusion : L'accouchement sans douleur par l'anesthésie péridurale représente un atout pour les parturientes qui n'est pas indemne de risque.

Mots clés : Accouchement, Anesthésie péridurale, Extraction instrumentale.

Douleur au service des urgences chirurgicales

Rakotoarison CN, Raveloson TZ, Andry RM, Raveloson NE

La première plainte du patient admis aux urgences, s'identifie souvent à la douleur. A Tananarive, les malgaches sont réputés pour être résistant en matière de douleur. Aussi, notre étude se propose d'effectuer une évaluation initiale de la douleur des patients consultants au Service des Urgences Chirurgicales du CHU/HJRA.

Matériels et méthode : étude rétrospective et analytique des patients enregistrés à l'ATU du service des urgences de janvier au mois de mai 2012, sont inclus les patients avec Echelle Numérique enregistrée.

Résultats : 17 390 patients sont admis. 86% de doléance algique est relevée. Pour la moitié des patients, la douleur est le principal motif de consultation. Sur ces patients algiques : 13% ont une EN<3 puis 62% environ ont une $3 \leq EN \leq 6$ et les restes ont une EN>6.

Conclusion : évaluer et traiter la douleur est une obligation légale pour les soignants, les patients doivent bénéficier de ce droit de ne plus souffrir sans préjugé.

Mots clés : Evaluation - Douleur - Urgence.

Place de l'analgésie locorégionale dans la prise en charge de la douleur postopératoire dans les chirurgies digestives sous laparotomie : réalité à Madagascar

Randrianambinina TP, Rakotondrainibe A, Rasoamampianina L,
Rajaonera TA, Randriamiarana MJ

Justificatif : La laparotomie engendre une douleur postopératoire (DPO) intense à l'origine d'une morbidité majeure. La qualité de la prise en charge de la DPO, plus largement dans la réhabilitation postopératoire vise à offrir une récupération fonctionnelle rapide en postopératoire.

Objectif : Déterminer la place de l'analgésie locorégionale dans la prise en charge de la douleur postopératoire après chirurgie digestive sous laparotomie à Madagascar.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude rétrospective sur douze mois, allant de janvier à décembre 2011, portant sur les dossiers des patients âgés de plus de 18 ans, ayant reçu une analgésie postopératoire après chirurgie digestive sous laparotomie, au service de Réanimation Chirurgicale du CHU-HUJRA.

Résultats : Quatre vingt neuf patients âgés de 48 ans en moyenne étaient retenus avec un *sex ratio* de 0,44. Dans 21,34% des cas une analgésie locorégionale a été réalisée. L'analgésie péridurale a été réalisée dans 11,23% des cas, notamment dans les chirurgies sus mésentériques. Une infiltration pariétale (4,49%) a été effectuée dans la mesure où

l'analgésie péridurale n'a pu être faite. La rachianalgésie à la morphine a été administrée dans 5,61% des cas.

Conclusion : Selon la littérature, il est recommandé, chaque fois que possible, de proposer une technique d'analgésie utilisant les anesthésiques locaux. L'analgésie péridurale est la technique la plus appropriée dans les chirurgies digestives sous laparotomie.

Mots clés : Analgésie péridurale - Douleur postopératoire - Laparotomie.

Analgesie peri-operatoire et récurrence cancéreuse

Rakotomavo F, Gueguen T, Breden A, Boulesteix G

La chirurgie demeure le traitement principal des cancers solides. Pourtant, la période péri-opératoire est associée à un risque accru de métastase et de récurrence cancéreuse à cause de la dépression de l'immunité anti-tumorale par modifications hormonales et métaboliques dues au « stress chirurgical ». Des études ont également incriminé les morphiniques dans le développement d'une immunodépression dose dépendante. Ainsi, en atténuant le stress chirurgical et en permettant une épargne morphinique dans la période péri-opératoire, plusieurs produits et techniques anesthésiques pourraient influencer favorablement sur le développement tumoral. L'usage des anesthésiques locaux, l'analgésie locorégionale et certains anti-inflammatoires non stéroïdiens étaient associés à une diminution significative des récurrences tumorales dans nombreuses études rétrospectives. Les meilleurs résultats concernaient le cancer du sein et de la prostate. Les bénéfices sont plus controversés pour les autres types de cancer. Le timing de l'analgésie est également important. L'analgésie initiée dans la période postopératoire ne semble pas être associée à une amélioration du pronostic carcinologique. Deux études prospectives sont en cours pour évaluer les bénéfices de l'analgésie locorégionale sur les métastases et la récurrence cancéreuse. Ces résultats pourraient nous orienter vers une stratégie optimale pour la prise en charge anesthésique des chirurgies carcinologiques afin d'améliorer la survie à long terme des patients. En attendant, nous avons une raison de plus pour bien assurer l'analgésie de nos patients au cours de la période péri-opératoire.

Mots-clés : Analgésie péri-opératoire - Analgésie locorégionale - Épargne morphinique - Immunodépression - Récurrence cancéreuse

Évaluation de la gravité de la pancréatite en réanimation chirurgicale

Rajaonera AT, Rakotondrainibe A, Rakotoson J, Randriamiarana MJ.

Justificatif : La détermination de la gravité de la pancréatite aiguë dans notre milieu, par les scores classiques reste assez difficile, du fait de l'indisponibilité de certaines explorations paracliniques.

Objectif : Déterminer les facteurs de gravité des pancréatites aiguës à partir des analyses biologiques disponibles au sein du service et du CHU.

Matériels et méthode : Étude rétrospective, descriptive de trois ans. Tout patient ayant présenté une douleur abdominale de type « pancréatique » associée à une valeur de la lipasémie supérieure à trois fois la normale endéans les 48 heures associées à des critères tomodynamiques, a été considéré. Le minimum d'examen biologiques requis était la numération formule sanguine, la créatininémie,

le taux d'ALAT et la glycémie. Les pancréatites aiguës ont été divisées en pancréatites bénignes et graves, selon la Classification d'Atlanta. Une régression logistique a été réalisée afin de déterminer les facteurs cliniques et/ou biologiques les plus prédictifs de la gravité de cette pathologie.

Résultats : Quarante-vingts dossiers ont été retenus, avec une prédominance masculine de la population (sex ratio : 4,7) et un âge moyen de 43,47ans. La douleur abdominale était le motif d'admission le plus fréquent (82,5%) associée ou non à d'autres signes digestifs. Les pancréatites aiguës étaient graves dans 35% des cas accusant une mortalité de 39,28%. Les facteurs prédictifs de la gravité de la pancréatite aiguë étaient : l'apparition de complications respiratoires ($p < 0,001$), la présence de comorbidité ($p : 0,045$), une thrombopénie inférieure à 150. 10⁹/ml ($p : 0,041$), un taux de prothrombine inférieur à 70% ($p : 0,004$) ainsi qu'une hémocrité supérieure à 44% ($p : 0,039$).

Mots clés : Classification d'Atlanta - Facteurs prédictifs - Gravité - Pancréatite aiguë - Réanimation Chirurgicale (CHUA-HUJRA).

Hémorragies digestives secondaire à une prise d'anti-inflammatoire anti-stéroïdien (à propos de 70 cas vus au service de réanimation chirurgicale CHU-JRA)

Randrianirina HH, Ramarolahy R, Rajaonera AT, Raveloson NE, Randriamiarana MJ

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont des médicaments largement utilisés dans le monde et dans des diverses situations ; la prise de ces médicaments expose à des complications notamment gastro-duodénales.

Sur une période de quinze mois, nous avons réalisé une étude rétrospective sur les hémorragies digestives suite à des prises d'AINS chez les patients hospitalisés au service de réanimation chirurgicale HU-JRA CHU d'Antananarivo, afin d'en déterminer le profil épidémiologique.

Au total, 70 patients ont été recensés, avec un âge moyen de 40 ans, et une prédominance masculine (71,42%) ; le principal motif d'admission était une hémorragie digestive à type d'hématémèse.

L'acide acétylsalicylique (AAS) était la molécule la plus utilisée (28%), le diclofénac dans 24%, une association de deux AINS dans 8,57% des cas.

L'indication porte surtout sur une algie dentaire ; nous avons constaté également une automédication dans la majorité des cas.

L'hémorragie digestive est observée surtout chez les patients ayant un estomac pathologique (antécédent d'ulcère, gastrite, ...) mais peut apparaître également chez les patients considérés sains.

L'évolution est favorable dans la majorité des cas, néanmoins il y avait deux cas de décès et une laparotomie en urgence a été réalisée chez un patient.

Afin de limiter cette complication hémorragique, nous proposons le respect des quelques règles de prescription et surtout éviter toute automédication quelque soit la molécule utilisée.

Mots clés : AINS - Automédication - Douleur - Hémorragie digestive.

Place de l'assistance ventilatoire en soins intensifs dans un centre hospitalier de Madagascar: réalités et perspectives

Rasamimanana NG, Andriamalala NC, Rasamimanana R, Raveloson NE

Objectifs : Evaluer les critères permettant de poser l'indication d'une assistance ventilatoire chez des patients admis pour une détresse vitale dans un centre moins équipé et discuter du bénéfice/risque de cette technique.

Méthodes : La plupart des services de soins intensifs de Madagascar ne disposent pas de matériels d'assistance ventilatoire et les personnels qualifiés sont insuffisants. Une étude rétrospective sur 3 mois de janvier à mars 2011 a été effectuée dans le service des urgences et de soins intensifs du CHU de Mahajanga.

Résultats : Les détresses respiratoires représentaient 15,29% (n=54) des admissions. L'âge moyen des patients était de 46,31 ans avec un extrême allant de 15 à 88 ans. Le sex-ratio était de 1,25 (H/F). Les principales étiologies étaient : respiratoire (44,44%), neuromusculaire (22,22%), cardio-circulatoire (12,96%). Vingt deux patients (40,74%) sont décédés parmi lesquels 50% avaient une SPO₂ <90% malgré l'apport en oxygène à haut débit. Ces patients présentaient dès l'admission les critères cliniques évoquant les caractères urgents d'une assistance ventilatoire non invasive ou invasive.

Conclusion : La ventilation assistée ou contrôlée bien que considérée comme un luxe dans nos structures hospitalières car nécessite la disponibilité de ressources matérielles et humaines, est un outil indispensable justifié devant les caractères réversibles de certaines pathologies, le jeune âge des patients, et le nombre de décès souvent inacceptable.

Mots clés : Assistance ventilatoire - Détresse vitale - Soins intensifs.

