

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

Toliara, 23 - 24 Août 2018

Les mots du Président

Chers Congressistes,

Mes premiers mots sont des mots de bienvenue à vous tous. Cette année, la Société d'Anesthésie et de Réanimation de Madagascar (SARM) a choisi la ville de Toliara pour cette septième journée scientifique. Toliara la « Ville blanche », située à 936 km de la capitale, présente de nombreux sites historiques et culturels à découvrir mais aussi des plages superbes où les activités sont légions toute l'année et en particulier la découverte sous-marine de ses nombreux spots de plongée tout le long de l'immense massif corallien. Cette année, la médecine et la recherche vont enrichir ces beautés.

Mesdames et Messieurs, nous avons choisi le thème de « Sécurité des patients » au centre de nos préoccupations durant ce congrès. Je mesure à sa juste valeur les enjeux de ce thème à l'heure où de nos jours, les problèmes que pose l'anesthésie et la réanimation sont énormes. La santé est une priorité pour nous tous.

De ce fait, nous avons besoin de professionnels de santé humains et honnêtes pour prendre soins la population, mais les compétences et la technicité sont également très importantes.

Notre Congrès sera alimenté par des échanges d'expériences fructueuses avec des experts de différentes disciplines. C'est là un vaste chantier d'échanges et de débats auquel nous allons nous livrer. Je suis sûr que tant d'expériences et de compétences ici réunies parviendront à des propositions idoines.

Chers Congressistes, tous mes encouragements vous accompagnent. Je demeure convaincu que l'intelligence et le dynamisme peuvent offrir d'heureuses perspectives aux actions que nous entreprenons. Je souhaite à notre Congrès de connaître le succès que méritent la dimension de nos thèmes et la qualité de vos communicateurs.

Plein succès à nos travaux. Je vous remercie.

Pr RAVELOSON Nasolotsiry E.
Président de la SARM



Toxicité des anesthésiques locaux et prise en charge

Pr Raveloson Nasolotsiry Enintsoa
Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

L'anesthésie locale et l'anesthésie locorégionale sont des anesthésies à part entière. Elles justifient les mêmes règles de surveillance et de sécurité que les autres techniques d'anesthésie. Les anesthésiques locaux risquent d'entraîner une toxicité heureusement rare mais mortelle.

Les toxicités peuvent être locales (musculaire et nerveuse) et systémique (neurologique et cardiovasculaire). La toxicité cardiaque se manifeste par un collapsus cardiovasculaire, des troubles du rythme cardiaque. La bupivacaïne est l'anesthésique local le plus cardiotoxique que la chirocaïne ou la ropivacaïne. La toxicité neurologique est due principalement au bloc des canaux sodiques, la bupivacaïne reste encore le plus neurotoxique par rapport à la ropivacaïne ou la lidocaïne.

La recherche des premiers signes d'intoxication (paresthésies faciales, bourdonnement d'oreilles, diplopie, désorientation temporo-spatiale, nystagmus, étourdissement, gout métallique, somnolence et coma.) est capitale dans le diagnostic clinique. D'après

les expériences faites chez les animaux et appliquée chez l'homme, l'Intralipide® constitue le médicament le plus efficace pour traiter cette intoxication. Son mécanisme d'action est basé sur la fixation des molécules d'anesthésiques locaux par les gouttelettes lipidiques.

Afin de prévenir cette intoxication, l'anesthésie locale et les anesthésies locorégionales doivent être pratiquées sur un lieu bien adapté, le monitoring du patient est obligatoire, il faut choisir des anesthésiques locaux les moins toxiques, garder toujours un contact verbal avec le patient et il est conseillé de pratiquer une ALR échoguidée.

Comment se présente la fiche d'anesthésie au CHU-JRA ? Analyse des dossiers de 2016-2017

Rakotondrabe HA¹, Rakotondrainibe A¹, Randriamizao HMR¹,
Rahanitriniaina NMP¹, Rabarisoa H², Rajaonera TA³

¹USFR Réanimation Chirurgicale, CHU JRA

²USFR Urgences Chirurgicales, CHU JRA

³Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : Le dossier d'anesthésie permet de partager les informations du patient aux différents protagonistes de chaque étape de la prise en charge d'une intervention. L'objectif de l'étude était d'évaluer la qualité de la tenue des fiches d'anesthésie à partir des

indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins « tenue de dossier d'anesthésie » (IPAQSS/TDA) proposés par la Haute Autorité de Santé (HAS ; France).