Les œdèmes aigus du poumon cardiogéniques à l'A.T.U.R. Befelatanana

Andriamasy CM, Rakotomavo F, Rajaonera T, Raveloson NE, Randriamiarana JM

Introduction : L'œdème aigu pulmonaire cardiogénique est une urgence vitale dont le pronostic varie en fonction du stade de l'évolution de la maladie, et donc de la sévérité de la cardiopathie sous-jacente d'une part, et de la qualité de la prise en charge d'autre part.

L'objectif de cette étude est d'évaluer la prise en charge diagnostique et thérapeutique afin d'améliorer le pronostic.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 164 cas d'œdème aigu pulmonaire circulatoire, hospitalisés aux Urgences Réanimation du CHU BEFELATANANA du 01 janvier 2011 au 31 mai 2012.

Résultats : La prévalence des œdèmes aigus pulmonaires cardiogéniques était de 4,5%. Les cardiopathies sous-jacentes étaient majoritairement hypertensives. Les patients ayant bénéficié d'une ventilation non invasive en réanimation ont eu un meilleur pronostic. Cinquante six patients étaient décédés. Le retard du délai d'hospitalisation, l'erreur de diagnostic par les médecins de ville, ainsi que le stade avancé de la cardiopathie sous-jacente étaient les principaux facteurs ayant expliqué ce fort taux de mortalité.

Conclusion : L'amélioration du pronostic des œdèmes aigus pulmonaires cardiogéniques implique le bon suivi des patients cardiopathes, le renforcement de la prise en charge pré-hospitalière ainsi que la restauration d'une hématose satisfaisante par la ventilation non invasive au cours de la

réanimation.

Mots-clés : Cardiogénique - Œdème aigu du poumon - Urgence

Faut-il élaborer des critères d'admission en réanimation chez nous ? réalités dans notre service

Randriamandrato T, Rajaonera AT, Ramarolahy R, Rabenjarison F, Raveloson NE, Randriamiarana MJ

Le transfert des malades vers le service de Réanimation devient une habitude chez nous. L'apparition des différents scores en Réanimation dans les travaux actuels tend à limiter l'hospitalisation des patients en service de réanimation et à bien gérer les patients. L'objectif de ce travail est d'évaluer les critères d'admission des patients dans notre service.

C'est une étude prospective sur 4 mois effectuée dans notre service de l'USFR Réanimation Chirurgicale du CHU JRA. Nous avons inclus tous les patients entrés dans notre service en analysant les paramètres vitaux à l'entrée et les complications per et postopératoires avec le type d'intervention pour les patients postopérés. 300 patients ont été recrutés pour tous les secteurs en réanimation. 40% seulement des patients hospitalisés en Réanimation nécessitent des soins et de surveillance en Réanimation.

La prise en charge des patients en service de Réanimation est trop lourde surtout dans les pays comme le nôtre. Le manque de matériels ainsi que les investigations surtout d'urgence ne nous permet pas d'élaborer les critères de gravité existants dans les littératures. Pourtant on peut élaborer un nouveau critère en se basant aux paramètres cliniques et biologiques existants pour élaborer un nouveau score modifié et adaptée pour notre service et pour alléger les tâches en réanimation.

Mots-clés : Réanimation - Critères - Gravité - Score

Facteurs pronostiques de mortalité précoce des traumatismes crâniens admis au service de réanimation chirurgicale du CHU/HUJRA

Raoelijaona L, Ramarolahy R, Rajaonera T, Randriamiarana J

Le traumatisme crânien constitue l'une des premières causes de morbidité et de mortalité pour la population jeune. L'accident de circulation constitue la principale étiologie.

Nous avons mené une étude rétrospective des traumatismes crâniens graves et de gravité moyenne aux Services de Réanimation chirurgicale CHU-A-JRA de Octobre 2004 à Janvier 2007 et nous avons retenu 186 cas.

Le traumatisme crânien constitue 15,2% des motifs d'admission. Le traumatisme crânien grave représente 48,38% des cas. La tranche d'âge entre 21 et 30 ans est la plus touchée (25,3%). Le taux de mortalité a été de 41,4% avec un âge moyen de 42,53. Les patients entrés pour traumatisme crânien avec score de Glasgow ≤ 5 ont eu 90,91% de mortalité et 55,7% pour le score de Glasgow ≤ 8 . Nous avons établi l'âge supérieur à 40 ans, le score de Glasgow initial ≤ 8 , la présence des signes de focalisation et d'aggravation neurologique, et enfin la nature des lésions intra-crâniennes comme facteurs de pronostiques de mortalité précoce.

La création d'une unité de Neuro-Réanimation avec un équipement nécessaire peut améliorer le pronostic vital du traumatisme crânien grave.

Mots-clés : Signes cliniques, score de Glasgow, lésions, mortalité

Traumatismes crâniens graves par accident de moto en réanimation chirurgicale CHUA-HUJRA: épidémiologie et pronostic

Ravolonirina BMG, Randriamiazao HMR, Ramarolahy AR, Rajaonera AT, Randriamiarana MJ

Les traumatismes crâniens représentent une des causes majeures de décès aux Urgences et en Réanimation et posent un problème de santé publique.

Nous avons menés une étude rétrospective sur dossiers, descriptive et analytique des traumatismes crânio-encéphaliques graves par accident de moto vus au Service de Réanimation Chirurgicale CHUA-HUJRA depuis Juillet 2007 à Juillet 2010.

Ils constituent 9,46% des motifs d'admission et 37,79% des TCE graves. 76 cas ont été retenus dont 19 sur les 28 motocyclistes accidentés n'ont pas eu de casques malgré les textes en vigueur. Les patients de moins de 35ans étaient les plus nombreux (60,52%) et de sexe masculin dans 81,58%. Le taux de mortalité a été de 51,31%. Les différents paramètres que nous avons analysés n'influencent pas significativement le pronostic et le devenir des patients malgré les facteurs pronostics évidents dans la littérature, pourrait être dû au caractère incomplet des dossiers médicaux étudiés et au nombre restreint de patients finalement retenus.

Cependant, une bonne politique de sécurité sociale, la création d'un SAMU, une équipe qualifiée disposant le plateau technique adéquat seront toujours souhaitables à Madagascar pour une meilleure prise en charge des traumatisés crâniens ainsi qu'une étude à plus grande échelle sur les TCE graves.

Mots-clés : Accident de moto, Casque, Score de Glasgow, Sécurité sociale, Traumatisme crânio-encéphalique grave

Osmothérapie pour œdème cérébral post traumatique : SSH 3% vs Mannitol 20%

Razafindraibe FA, Raoelijaona L, Ramarolahy R, Rajaonera TA, Randriamiarana MJ

Introduction : Le traumatisme crânien grave figure parmi les premiers motifs d'admission en réanimation chirurgicale au CHU-JRA. L'œdème cérébral, une des lésions rencontrées, nécessite l'osmothérapie comme traitement d'appoint. Notre objectif est de comparer l'efficacité du Mannitol 20% par rapport au SSH 3%.

Méthodologie : L'étude était prospective couvrant une période de 10 mois (de janvier à octobre 2011). Un échantillonnage de convenance était réalisé, comparant: 15 cas de SSH 3% à 15 cas de Mannitol 20%.

Les variables d'intérêt étaient: l'évolution neurologique (GCS, état pupillaire), la stabilité hémodynamique (Pression artérielle Systolique)

L'analyse statistique se faisait avec SPSS pour Windows: le coefficient de corrélation de Pearson a été utilisé, et $P < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.

Résultat : Une bonne corrélation positive linéaire a été retrouvée pour toutes les modalités des variables entre les deux groupes (Coefficient de corrélation $> 0,9$; $P < 0,05$). L'association la plus forte (coefficient: 0,998; $P = 0,02$).

Discussion : Les deux régimes d'osmothérapie font preuve de non supériorité, l'une par rapport à l'autre, dans le cadre de notre échantillon.

Conclusion : Les deux alternatives semblent efficaces, avec comme réserve près, la représentativité effective de l'échantillonnage.

Mots-clés : Osmothérapie - Sérum salé hypertonique - Mannitol - Trauma crânien - Œdème cérébral

Prise en charge du choc septique en réanimation

Professeur RAVELOSON Nasolotsiry, Agrégé en Anesthésie-réanimation, Chef de service ATU/Réanimation de l'HUJRB

Le choc septique représente la forme la plus grave de la réponse inflammatoire systémique à l'infection. Sa traduction clinique est représentée par un état infectieux sévère associant des dysfonctions d'organes à une défaillance circulatoire ne répondant pas au remplissage vasculaire et nécessitant l'utilisation de drogues vasoactives. Cette maladie est à l'origine d'une mortalité élevée en service de réanimation et même dans les pays développés. Le pronostic vital du patient est souvent engagé et il s'agit d'une urgence thérapeutique.

Le traitement du choc septique repose sur un traitement anti-infectieux probabiliste précoce et adapté, la recherche d'un foyer infectieux nécessitant un geste chirurgical ou l'ablation d'un matériel invasif et le traitement symptomatique de la défaillance cardiocirculatoire (remplissage vasculaire, utilisation de catécholamines) et des autres dysfonctions.

En dépit des progrès réalisés tant dans le domaine de l'antibiothérapie que de la prise en charge des dysfonctions et défaillances viscérales, le taux de mortalité du choc septique reste élevé, autour de 50 %. Une meilleure compréhension des phénomènes concourant à la physiopathologie du choc septique a fait naître des espoirs nouveaux dans la prise en charge de ces patients. Des essais thérapeutiques récents (inhibiteurs de la coagulation, glucocorticoïdes à faibles doses, anti-TNF) ont permis de montrer une diminution significative de la mortalité et devraient permettre dans les années futures d'améliorer le pronostic du choc septique.

Profils étiologique et évolutif des cardiopathies gestantes vue a l'Hôpital Universitaire de Gynécologie-Obstétrique de Befelatanana

Harioly Nirina MOJ, Andrianirina M, Rasoloheramampioniaina M, Andriampalanarivo HR, Raveloson NE

Introduction : Dans les pays industrialisés, les cardiopathies du péripartum sont surtout d'étiologies congénitales contrairement dans les pays en développement où les cardiopathies rhumatismales sont les plus fréquentes. Notre objectif est de décrire les profils étiologique et évolutif des cardiopathies gestantes rencontrées dans le service de réanimation de l'hôpital universitaire gynécologie-obstétrique de Befelatanana (Madagascar)

Matériels et méthodes : A travers une étude descriptive rétrospective sur 4 ans (Juin 2007 à Août 2011) portant sur les dossiers des cardiaques gestantes ayant séjourné dans ce service. C'est une étude exhaustive et les paramètres analysés ont été la fréquence, le revenu mensuel, la consultation prénatale, type de cardiopathie et la mortalité.