Méthode : Une étude rétrospective, descriptive des fiches d'anesthésie des patients allant bénéficier d'une intervention programmée au Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHU JRA) a été réalisée sur une période de deux ans (2016 - 2017). Celles des patients transférés en réanimation chirurgicale n'ont pas été incluses. Les critères portant sur l'identification du médecin anesthésiste, celle du patient, le traitement habituel de ce dernier, les caractéristiques des voies aériennes et leur technique d'abord, le type d'anesthésie prévue, la visite pré-anesthésique, les incidents per anesthésiques, l'autorisation de sortie de la salle de soins post interventionnelle ont été étudiés. Lorsque les critères proposés par l'IPAQSS/TDA de la HAS n'étaient pas applicables, ceux-ci n'ont pas été considérés. Les résultats sont exprimés en moyenne avec écartype et en fréquence.

Résultats : Durant cette période 2504 fiches d'anesthésie de patients âgés de $30,5 \pm 25,0$ ans ont été analysées. Le nombre de critères remplis par patient étaient de $6,9 \pm 1,3$. Le taux de remplissage des critères pré anesthésiques était de 68,44%, per anesthésiques de 32,04% et post anesthésiques (en salle de soins post interventionnelle) de 5,67%. Le score individuel était de $0,69 \pm 0,13$; le score global était de 68,82%.

Conclusion : A des fins d'optimisation de la sécurité des patients et de la qualité des soins, l'évaluation de la tenue des dossiers doit être régulière. Cette évaluation permettra ainsi d'améliorer les pratiques professionnelles.

Nouveautés sur le choc anaphylactique au bloc opératoire

Pr RAJAONERA Andriambelo Tovohery

Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Le choc anaphylactique lors d'une anesthésie au bloc opératoire est l'une des complications les plus redoutées de l'anesthésiste. En effet, il engage le pronostic vital à court terme du patient, avec une mortalité évaluée à 4,4% [1].

Son incidence est faible (entre 1/3 500 et 1/20 000 anesthésies) [2], mais en constante augmentation [1]. Les manifestations cliniques des réactions allergiques sont également de plus en plus sévères au cours des années [1].

Il est donc essentiel de reconnaître un choc anaphylactique lorsqu'il se présente, et d'appréhender sa physiopathologie afin de mettre en œuvre une prise en charge adaptée. La qualité de cette prise en charge a des conséquences directes sur le pronostic vital du patient à court et à long terme.

[1] Mertes PM, Petitpain N, Malinovsky J-M, Gillet P. Allergie et curares : évolution de l'épidémiologie (podcast). *Le Praticien en Anesthésie Réanimation* 2014;18(3):158-63.

[2] Mertes PM, Volcheck GW. Anaphylaxis to neuromuscular-blocking drugs: all neuromuscular-blocking drugs are not the same. *Anesthesiology* 2015;122(1):5-7.

Bloc paravertébral échoguidé pour chirurgie mammaire en milieu rural

Rabesalama FT^{1*}, Randrianjaka HF¹, Rasamoelina N², Riel AM³, Rajaonera AT⁴, Raveloson NE⁴

¹Service d'Anesthésie et de Réanimation, CHU de Toiliara

²Faculté de Médecine de Fianarantsoa, Madagascar

³Faculté de Médecine de Toiliara, Madagascar

⁴Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : Le bloc paravertébral thoracique (BPVT) est une technique d'anesthésie locorégionale souvent indiquée pour le traitement de la douleur en chirurgie thoracique et sensorielle, des douleurs post-traumatiques et même la douleur chronique. C'est une injection de produit anesthésique local dans l'espace paravertébral thoracique (EPVT). Notre objectif est de démontrer l'efficacité du BPVT au cours de la mammectomie.