Résultats : Soixante deux patientes avait été retenues avec une incidence de 1 pour 900 accouchements. L'âge moyen était de 31,6 +/- 6,6 ans avec des extrêmes de 18 et de 41ans. 16 cas (25,8%) avaient un revenu mensuel supérieur au Salaire Minimal d'Intérêt Général (SMIG). Huit cas (12,9%) avaient bénéficié de plus de 5 consultations prénatales (CPN). Les étiologies recensées étaient par ordre fréquence croissante la CIA, la PCA, la tétralogie de Fallot, la maladie mitrale, les polyvalvulopathies, les maladies de meadows dans 33,9% des cas et les cardiopathies rhumatismales dans 41,9% des cas. Nous avons recensé 4 cas de décès maternels (6,4%) survenant dans 72 premières heures du post-partum. Les polyvalvulopathies étaient les plus incriminées.

Conclusion : Dans notre établissement les cardiopathies du péripartum reste l'apanage d'une femme jeune vivant dans des conditions précaires et elles connaissent surtout une origine rhumatismale.

Mots-clés : Cardiopathie du péripartum - Cardiopathie rhumatismale - Meadows - Polyvalvulopathie.

Un cas de malformation artério-veineuse utérine acquise

Rabarikoto HF, Rabetsimamanga LAZ, Randriamahavonjy R, Rabarikoto, Randriambelomanana AE, Andrianampalinarivo HR, Raveloson JR

Introduction : La malformation artério-veineuse utérine (MAVU) acquise est une pathologie rare et peu connue. Elle peut engager à court terme le pronostic vital de la patiente.

Observation : Madame R.N., 34 ans, G₃P₂A₁ dont une IVG par manœuvre intra-utérin en Mars 2011, était venue en consultation pour métrorragie trois semaines après l'acte. Un curetage évacuateur était réalisé pour rétention placentaire. La patiente était revenue 2 semaines après pour le même motif. L'échographie avait retrouvé une image hétérogène de l'isthme vers la paroi antérieure. L'hospitalisation est décidée pour surveillance. A J2 une hémorragie abondante et 6,9 g/l d'hémoglobines avaient entraîné un deuxième curetage. Ce dernier avait déclenché une hémorragie cataclysmique traitée par une hystérectomie d'hémostase et 6 poches de sang. L'anatomo-pathologie n'avait révélé rien de particulier. Une relecture de lame faite en avril 2012 a posé le diagnostic de MAVU acquise en écartant celui d'une rétention placentaire par l'absence de trophoblaste.

Commentaire : La MAVU se développe suite à un traumatisme endo-utérin au cours d'une grossesse. Il s'agit dans la majorité des cas de saignement survenant dans le post abortum souvent attribués à une rétention placentaire. Le curetage est ainsi réalisé mais il aggrave la MAVU. L'échographie couplée au doppler couleur permet de mettre en évidence les anomalies vasculaires. L'artériographie permet à la fois de confirmer le diagnostic et de traiter cette pathologie. Dans les centres n'en disposant pas, l'hystérectomie reste le traitement de référence.

Conclusion : Toute métrorragie du post-abortum doit être bien explorée avant de poser le diagnostic de rétention placentaire.

Mots-clés : MAVU acquise - Métrorragie post abortum - Echographie - Doppler

Facteurs de risque et pronostic des césariennes réalisées en urgence pour placenta praevia hémorragique à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie-Obstétrique de Befelatanana

Harimiadantsoa T, Johannes RF, Rakotozanany B, Andrianampalinarivo HR

Introduction : Les complications hémorragiques au cours du placenta praevia sont imprévisibles et peuvent indiquer une césarienne en extrême urgence. Notre étude se propose comme but de déterminer les facteurs de risque ainsi que le pronostic de cette pathologie dans cette situation.

Patientes et méthode : Il s'agit d'une étude cas-témoins, prospective et analytique s'étalant sur la deuxième moitié de l'année 2011. Nous avons inclus toutes les patientes ayant subi une opération césarienne en urgence pour placenta praevia hémorragique pour les cas, et les témoins sont représentés par des patientes césarisées en urgence pour une autre raison, prises au hasard.

Résultats : Nous avons recensé 62 cas pour 124 témoins. La tranche d'âge >30 ans représentait 46,8% des cas contre 29,8% des témoins (p= 0,01). La parité moyenne pour les cas était de 3 contre 1,7 pour les témoins (p= 0,001). Pour les cas, l'admission était référée dans 56,5%, au moins une échographie était réalisée pendant la grossesse dans 41%, une hospitalisation pendant la grossesse était notée dans 12,9% des cas et le diagnostic était fait à l'entrée dans 75,8%. Les complications maternelles sont représentées par une anémie maternelle, cas : 67,7% contre témoins : 2,4% (p=0,00001), et les complications fœtales par l'hypotrophie cas : 16,1% contre témoins : 8,1% (p=0,05) et la mortalité périnatale est de 22.6% contre 8% (p= 0.04).

Conclusion : Le placenta praevia reste une pathologie grave de la grossesse. Un diagnostic échographique précoce permettrait une surveillance adaptée et la prévention de toutes les complications obstétricales de cette pathologie.

Mots-clés : Placenta praevia - Pronostic - Complications - Césarienne.

Ruptures utérines sur utérus cicatriciel : épidémiologie-clinique, complications maternelles et fœtales

Rekoronirina EB, Randrianantoanina FE, Nicolet G, Boukerrou M, Barau G, Andrianampalinarivo HR.

Introduction : La rupture utérine est une urgence obstétricale majeure, responsable d'une lourde morbi-mortalité maternelle et fœtale. Événement devenu rare dans les pays développés, elle reste la hantise d'un accouchement sur utérus cicatriciel.

Objectif : Décrire le profil épidémiologique et les complications materno-fœtales associées à une rupture utérine sur utérus cicatriciel.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive des ruptures utérines sur utérus cicatriciels, vues dans le Service de Gynécologie Obstétrique du Groupe Hospitalier Sud Réunion de Saint Pierre, allant de janvier 2001 à juin 2010.

Résultats : Trente ruptures utérines dont 22 complètes ont été recensées. Ces dernières ont eu lieu dans 0,6% des utérus cicatriciels (22/3860) et 0,7% des tentatives d'accouchement par voie vaginale (20/3014). L'âge moyen de nos patientes était de 30 ans. La multiparité a été retrouvée dans 17%. Vingt et six ruptures, soit 86,7% ont été diagnostiquées pendant l'épreuve utérine. Les signes cliniques étaient dominés par l'hypertonie, l'hypercinésie et les anomalies du rythme cardiaque fœtal. L'utilisation d'ocytocine au cours du travail a été retrouvée dans 77%. Aucun décès maternel n'a été retrouvé. Nous avons eu quatre décès périnataux, soit une mortalité périnatale de 13%. Vingt et trois pour cent des nouveaux nés ont été transférés en néonatalogie. L'hémorragie du post-partum constituait les principales complications maternelles (47,7%). Trois hystérectomies d'hémostase ont été réalisées.

Conclusion : Nous avons eu un faible taux de mortalité materno-fœtale. Il est nécessaire de bien sélectionner les patientes à qui l'on propose une épreuve utérine.

Mots-clés : Rupture utérine - Morbidité-mortalité fœto-maternelle - Utérus cicatriciel,

Pronostic d'une urgence obstétricale extrême: la rupture utérine observée à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie-Obstétrique de Befelatanana

Johannes RE, Randriambololona DMA, Harimiadantsoa T, Andrianampalinarivo HR

Introduction : La rupture utérine est une complication grave du travail. Le pronostic maternel est sombre et celui du fœtus en est catastrophique. L'objectif de cette étude est de déterminer l'incidence ainsi que de préciser les facteurs de risque de cet accident.

Patientes et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive s'étalant sur l'année 2009 à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana. Les patientes qui présentaient une rupture utérine confirmée en per opératoire avaient été incluses.

Résultats : Nous avons recensé 29 cas sur 9501 naissances. L'âge moyen des patientes était de 35 ans et les grandes multipares en représentaient 58%. La grossesse était mal suivie dans 72% des cas. Les patientes référées pour échec de tentative d'accouchement atteignaient 82,75%. Une cicatrice utérine antérieure n'était retrouvée que dans 28%. Les facteurs mécaniques étaient retrouvés dans 58%. La rupture intéressait le segment inférieur dans 82% des cas. Une atteinte des gros vaisseaux était retrouvée chez 27% des patientes. Une hystérectomie était réalisée dans 62% des interventions. On avait déploré 24 % de décès maternel. La mortalité périnatale atteignait 65% et une souffrance fœtale était retrouvée chez 24% des nouveau-nés vivants.

Conclusion : L'incidence de la rupture utérine et notamment la survenue sur un utérus non cicatriciel est encore trop fréquente dans notre centre et dans les pays en développement. Elle résulte de la mauvaise pratique de l'accouchement. Un suivi rigoureux de la grossesse ainsi que la pratique de l'accouchement par un personnel qualifié permettraient de réduire cette incidence.

Mots-clés : Hystérectomie d'hémostase - Rupture utérine - Prévention - Pronostic

Prémédication chez l'enfant : qu'en est-il en 2012 ?

Rakotondrainibe A, Randriamizao HMR, Rajaonera TA, Randriamirana MJ

Introduction : La prémédication chez l'enfant a pris un regain d'intérêt ces dernières années. Son objectif est de bien préparer le patient avant une intervention chirurgicale. Dans notre contexte, sa prescription n'est pas encore bien codifiée et même assez précaire.

Objectif : Évaluer la prescription de la prémédication dans les chirurgies pédiatriques programmées.

Matériels et méthode : Étude rétrospective depuis le début de l'année 2012, par analyse des fiches de consultations pré anesthésiques. Toute chirurgie mineure maxillo-faciale, viscérale et ortho traumatologique a été considérée. La prescription de la prémédication au décours de la consultation pré anesthésique a été notifiée, de même que le moment prescrit pour son administration (la veille au soir et/ou le matin de l'intervention).

Résultats : Les dossiers de 184 enfants ont été analysés. L'âge moyen des patients était de 3,9 ans avec un *sex ratio* de 3,4. Une prémédication a été prescrite dans seulement 14,1% des cas. Le choix de la molécule se portait exclusivement sur l'hydroxyzine. L'administration s'est faite soit la veille de l'intervention (57,5%), soit le matin de l'intervention (7,7%), soit la veille au soir et le matin de l'intervention (34,7%).

Discussion : La prémédication chez l'enfant a plusieurs avantages, en outre de diminuer l'anxiété pré-opératoire, de faciliter la séparation avec les parents ainsi que d'améliorer le réveil postopératoire. Les posologies doivent être adaptées à la voie d'administration. La molécule de référence en anesthésie pédiatrique reste les benzodiazépines, mais d'autres médicaments ont aussi leur place. Toutefois, quelque soit la molécule utilisée, la préparation psychologique et la mise en confiance de l'enfant reste la meilleure prémédication quelque soit le type de chirurgie.

Mots-clés : Consultation pré-anesthésique - Enfant - Hydroxyzine - Pré-opératoire - Prémédication.

Rupture spontanée intrapéritoneale d'hydronephrose chez l'enfant

Raherinantenaina F, Rakotosamimanana J, Rambel AH, Rakototiana FA, Rantomalala HYH.

Introduction. La rupture spontanée intrapéritoneale d'hydronephrose est rare chez l'enfant. Seuls quelques cas ont été rapportés par la littérature.

Objectif. Soulever les points essentiels concernant les difficultés diagnostic et les modalités thérapeutiques de cette entité.

Observation. Un garçon de 30 mois sans antécédent pathologique particulier ni de traumatisme abdominal, était admis aux urgences pour une fièvre à 38,5°C et ballonnement abdominal. Le tableau clinique évoquait une péritonite aiguë généralisée. Une laparotomie transversale sus-ombilicale retrouvait un épanchement péritonéal abondant et l'existence de fistule réno-méso-colique droit parsemée de fausse membrane donnant issu de liquide citrin. Le décollement du colon ascendant après dissection du fascia de Told droit a montré une dilatation du bassinet en amont de la jonction pyélo-urétérale. Le diagnostic d'une rupture spontanée intrapéritoneale d'hydronephrose était confirmé. Le traitement consistait en une dérivation urinaire interne en urgence et une cure définitive du syndrome de jonction pyélo-urétérale en différée.

Discussion. Cette attitude est bénéfique aussi bien dans l'immédiat car le drainage de la voie excrétrice par une sonde urétérale évite les complications correspondant à des fuites anastomotiques, mais aussi à long terme car permet de faire un bilan morphologique et fonctionnel du rein hydronephrotique repoussant l'indication d'une néphrectomie et évitant de mettre le patient en situation de rein unique.

Conclusion : La rupture spontanée d'hydronephrose est une cause rare de péritonite, non diagnostiquée par l'imagerie conventionnelle et dont le diagnostic est peropératoire. La prise en charge chirurgicale en deux temps nous semble beaucoup plus prudente et bénéfique.

Mots-clés : Hydronephrose ; Chirurgie ; Péritonite

Difficulté de diagnostic d'un pneumothorax spontané chez un nourrisson de 10 mois, un cas rapporté

Rafaravavy NE, Razafindrakoto H, Randrianjafinimpanana, H, Ratsitohaina H, Ahmad A, Robinson AL

Le pneumothorax est une éruption d'air dans la cavité pleurale. Le pneumothorax spontané de l'enfant est rare, et souvent associé à un facteur favorisante. Un emphysème sous cutané ou un pneumo médiastin peuvent être associés.

Observation : Notre patient est un nourrisson de 10 mois, sans antécédent particulier, hospitalisé pour une diarrhée de 15 jours d'évolution associée à des vomissements alimentaires, de la fièvre et une altération de l'état général. A l'entrée, il était hypotonique, asthénique, fébrile à 38°5 et présentait un état de malnutrition modéré. A l'examen, on a trouvé du muguet, une rhinorrhée, une toux sèche et une gorge rouge. Il n'y avait ni polypnée ni signe de lutte et l'auscultation pulmonaire était libre. Le bilan sanguin montrait un syndrome inflammatoire biologique: CRP 48mg/l, globules blancs à 27G/l avec des polynucléaires neutrophiles à 57%. L'évolution était marquée par la persistance de l'hypotonie et de la toux sèche à la 48^{ème} heure d'hospitalisation. Des emphysèmes sous-cutanés axillaires et sus-claviculaire droits ont par ailleurs été remarqués. La radiographie du thorax a confirmé la présence de pneumothorax stade IV.

Discussion : Le mécanisme d'un pneumothorax est surtout basé par l'éruption de l'air dans la plèvre. Ceci nécessite l'existence d'une brèche de la paroi de la plèvre viscérale. En cas d'infection pulmonaire, c'est l'association d'une obstruction des voies aériennes par l'œdème muqueux, l'augmentation des sécrétions et la destruction tissulaire par les germes qui favorisent la survenue de cet pneumothorax spontané.

Conclusion : Les signes évocateurs de pneumothorax sont surtout d'ordre pulmonaire mais, ils sont souvent atypiques chez le nourrisson. Le diagnostic est confirmé par une radiographie cœur poumons de face. En dessous de 1 an les facteurs favorisants sont l'infection pulmonaire et la malnutrition.

Mots-clés : Nourrisson - Pneumothorax spontané

Les urgences vitales du prématuré : prévention et prise en charge

Rakotozanany A, Razafindrakoto H, Andrianirina ZZ, Nomenjanahary R, Robinson AL

La prématurité se définit comme une naissance survenant avant la 37^e semaine d'aménorrhée. Le terme inférieur à 32 semaines d'aménorrhée définit la grande prématurité. Elle s'accompagne d'une morbidité et d'une mortalité d'autant plus fréquentes que l'âge gestationnel est faible.

Les principaux risques sont en rapport avec l'immaturation des grandes fonctions vitales. Ainsi, les complications sont prévisibles et permettent d'anticiper la prise en charge. Les risques sont représentés par l'hypothermie, l'hypoglycémie, l'infection bactérienne, les troubles respiratoires dont la maladie des membranes hyalines et l'apnée du prématuré, le risque d'ictère nucléaire, les complications neurologiques à type de leucomalacie périventriculaire ou d'hémorragie intra-ventriculaire et les complications digestives dont le plus redoutable est l'entérococolite ulcéro-nécrosante.

Une mise au point sur la prévention et le traitement d'urgence de chacune de ces complications sera décrite dans cette présentation, et la prévention de la pathologie iatrogène, même dans cette situation d'urgence, doit rester un souci permanent.

Mots-clés : Entérococolite - Maladie des membranes hyalines - Prématurité - Mortalité infantile -

Facteurs de risques de mortalité en milieu hospitalier pédiatrique à Antananarivo

Razafindrakoto H, Rakotozanany A, Rabeatoandro S, Ratsimbazafy A, Robinson AL, Raobijaona H

Justificatif : La mortalité infantile et juvénile reste encore élevée à Madagascar. L'objectif de ce travail était d'identifier et d'analyser les facteurs de risque de mortalité infanto-juvénile dans 2 services de pédiatrie d'Antananarivo. Ensuite, émettre des suggestions afin de contrôler ou d'améliorer la mortalité hospitalière.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique basée sur les 214 dossiers médicaux d'enfants décédés. Il s'étend sur une période de 1 an allant du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2010 et portant sur 214 enfants hospitalisés et décédés.

Résultats : Le taux de létalité était de 38,33 %, les motifs de décès les plus fréquents étant les pathologies neurologiques, plus particulièrement les méningites (24,8 %). Dans 57,94 % des cas, le décès est survenu entre le 2^{ème} et 7^{ème} jour d'hospitalisation.

Discussion : Il ressort de notre étude que les facteurs favorisants la mortalité infantile et juvénile en milieu hospitalier sont représentés par l'âge de l'enfant, sa résidence, l'évolution de la maladie, le diagnostic du décès, l'heure du décès, l'état nutritionnel. Par contre, le sexe de l'enfant, ainsi que l'état vaccinal ne semblent pas avoir une influence évidente sur les décès.

Conclusion : La prévention peut réduire cette mortalité ; nous suggérons : le renforcement de la sensibilisation des mères, formation et encadrement des personnels de santé, renforcement de la politique sanitaire, l'amélioration des infrastructures au niveau des hôpitaux de références.

Mots-clés : Facteurs de risques - Madagascar - Mortalité infantile et juvénile,

Les brûlures oculaires et annexielles : étude rétrospective à propos de 28 cas

Andriamahenina AM, Raobela L, Ralibert J, Randrianarisoa HL, Ramanitarivo V, Rakotoarisoa RTR, Randrianjafisamindrakotroka O, Haingomalala Z, Raharimanantsoa OL, Andriantsoa V, Bernardin P

Objectifs : Identifier les profils épidémiologiques et cliniques des brûlures oculaires et annexielles ayant nécessité une hospitalisation, et isoler en particulier les sujets et situations à risque afin d'élaborer une stratégie de prévention.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée au sein du service d'ophtalmologie du CHUA/JRA de janvier 2009 à décembre 2011. Nous avons pu recenser 28 cas. Les paramètres étudiés concernaient l'épidémiologie, la clinique, la thérapeutique et le suivi des patients traumatisés.

Résultats : 50% des brûlures oculo-annexielles sont survenues en 2009. 42,9% des patients étaient compris dans la tranche d'âge de 26 à 35 ans avec une moyenne d'âge de 29,6 ans. 21 cas sur 28 étaient des sujets de sexe masculin (75% de l'échantillon). Dans 57,1% des cas, il s'agissait d'accidents domestiques, suivis de 35,7% d'accidents de travail. Les agents en cause étaient largement dominés par les agents chimiques (53,6% des cas) dont 10 cas de brûlures par acide. La moitié des patients a présenté des complications évolutives à type de kératite ponctuée superficielle.

Conclusion : Les brûlures du globe oculaire et de ses annexes constituent des urgences ophtalmologiques nécessitant une prise en charge précoce et efficace. Leur retentissement tant esthétique que fonctionnel ne doit jamais être sous-estimé. La prévention restant le meilleur remède, il convient d'identifier les situations à risque afin d'améliorer autant que faire se peut les mesures prophylactiques.

Mots-clés : Brûlures oculaires - Brûlures des annexes - Traumatismes oculaires - Urgences ophtalmologiques

Facteurs pronostiques des brûlures graves en réanimation

Ranjava N, Randriamandrato T, Rajaonera AT, Raveloson NE, . Randriamiarana MJ

Introduction : La brûlure grave est fréquente en réanimation et l'incidence de la mortalité reste très préoccupante. La précocité et la qualité de la réanimation d'un brûlé grave jouent un rôle fondamental dans le pronostic vital.

Objectif : déterminer les facteurs pronostiques et évaluer la prise en charge en réanimation.

Etude rétrospective en un an incluant tous les patients brûlés graves entrés dans le service de réanimation chirurgicale.

Résultats : 34 patients inclus ; prédominance masculine 76,47% ; étiologie dominée par accident domestique, eau chaude pour l'enfant et électrocution pour l'adulte

L'évaluation de surface brûlée était systématique et guide l'apport hydro électrolytique. Libération des voies aériennes, oxygénation, antalgique, antibioprofylaxie, sérum antitétanique et soins locaux constituaient la prise en charge en générale. Les complications infectieuses prennent la première place puis les problèmes respiratoires et de dénutrition avec mortalité de 23,52%.

Conclusion : En France, les flammes sont le plus souvent impliquées dans les brûlures graves chez l'adulte ; les liquides chauds représentent la première cause de toutes les brûlures chez l'enfant. Plusieurs sont les formules établies pour l'apport hydro électrolytique des brûlés dont celui de parkland et carvajal. L'isolement est de règle au cours de l'hospitalisation. L'antibioprofylaxie n'est pas systématique en générale ; ce qui n'est pas le cas dans notre étude. A part les complications infectieuses, respiratoires, et nutritionnelle ; le retard de prise en charge, l'existence de tares associés assombrissent le pronostic vital.

Mots-clés : Brûlure grave - Complications - Mortalité Pronostic

Profil de prescription des bilans biochimiques en préopératoire demandés à l'UPFR biochimie du CHU-JRA Antananarivo

Ranaivosoa K, Randriamanantany Z, Randriamandrato T, Randriamanantenasa TN, Rasamindrakotroka A

Objectif : Evaluer la prescription des bilans préopératoires à l'UPFR Biochimie au CHU/JRA Antananarivo

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 3 ans, allant de janvier 2008 à décembre 2010. Nous avons analysé les données saisies à partir des fiches de prescription pour bilan préopératoire. Les informations ont été saisies et traitées avec le logiciel Epi-info.

Résultats : Sur 183.690 demandes d'analyses, 22.960 ont consisté en un bilan préopératoire. L'âge moyen des patients était de 38,3 ans (étendue= 1-107ans) avec un mode à 43 ans. On note également une prédominance masculine avec 55,6% des patients. Seuls 25% des demandes ont un renseignement clinique bien précisé. Les paramètres les plus demandés sont la glycémie, l'azotémie, la créatininémie et l'ionogramme sanguin avec 28,5% des demandes, suivis de l'association glycémie, azotémie et créatininémie avec 11,4% des demandes, enfin, l'association glucose-créatinine concerne 6% des demandes. Ce profil de prescription est habituel surtout en Réanimation chirurgicale, mais les autres services comme la traumatologie, en neurochirurgie, en urologie et en chirurgie viscérale adoptent également ce profil.

Conclusion : La glycémie, l'azotémie, la créatininémie et

l'ionogramme sont les plus demandées par les prescripteurs au CHU/JRA Antananarivo. Les autres paramètres sont plutôt à ajouter en fonction du contexte clinique

Mots-clés : Bilan préopératoire - Biochimie - Prescription

Qualité du concentré globulaire produit au centre national de transfusion sanguine à Madagascar

Razafimanantsoa FE, Andoniaina H, Andriambelo LV, Herisoa RF, Razanakolona LRS, Rakoto Alison O, Rasamindrakotroka A

La transfusion est souvent un acte salvatoire si approprié. Une étude menée sur les caractéristiques du concentré globulaire produit au centre national de transfusion sanguine à Antananarivo en 2011 pendant 2 mois a révélé que seul le dixième du produit de décantation a répondu aux normes recommandées. L'hémoglobine, l'hématocrite et les leucocytes atteignant la norme sont de 15%, 13% 25% respectivement. La non conformité du concentré est liée tant au donneur qu'à la procédure.

Mots-clés : Contrôle de qualité - Concentré globulaire - Madagascar

Éléments de recommandation sur la prévention des erreurs médicamenteuses en anesthésie et réanimation obstétriques

Andrianimaro FM, Rampanjato Rasoloherimampioniaina RM, Andrianirina M, Ralaimanana C

Introduction: Les rares études publiées mettent en évidence qu'une erreur médicamenteuse survient de 1 fois sur 900 à 1 fois sur 130 anesthésies. Si on estime que 5 médicaments sont administrés en moyenne par anesthésie, la fréquence des erreurs médicamenteuses par administration serait de l'ordre de 1 fois sur 10000 à 1 fois sur 1000. En effet, il a été montré que la fréquence des erreurs observées pourrait être 400 fois supérieure à celle des erreurs déclarées. L'objectif de notre étude c'est de démontrer la réalité et la gravité des erreurs médicamenteuses afin de prévenir leur survenue.

Méthodologie: Etude prospective basée sur l'observation active des contenus et contenant des différentes formes galéniques des médicaments d'usage courant en anesthésie réanimation.

Résultat: La plupart des médicaments injectables se ressemblent tant sur la forme que sur la couleur et l'étiquette. Certains médicaments possèdent une lisibilité médiocre et sont difficiles à casser, source de blessure. Tandis que pour d'autres, l'inscription s'efface très facilement.

Discussion: Ces anomalies peuvent entraîner des erreurs médicamenteuses potentiellement graves mais pouvant être évitables. Les erreurs sont classées en deux catégories à savoir les erreurs de reconstitution et les erreurs d'administration.

Conclusion : La prévention de ces erreurs implique donc la combinaison de mesures actives de contrôle et de mesures passives destinées à en renforcer l'efficacité et à réduire les possibilités d'intervention.

Mots-clés : Anesthésie réanimation - Erreur médicamenteuse - Pharmacovigilance

Corticosurrénalome malin : à propos d'un nouveau cas a Madagascar

Andriamasy CM, Ramorasata CA, Rakototiana A

Le corticosurrénalome est une tumeur maligne rare qui se développe à partir de la corticosurrénale. Son incidence est de 0,02%. Ses manifestations cliniques sont très diverses et son traitement est exclusivement chirurgical. Le pronostic est péjoratif malgré de nombreux progrès effectués ces 10 dernières années. Sa prise en charge est multidisciplinaire.

Observation : Nous rapportons le cas d'un patient de 55ans qui était hospitalisé au service de réanimation polyvalente du Centre Hospitalier de Soavinandriana. L'examen clinique avait révélé une hypertension artérielle et une masse épigastrique. Les examens biologiques avaient mis en évidence une pancréatite aiguë. Les examens morphologiques avaient montré une tumeur surrénalienne gauche se rehaussant de façon hétérogène. Le diagnostic de corticosurrénalome était fortement évoqué. Une intervention chirurgicale consistant en une surrénalectomie avec curage ganglionnaire lombéo-aortique était réalisée. Le patient décède 10 jours post-opératoire des suites d'une fibrillation ventriculaire. L'examen anatomo-pathologique avait confirmé le diagnostic de corticosurrénalome malin endocrinien.

Discussion : A travers cette observation, nous avons pu mettre en évidence la réalité de cette affection à Madagascar, la difficulté de sa prise en charge ainsi que la gravité de son pronostic.

Mots-clés : Corticosurrénalome - Pronostic - Scanner - Traitement, Tumeur surrénalienne

Réanimation et oncologie : la situation à Antananarivo en 2012

Hasiniatsy R, Razakanaivo M, Randriamanovontsoa E, Andrianandrasana NO, Rabarijaona L, Maniry Iangonantsoa J, Rafaramino F

Le Service d'Oncologie-Hématologie-Radiothérapie d'Antananarivo se trouve au sein d'un hôpital où il y a quatre grands services de réanimation. A un moment donné de leur prise en charge, le passage en réanimation, la prise d'un avis de réanimateur, ainsi que le transfert du service de réanimation vers la cancérologie sont des passages que pourraient emprunter un malade porteur de cancer.

Les auteurs se proposent d'étudier le flux des patients entre le service d'oncologie et les services de réanimation au sein de l'Hôpital Universitaire JRA en 2012. Il s'agit d'une étude prospective d'observation s'étalant sur 45 jours. Elle concernait les patients admis en hôpital conventionnel de façon non programmée ou qui ont vu leur séjour se prolonger pour des problèmes en cours d'hospitalisation. Nous avons recrutés 67 patients avec une moyenne de 1,48 patient par jour. Cinq patients provenaient d'un service de réanimation (7,46%). Sur les 35 appels durant l'hospitalisation, l'avis des réanimateurs a été demandé huit fois (22,85%) et dont 6 cas sont transférés en réanimation. Une patiente a été envoyée en réanimation dès l'arrivée. Au total, il y avait huit transferts dont sept dans un service de réanimation (11,94%). Quatre patients y sont décédés à moins d'un jour de leur arrivée et trois revenus dans le service. Le séjour en réanimation variait de moins d'un jour à cinq jours. On a enregistré 9 décès soit 13,43% dans le service.

Même si peu de patients passent en réanimation avant de passer en oncologie, les réanimateurs sont souvent sollicités pour des problèmes posés durant l'hospitalisation en oncolo-

gie. Les patients transférés en réanimation ont un issu fatal majeur. Une collaboration étroite devrait être mise en place entre les deux entités pour une meilleure prise en charge des patients.

Mots-clés : Réanimation - oncologie - hospitalisation - Antananarivo - 2012

Maladie de fournier : prise en charge en service des urgences chirurgicales du CHU/JRA

Velomora A, Tohaina D, Rakotoarison NC, Rantomalala. YH.

Introduction : La gangrène de Fournier est une fasciite nécrosante rapidement progressive du périnée et des organes génitaux externes. C'est une maladie grave avec une mortalité globale allant de 15% à 50%. Notre objectif est de rapporter les cas de maladie de Fournier enregistrés dans le service des urgences pendant la période d'étude pour améliorer la prise en charge afin de réduire le taux de mortalité.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, analytique par collecte de dossiers de patients dans le service des urgences du CHU/JRA Tananarive pendant la période de Septembre 2011 au mois d'août 2012. Sont inclus les patients admis pour une maladie de Fournier. Plusieurs paramètres ont été étudiés : les caractéristiques démographiques, les comorbidités, les étiologies, les manifestations clinique, la prise en charge et évolution.

Résultats : 10 cas sont enregistrés dont l'âge moyen est de 42 ans avec une sex-ratio de 4/1. Diabète, éthyliisme, surcharge pondérale sont les comorbidités relevées. Aucun prélèvement bactériologique n'est effectué. Une réanimation péri-opératoire, une triple antibiothérapie, suivie de l'intervention chirurgicale constituent la base de la prise en charge.

Conclusion : Face à cette maladie grave grevée d'un pronostic péjoratif, le diagnostic précoce est nécessaire pour diminuer le taux de mortalité.

Mots-clés : Maladie de Fournier - Prise en charge - Urgence

Étude transversale du profil de prescription de routine en anesthésie réanimation obstétrique: que dire du robinet à trois voies?

Rasoloherimampiononiaina RM, Randrianantoanina FE, Rabemalala D, Andrianampalinarivo HR

Introduction : Le robinet à trois voies facilite la manipulation de perfusion à connexion multiple et contribue à la réduction du risque de contamination du système de perfusion.

Notre étude vise à documenter l'intégration du robinet à trois voies dans la prescription de routine des professionnels impliqués de près ou de loin dans l'anesthésie et la réanimation en milieu de référence en gynécologie obstétrique.

Matériels et méthode : Après accord auprès des autorités faisant office d'éthiques, les données de la tenue de livre journalier du premier bimestre 2011 de la pharmacie ont été analysées. Les variables d'intérêt étaient : la fréquence des prescriptions en consommables de perfusion (perfuseur, transfuseur, cathéter périphérique), le ratio (exprimée avec leur intervalle de confiance à 95%) de leur combinaison à la prescription de robinet à trois voies.

Résultats : Le robinet à trois voies a été prescrit 96 fois au cours de la période de l'étude : équivalent à 14,0 [11,6-17,0] fois moins que les perfuseurs, 1,2 [1,1-1,4] fois moins que les transfuseurs, 13,8 [11,4-16,7] fois moins que les cathéters

18G, 5,9[4,9-7,1] fois moins que les cathéters 24G.

Conclusion : Le robinet à trois voies ne fait pas encore l'unanimité de notre prescription de routine : ce qui interpelle en matière de sécurité en matière d'infection nosocomiale et d'efficacité des manipulations de soins.

Mots-clés : Prescription - Robinet à trois voies - Sécurité

COMMUNICATIONS AFFICHEES

Décès aux urgences pédiatriques : facteurs de risque

Rakotozanany A, Razafindraibe K, Ravelomanana L, Razafimandimby M, Robinson AL

Le décès à l'arrivée aux urgences pédiatriques reste une situation alarmante dans nos contrées où le taux de mortalité infantile est de 51,45% en 2011 selon l'UNICEF.

Notre étude se fixe comme objectif d'en identifier les facteurs de risque afin de réduire la mortalité infantile.

Une étude prospective est réalisée à l'Hôpital Universitaire Mère et Enfant de Tsaralalana, allant du 1^{er} Septembre 2011 au 29 Février 2012, portant sur les cas d'enfants présentant à l'arrivée aux urgences pédiatriques un arrêt cardio-respiratoire irréversible.

Ainsi, 27 cas sont recensés, soit une prévalence de 1,7%. L'âge varie de 1 heure de vie à 5 ans, avec une moyenne de 20 mois. Le sex ratio (M/F) est de 0,92. L'éloignement géographique (59,2%) et le faible niveau socio-économique (74%) sont des facteurs favorisant. Le syndrome de détresse respiratoire (51,8%), la diarrhée (14,8%) et les signes neurologiques à type de convulsions (14,8%) et de syndrome méningé (11,1%) sont les principaux signes retrouvés avant le décès. La consultation médicale préalable n'influe pas l'évolution et le décès survient dans les 72 premières heures dans 74% des cas.

Le bas âge est un facteur de risque de mortalité infantile aussi bien en extrahospitalier qu'en intrahospitalier. La détresse respiratoire précipite l'évolution. Les signes généraux de danger décrits dans la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) doivent être recherchés afin d'orienter rapidement le patient vers un centre hospitalier et un système de transport d'urgence médicalisé est suggéré.

Mots-clés : Mortalité infantile, mort subite, détresse respiratoire, convulsion

Un cas de rupture utérine révélatrice d'un utérus bicorne

Rekoronirina EB, Randriambololona DMA, Anjaharisoaniaina NT, Harioly MOJ, Andrianampanalinarivo HR

L'utérus bicorne est une malformation utérine caractérisée par la présence de deux hémis-utérus, due à un défaut de fusion des canaux de Müller. Sa découverte par une rupture utérine au cours de la grossesse est exceptionnelle.

Notre objectif est de décrire le retentissement obstétrical de cette malformation à travers une observation.

Il s'agit d'une femme de 26ans, multigeste, ayant des antécédents de fausses couches spontanées tardives à répétition, référée à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana pour un tableau d'abdomen aigu sur une grossesse de vingt cinq semaines d'aménorrhée. A l'admission, elle présentait un état de choc et une défense abdomino-pelvienne. L'échographie révélait une grossesse abdo-

minale arrêtée avec épanchement péritonéal abondant. Sous réanimation médicale intensive, une laparotomie était alors réalisée en urgence et avait mis en évidence un utérus bicorne avec rupture complète de l'hémi-corne droite et le fœtus en intra-abdominal. La complexité de la rupture utérine et l'instabilité hémodynamique avaient motivé la réalisation d'une hémihystérectomie avec conservation de l'hémimatrice gauche. Les suites opératoires étaient favorables et la patiente exécutée au sixième jour post-opératoire.

Les ruptures d'utérus malformés notamment bicornes sont rares, dangereuses et de diagnostic difficile. L'échographie du premier trimestre de la grossesse constitue un moyen de diagnostic précoce de ces malformations.

Mots-clés : Échographie - Malformation utérine - Réanimation - Rupture utérine - Utérus bicorne

Un cas exceptionnel de grossesse cornuale évoluant jusqu'à 21 semaines d'aménorrhée

Randriambololona DMA, Anjaharisoaniaina NT, Harioly MOJ, Rainibarijaona L, Andrianampanalinarivo HR

La grossesse cornuale est une grossesse se développant dans la partie utérine de la trompe de Fallope. C'est une forme rare et dangereuse de grossesse extra-utérine exposant à un risque élevé de rupture et d'hémorragie, donc de mort maternelle en absence de prise en charge urgente.

Nous rapportons le cas d'une femme de 32 ans, deuxième geste, nullipare, ayant un antécédent d'avortement provoqué, enceinte de 21 semaines d'aménorrhée (SA), admise à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana pour une douleur abdominale aiguë syncopale et une scapulargie. L'examen clinique à l'entrée retrouvait un état de choc, une défense abdominale et des bruits du cœur fœtal inaudibles. La ponction du Douglas ramenait du sang noirâtre incoagulable. L'échographie pelvienne retrouvait une grossesse intra-utérine unique, arrêtée, correspondant à 21SA et un épanchement péritonéal abondant. L'hémogramme montrait une anémie sévère avec 5,6g/dl d'hémoglobine. Une laparotomie exploratrice réalisée en urgence retrouvait une grossesse cornuale gauche fissurée avec un hémopéritoine évalué à 2500ml. La grossesse ectopique était réséquée permettant la découverte d'un fœtus décédé pesant 300g. La réfection de l'utérus était hémorragique suite à l'infiltration en profondeur du myomètre par le placenta. Les suites opératoires étaient simples et la patiente exécutée au bout de cinq jours.

En début de grossesse, une échographie pelvienne précoce permet de préciser sa localisation exacte et d'éviter les formes compliquées en cas de grossesse extra-utérine.

Mots-clés : Diagnostic - Échographie - Grossesse cornuale - Grossesse extra-utérine - Traitement

Évaluation d'un protocole de prise en charge de la douleur post césarienne

Rajaonarison JJC, Rasolonjatovo TY, Rakotoarimanana FVA, Andrianampanalinarivo HR

Introduction : La césarienne représente 2% des accouchements à Madagascar. Elle occupe la troisième place en termes de douleur post opératoire. Cette douleur entrave la réhabilitation post opératoire maternelle et limite la relation mère-enfant précoce. Notre objectif est de comparer deux protocoles : association paracétamol-kétoprofène *versus* paracétamol-kétoprofène-morphine.

Matériels et Méthodes : C'est une étude prospective descriptive et analytique menée à l'Hôpital Universitaire Gynécologie Obstétrique de Befelatanana (1^{er} Avril au 30 Septembre 2008). Toutes parturientes césariées sous rachianesthésie étaient incluses. L'association paracétamol 1g et kétoprofène 100mg intraveineuse est débutée 2h après la rachianesthésie puis relayée par 1g de paracétamol suppositoires toutes les 6h. Une titration morphinique est réalisée pour une Echelle Visuelle Analogique (EVA) \geq 3 malgré le traitement. Les données ont été analysées sur le logiciel statistique XLStat-Pro 7.0.

Résultats : Deux cent patientes étaient recrutées. L'âge moyen est de $28,4 \pm 6,53$ ans. La parité moyenne est de $1,2 \pm 1,31$. La dose moyenne titrée de morphine était de 5 ± 2 mg. Le délai moyen d'administration de la morphine était de $4 \pm 0,5$ heures. La moyenne des EVA, est significativement plus élevée dans le groupe avec morphine à partir de la sixième heure ($R^2 = 0,8812$ du groupe morphine et $R^2 = 0,7941$ du groupe sans morphine). Dans le groupe morphine, le délai d'administration influence directement sur la quantité de morphine consommée ($p = 0,046$).

Conclusion : L'association paracétamol-kétoprofène diminue l'utilisation de morphine. Ce protocole correspond à la disponibilité et à l'accessibilité des analgésiques dans nos structures hospitalières de différent niveau.

Mots-clés : douleur post opératoire, césarienne, kétoprofène, paracétamol

Pronostic materno-fœtal de l'éclampsie à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana

Johannes RF, Randriambololona DMA, Randriamaromanana ZN, Rakotomalala NZ, Harimiadantsoa T, Andrianampalinarivo HR

Objectifs : L'éclampsie est une complication redoutable de la prééclampsie et constitue une cause importante de mortalité materno-fœtale dans les pays en développement. Nous avons réalisé une étude afin de déterminer l'incidence et le pronostic materno-fœtal de cette pathologie à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana.

Patientes et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, qui s'étend sur l'année 2010, concernant les patientes ayant présenté une éclampsie dans ce centre.

Résultats : Nous avons recensé 68 cas, réalisant une incidence de 0,82%. Les patientes étaient âgées de moins de 20 ans dans 32,35% des cas et étaient pour la plupart primipares (48,53%). La saison froide était la plus propice à la survenue de la crise d'éclampsie. Plus de la moitié des patientes (52,94%) n'avaient effectué aucune consultation prénatale. La grossesse était à terme chez 36,76% des patientes. L'éclampsie survenait durant la période antépartum dans 52,94% des cas. Chez 73,13% des patientes, la césarienne était indiquée et en cas d'accouchement par voie basse, une extraction instrumentale était réalisée dans 16,67% des cas. Les complications maternelles étaient constituées essentiellement par le coma prolongé (8,82%) et l'état de mal éclamptique (7,35%). Le taux de décès maternel s'élevait à 8,82%. La morbidité néonatale était représentée essentiellement par la prématurité (36,79%) et l'hypotrophie. La mortalité périnatale était de l'ordre de 37,14%.

Conclusion : Le pronostic materno-fœtal de l'éclampsie reste sombre à l'HU-GOB malgré une réduction du taux de mortalité maternelle et néonatale. Le suivi rigoureux de la grossesse reste crucial dans la prévention de cette pathologie lorsque la prééclampsie est déjà installée.

Mots-clés : Consultation prénatale - Eclampsie - Mortalité maternelle - Mortalité périnatale - Prééclampsie

L'hémorragie du post partum immédiat au centre hospitalier de Soavinandriana, Antananarivo, Madagascar

Rabarikoto HF, Rabarikoto AE, Randriamahavonjy R, Randriamantsoa Z, Rabetsimamanga LAZ, Randriambololona DMA, Samison LH, Raveloson JR, Andrianampalinarivo HR

Introduction : L'hémorragie du post partum (HPP) est une des hantises majeures de l'obstétricien. C'est la première cause de mortalité maternelle dans le monde.

Le but de cette étude est d'évaluer l'incidence de l'HPP, de décrire sa prise en charge et confronter nos résultats à ceux de la littérature.

Patientes et méthodes : C'est une étude prospective au sein du Service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier de Soavinandriana depuis le premier septembre 2010. Sont inclus tous les cas survenant lors des accouchements surveillés et effectués dans le Service. Nous rapportons les résultats préliminaires, jusqu'au 30 Avril 2012.

Résultats : Durant 20 mois, nous avons colligé 16 cas d'HPP soit 1,20% des accouchements durant la période d'étude (N= 1330). L'ocytocine est le traitement de première ligne. Il a été efficace dans huit cas, tandis que dans les restes des cas le traitement par misoprostol intra-rectal a été mis en place. Trois échec du traitement de deuxième ligne ont été enregistrés dont 2 ligatures des utérines et une hystérectomie d'hémostase.

Conclusion : Notre faible incidence s'explique par la prise en charge systématique de la troisième phase de l'accouchement.

Mots-clés : Délivrance, Hémorragie du post partum - Misoprostol - Ocytocine

Complications maternelles de la mort fœtale in utero à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana

Randriambololona DMA, Johannes RF, Rakotomalala NZ, Fenomanana MS, Andrianampalinarivo HR

Introduction : La mort fœtale in utero (MFIU) constitue un accident tragique de la grossesse pouvant lui-même aboutir à des complications dramatiques telles que le décès de la mère. Notre objectif est de comparer les complications maternelles en cas de MFIU par rapport aux naissances vivantes.

Patientes et méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective sur trois ans (2007-2009), type cas - témoins, concernant les parturientes présentant une mort fœtale in utero à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana. Les "cas" (patientes présentant un fœtus mort in utero) étaient comparés à des témoins (mères avec nouveau-né vivant, deux dossiers suivant le cas, tirés au hasard pendant cette même période).

Résultats : Sur 20703 naissances totales, 1101 MFIU étaient recensées donnant une incidence de 5,32%. Les complications maternelles rencontrées étaient le décès maternel (1,82% versus 0,73% chez les témoins), l'hémorragie du post-partum ou HPP (1,63% versus 0,5%) et les autres complications (0,45% versus 4,14%) représentées par l'endométrite, le sepsis et l'embolie pulmonaire. La MFIU était un facteur de risque d'HPP ($rr = 2,26$, $p=0,02440$) et de décès maternel ($rr=39,94$, $p=6,608 \cdot 10^{-9}$). Un délai entre le moment du diagnostic et celui de l'expulsion fœtale supérieur à 24h

constituait un facteur de risque pour la survenue d'HPP (RR=2,76). Concernant les moyens d'expulsion, le misoprostol favorisait la survenue d'une HPP (n=1,96).

Conclusion : Le choix du moment et du moyen d'expulsion fœtale en cas de MFIU doit être sérieusement étudié au cas par cas afin de minimiser les complications maternelles pouvant être fatales.

Mots-clés : Complications maternelles, Décès - Hémorragie - Infection - Mort fœtale in utero

Place de l'hystérectomie d'hémostase dans la prise en charge de l'hémorragie grave du post-partum

Fenomanana MS, Randrianantoanina FE, Rekoronirina EB, Rajaonarisoa MN, Rakotoson F, Randaoharison PG, Andrianampalinarivo RH

Introduction : L'hystérectomie d'hémostase est une sanction obstétricale lourde devant une hémorragie grave du post-partum. C'est une pathologie gravissime engageant rapidement le pronostic vital de femmes jeunes. Les objectifs de cette étude visent à décrire la fréquence, les indications et évaluer le pronostic maternel afin de réduire l'incidence de cette intervention.

Méthodologie : Une étude rétrospective et analytique, durant 18 mois allant du 1^{er} janvier 2008 au 30 juin 2009, a été faite à l'Hôpital de gynécologie obstétrique de Befelatanana, Antananarivo.

Résultats : Quarante cinq cas ont été colligés sur 14086 accouchements (0.32 %), soit une hystérectomie sur 313 accouchements. La moyenne d'âge était de 32.7 ans. Les multipares étaient les plus concernées avec un taux de 35.6%. La CPN n'ont pas été faite dans 51.1% des cas. Dans 71,1% des cas, l'état hémodynamique était instable au moment du diagnostic. 60% des femmes ont accouché par césarienne et 40% par voie basse. L'intervention était décidée en moins d'une heure du diagnostic dans 60% des cas. Les principales indications de l'hystérectomie étaient représentées par la rupture utérine (42,5%), le placenta accreta (24,5%), l'atonie utérine (13,3%), l'HRP (11,11%), l'échec au traitement conservateur (03 cas), et une plaie de la filière génitale (1,1%). Dans un tiers des cas, une CIVD était associée au tableau clinique. Dix cas de décès maternels ont été déplorés.

Conclusion : Cette intervention est de pratique courante dans notre contexte malgré le jeune âge de nos patientes. Le pronostic est dicté par le délai de prise en charge ainsi qu'une étroite collaboration entre obstétricien-anesthésiste. Toutefois, l'hystérectomie d'hémostase ne doit garder sa place qu'en cas d'échec au traitement conservateur.

Mots-clés : Hémorragie du post-partum - Hystérectomie d'hémostase - Morbidité maternelle - Mortalité maternelle - Rupture utérine

Pronostic maternel de l'hystérectomie obstétricale au pavillon Sainte-Fleur (CHU Antananarivo)

Rabetsimamanga LAZ, Rakotomahenina H, Rabarikoto HF, Fenomanana MS, Razanakolona L, Riel AM, Andrianampalinarivo HR

Introduction : L'hémorragie du post-partum est la cause de 25 % de la mortalité liée à la grossesse. L'hystérectomie d'hémostase est réalisée pour la prendre en charge cette complication.

Matériel et méthode : Une étude rétrospective descriptive, a été réalisée pendant 10 ans au Pavillon Sainte-Fleur ayant pour objectif de décrire le pronostic maternel après hysté-

rectomie d'hémostase. Nous avons inclus les dossiers des patientes opérées d'hystérectomie pour hémorragie de la délivrance après échec de traitement médicamenteux.

Résultats : 25 cas d'hystérectomies obstétricales ont été effectuées soit une fréquence de 0,16% par rapport au nombre total d'accouchement. Il s'agissait de parturientes dont l'âge moyen était de 35,09 ans et la parité moyenne de 1,1. La grossesse des 56% des femmes n'était pas suivie et les 28% étaient admises pour une évacuation sanitaire. La voie basse a été la voie d'accouchement pour 52% des cas dont 24% de déclenchement artificiel du travail. Les parturientes ont été dans un état de choc dans 16% des cas. La rupture utérine a été la principale indication d'hystérectomie d'hémostase retrouvée dans 56% des cas et l'atonie utérine dans 24% des cas. La mortalité maternelle a été de 12%.

Conclusion : L'identification des accouchements à risque nous permet de prendre les mesures efficaces pour prévenir l'hémorragie du post-partum afin de préserver la fertilité de la femme et de diminuer la mortalité par hémorragie.

Mots clefs : Hémorragie du post-partum - Hystérectomie - Pronostic

Interruptions volontaires de la grossesse (IVG) à Madagascar : un fléau national évitable

Randrianantoanina FE, Rasoloherimampionianina M, Fenomanana MS, Rekoronirina EB, Randriambelomanana JA, Andrianampalinarivo H

Introduction : L'IVG, une des principales causes de mortalité maternelle demeure encore un problème majeur de santé publique à Madagascar. Elle est même devenue un fléau national par ses redoutables complications qui ne cessent pas d'augmenter ces dix dernières années avec un taux préliminaire de décès à 17% en 2012, lorsque ceci se fait de façon clandestine.

L'objectif de notre étude est de déterminer les complications des IVG afin de proposer des stratégies de prévention.

Méthodologie : Nous avons mené une étude rétrospective transversale exhaustive sur les 392 IVG admises à l'HUGOB de 2000 à 2004.

Résultats : L'âge moyen de nos patientes se situait entre 21 à 25 ans. La majorité des patientes étaient des paucipares (36%). 1% de nos patientes étaient sous contraception. 40% des femmes étaient sans profession et 43% des employées de la zone franche. 26% représentaient les auto-avortements, les restes pratiqués par des médecins libres, des personnels de santé et des matrones. Les sondes étaient les moyens abortifs les plus utilisés (48%). Les complications sont dominées par les rétentions de matériels ovulaires (70%), les métrorragies (63%), les infections pelviennes jusqu'à la pelvipéritonite (4%) nécessitant une laparotomie. Nous déplorons 17% de décès maternel.

Conclusion : Face à ce redoutable fléau, nous suggérons la promotion de la contraception au sein de chaque centre de santé quel qu'il soit. Légaliser les IVG à Madagascar resterait encore un mythe jusqu'à quand ? Et enfin mettre en place une politique nationale d'alternative aux IVG en prenant en charge la grossesse jusqu'à l'accouchement.

Mots-clés : IVG - Complications - Mortalité - Prévention

Étude transversale de la quantité de pus de péritonite : un indicateur de gravité clinique potentiel

Razafindrakoto LDE, Harioly Nirina MOJ, Rasoloherimampioniaina MR, Andrianampalinarivo HR, Raveloson NE

Introduction : La formation et l'accumulation de pus de péritonite est sous tendue entre par des mécanismes immunologiques. Par exemple, l'intervention des lymphocytes T par l'intermédiaire l'IL-17 la favorise la formation de pus, et celle par l'IL-2 la limite. Notre étude recherche à démontrer que le contenu purulent intra péritonéal est un indicateur clinique, immunologique indirect à investiguer.

Méthodologie : Le registre du protocole opératoire de la période du 8 février 2008 au 28 décembre 2011 a été rétrospectivement analysé. La quantification du pus intra péritonéal par les chirurgiens était la variable de résultat, et les contextes cliniques de péritonite la variable d'exposition principale. Sur 50 interventions pour péritonites réalisées, 33 (66%) protocoles étaient considérés car ils comportaient une précision explicite sur la quantité de pus retrouvée. Moyennant SPSS pour Windows, on utilisait le test non paramétrique de Kolmogorov Smirnov pour trancher la part du contexte. La gravité a été objectivée par l'intervalle interquartile de la quantité en ml et l'issue fatale de l'épisode.

Résultat : La péritonite était post abortive dans 28 cas (84,8%). Le contexte n'influait pas la quantité de pus retrouvée (P=0,99). Sept cas (21,2%) présentaient 0-200 ml de pus, 10 (30,3%) 200-600 ml, 9 (27,3%) 750-1200 ml, et 7 autres (21,2%) 1500-2500 ml.

Discussion : Le registre ne renseignait pas sur l'évolution non fatale.

Conclusion : La quantité de pus serait un indicateur potentiel de gravité mais l'étude ne suffisait pas pour prononcer un avis définitif.

Mot-clés : Gravité - Immunologie - Indicateur - Péritonite,

Intérêts de l'électrocardiogramme avant une anesthésie générale en chirurgie maxillo-faciale

Rasolonjatovo TY, Rakotoarimanana FVA, Raotoson HS, Rabearivony N, Razafindrabe JAB, Randriamirana MJ

Introduction : En préopératoire, l'électrocardiogramme (ECG) n'est recommandé systématiquement qu'après 40 ans ou en existence de pathologie cardiovasculaire associée. En chirurgie maxillo-faciale et dentaire, le développement d'infections streptococciques endo-buccales expose les patients à un risque cardiovasculaire. Notre étude se propose d'évaluer l'intérêt de l'ECG dans ce type de chirurgie.

Méthode : L'étude menée au Service de chirurgie maxillo-faciale du CHU Antananarivo couvrait la période de Janvier 2010 à Décembre 2011. Les opérations sous anesthésie générale chez les patients adultes sans antécédents cardiovasculaires ont été incluses. Nous avons déterminé la fréquence d'apparition d'anomalies électriques, leurs types, le profil des patients sujets et les incidents cardiovasculaires péri opératoires.

Résultats : L'anomalie était détectée dans 37,5% (31 cas/83) porte essentiellement sur le rythme et la repolarisation (64%). Le profil concerne hommes et femmes, moins de 40ans (68%, p=0.005), sans anémie (94%, p<0.0001), mauvaise hygiène bucco-dentaire, développant une pathologie tumorale (65%, p=0.018). Un arrêt cardiaque non fatal était observé dans 6%.

Commentaire et discussions : L'originalité de notre étude réside sur deux points : fréquence élevée de 37,5% et âge

inférieur à 40ans. La plupart des études rapportent que cette fréquence reste basse (12,5% à 25%) malgré l'accroissement exponentiel avec l'âge (10% à 25ans et 25% à 57ans). Elle privilégie unanimement les hommes, plus de 45 ans, ASA III à V avec risques cardiovasculaires connus.

Conclusion : Notre étude a soulevé l'intérêt de l'ECG en chirurgie maxillo-faciale. De plus large randomisation devra être entreprise afin de situer la sensibilité et la spécificité de cette investigation dans ce type de chirurgie.

Mots-clés : Age - Chirurgie maxillo-faciale - Electrocardiogramme

Place de la neurochirurgie dans la prise en charge des AVC hémorragiques

Ramarolahy R, Rajaonera TA, Raoelijaona L, Rasolonjatovo TY, Randriamirana MJ

Introduction : Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont une préoccupation d'urgence majeure pré et per hospitalière. Ils causent une forte mortalité, handicaps physiques et cognitifs. Les AVC hémorragiques (AVCH) constituent la troisième cause de décès en France. Ces AVCH nécessitent parfois une évacuation chirurgicale des hématomas.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive exhaustive sur une période de 24 mois. Elle a été menée au Service de Réanimation Chirurgicale du CHU Antananarivo JRA. Ont été inclus, tous patients présentant un AVCH bénéficiant d'une évacuation chirurgicale de l'hématome. Les hémorragies méningées étaient exclues. Le but est de mettre en exergue la place de la neurochirurgie dans la prise en charge des AVCH.

Résultats : Dix patients étaient inclus. Le délai d'intervention est moins de 48h (6 patients à moins de 24h et 4 patients durant la 48^{ème} heure). Les indications opératoires étaient les hématomas intracérébraux périphériques. Les complications post opératoires retrouvées sont mécaniques (hydrocéphalie nécessitant une dérivation externe) et infectieuses responsables de décès chez deux patients.

Discussion : Les principales indications neurochirurgicales des AVCH sont les hématomas lobaires d'abondance modérée (> 3ml) associées à une détérioration neurologique progressive, les hématomas cérébelleux avec altération de l'état de conscience et/ou la compression du tronc cérébral et/ou une hydrocéphalie obstructive, l'hydrocéphalie et l'hémorragie intra ventriculaire.

Conclusion : La prise en charge précoce neurochirurgicale et en neuroréanimation des AVCH prend une place pour améliorer le taux de survie des patients

Mots-clés : AVCH - Neurochirurgie - Neuroréanimation

Conduites suicidaires et problèmes sociaux

Raobelle E, Rakotorahalahy M, Rakotoalahy M

Les conduites suicidaires rassemblent tous les actes auto-destructifs, directs ou indirects.

Le mot suicide dérive du mot latin « sui » et « cidaere » qui traduit l'acte volontaire de s'infliger la mort.

L'Organisation Mondiale de la Santé considère le suicide comme un problème de santé publique énorme.

L'objectif de notre étude est de mettre en exergue l'impact des problèmes sociaux sur ces conduites suicidaires.

Il s'agit d'une étude descriptive et prospective allant de Janvier 2009 au Décembre 2011, des patients suicidants hospitalisés dans le service de Réanimation Médicale du Centre

Hospitalier Universitaire - Joseph Ravoahangy Andrianavalo Antananarivo.

Nous avons enregistré 704 patients suicidants, ce qui représente une prévalence hospitalière à 19,70%. Les extrêmes d'âge étaient de 9 à 61ans, mais la tranche d'âge la plus touchée se situait entre 15 à 25 ans (49,71%), avec un sex ratio à 0,81. C'était surtout ceux qui avaient un statut de travailleur qui tentaient le plus à mettre fin à leur vie (51,84%). Parmi eux, ceux qui travaillaient chez des particuliers étaient les plus exposés (16,73%).

Durant ces trois années d'étude, on notait surtout une nette augmentation de nombre de tentative de suicide enregistré au sein de ce service de Réanimation. Améliorer les conditions de vie de chaque individu permettrait-il de prévenir les conduites suicidaires ?

Mots-clés : Épidémiologie - Tentative de suicide

Lymphome de Burkitt duodéal primitif chez un enfant malgache.

Rabesalama SSEN, Rakotonaivo MJ, Randrianirina A, Andriamananarivo MI, Rakoto Ratsimba HN

Introduction : La localisation duodéale primitive et isolée d'un lymphome de Burkitt est exceptionnelle. Nous en rapportons un cas, dans le but de montrer ses aspects diagnostiques et thérapeutiques.

Observation : Un garçon malgache de 11 ans, sans antécédent particulier, a été hospitalisé dans le service de chirurgie pédiatrique CHUA/HUJRA, pour une hémorragie digestive haute, accompagnée d'un ictère, d'une douleur de l'hypochondre droite, et une fièvre à 39°C. L'examen échographique montrait une hydrocholecyste, une dilatation des voies biliaires extra hépatiques, un épaississement irrégulier de la paroi duodéale. La fibroscopie digestive haute visualisait une sténose serrée du duodénum. Une laparotomie exploratrice a révélé une masse duodéale, adhérente au bas cholédoque. Une anastomose cholédocho-jéjunale et gastrojéjunale était réalisée, suivie d'un prélèvement biopsique de la tumeur. L'examen histologique était en faveur d'un lymphome de Burkitt. L'évolution était spectaculaire après une chimiothérapie.

Discussion : La localisation primitive et isolée d'un lymphome de Burkitt duodéale est exceptionnelle. Le développement de la masse peut être endoluminal ou exoluminal. Ainsi, les signes cliniques sont variables. Les examens complémentaires essentiels sont : l'endoscopie digestive haute et le scanner abdominal. Mais le diagnostic de certitude est histologique. Sur le plan thérapeutique, la chirurgie n'a qu'une place réduite, limitée à la biopsie et aux complications. La chimiothérapie exclusive donne des excellents résultats.

Conclusion : Le lymphome duodéal primitif et isolé est très rare chez l'enfant. Le diagnostic de certitude est histologique. La chimiothérapie constitue la base du traitement, la chirurgie étant réservée pour les biopsies et les complications.

Mots-clés : Duodénum - Enfant - Hémorragie digestive Ictère - Lymphome de Burkitt

REMERCIEMENTS

La Société d'Anesthésie Réanimation de Madagascar adresse ses vifs remerciements à :

- Son Excellence Madame le Ministre de la Santé Publique
- Son Excellence Monsieur le Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique ;
- Monsieur le Président de l'Université d'Antananarivo ;
- Monsieur le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo ;
- Monsieur le Directeur Général des CHU d'Antananarivo ;
- Monsieur le Professeur RANDRIAMIARANA MJ, notre Parrain ;
- Monsieur le Professeur FIDISON A, notre Président d'Honneur ;
- Madame la Présidente du Conseil de l'Ordre National des Médecins de Madagascar ;
- Tous les intervenants ;
- Notre Partenaire Officiel : AIR LIQUIDE
- Les laboratoires et sociétés :
 BIOCODEX,
 Centre Germano-Malagasy,
 DENK PHARMA,
 Douleur Sans Frontières,
 Institut Médical de Madagascar,
 IPSEN,
 M-GENERIC,
 NOVARTIS PHARMA,
 OPHAM,
 SANOFI AVENTIS,
 SERVIER,
 VYGON MPB.
- ainsi qu'aux nombreuses personnes qui ont collaboré, de près ou de loin, à la réalisation de ce Congrès.