Méthodes : C'est une étude prospective transversale et descriptive portant sur des patientes opérées du sein sous anesthésie locorégionale, type bloc paravertébral thoracique échoguidé associé à une sédation, effectuée au Service de Chirurgie de l'antenne chirurgicale Sainte Croix Isoanala Sud sur une période de 04 ans, allant de Janvier 2014 à décembre 2017.

Résultats : Nous avons 29 patientes d'âge moyen de $50,10 \pm 10,66$ ans. Les patientes sont classées ASA III dans 85 % des cas et ASAII dans 15% des cas. Le délai d'installation moyenne du bloc sensitif est de $12,76 \pm 3,70$ minutes. La durée moyenne d'intervention est de 98 minutes. La durée du bloc sensitif moyenne est de $312,62 \pm 80,69$ minutes. Le taux de succès du BPVT est de 62% avec un état très confortable. Le bloc sensitif partiel est observé chez 07 patientes, soit 24% des cas, avec nécessité d'approfondissement de la sédation. Quatre cas de bloc paravertébral (14%) sont convertis en anesthésie générale. La douleur post-opératoire est gérée à l'aide du paracétamol pour certaines patientes. Des patientes ont présenté des complications : ponction vasculaire sur deux malades et une paresthésie post-opératoire chez trois patientes.

Conclusion : Le bloc paravertébral thoracique réside de multiples intérêts en chirurgie mammaire notamment une alternative à l'anesthésie générale, la gestion de douleur post-opératoire. Pourtant, elle requiert une bonne maîtrise du geste technique pour être efficace et afin d'éviter les complications.

Quoi de neuf en anesthésie pédiatrique ?

Randriamizao HMR^{1*}, Rakotoarison RCN², Rajaonera AT², Raveloson NE²

¹USFR Réanimation Chirurgicale, CHU JRA

²Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

L'anesthésie pédiatrique tire sa spécificité des particularités anatomiques, physiologiques, pharmacologiques et psychologiques qui caractérisent l'enfance. En effet, l'enfant n'est pas seulement un adulte en miniature, mais un individu dont l'organisme est en constante évolution, à la fois sur le plan de la croissance tissulaire et de la maturation des organes, de la psychologie et du comportement.

Depuis longtemps, l'anesthésie pédiatrique repré-

sentait la majorité des anesthésies réalisées dans les différents centres hospitaliers de Madagascar. Ces anesthésies étaient réparties dans toutes les structures de soins, et réalisées par des médecins anesthésistes, voire des infirmiers anesthésistes seuls au poste, et dont la pratique pédiatrique n'était pas forcément prédominante.

Les principes de base de l'anesthésie sont les mêmes tout au long de l'existence, mais leur application « pratique » demande des adaptations d'autant plus importantes que le sujet est plus jeune. Cependant, les particularités liées au jeune âge amènent à discuter ou préciser certains points tant pour la chirurgie réglée que pour la chirurgie faite en urgence. Ces recommandations n'ont pas pour but de créer un monopole pour l'anesthésie pédiatrique dans des grands centres mais d'avoir un standard pour l'anesthésie pédiatrique.

L'idéal est de disposer, lorsque l'activité le justifie, d'un bloc opératoire spécifiquement pédiatrique, disposant d'une salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) spécifique. Si l'on ne dispose pas de structures spécifiques lorsque l'architecture et l'activité le permettent, il faudrait pouvoir individualiser un secteur du bloc opératoire polyvalent, une SSPI ou un secteur isolé de SSPI, dédiés à l'activité pédiatrique afin de prendre en compte les caractères spécifiques de la prise en charge de l'enfant.

Pratique de l'anesthésie au CHU Morafeno, Toamasina : situation actuelle

Ralema TJ^{1*}, Rakotomalala HF¹, Harioly MOJ¹, Riel AM²

¹Service d'Anesthésie et Réanimation, CHU Morafeno Toamasina

²Faculté de Médecine de Toliara, Madagascar

Introduction : Dans certaines régions de Madagascar notamment à Toamasina, les données sur la pratique de l'anesthésie ne sont pas à jour voir même méconnues. L'objectif de notre étude est de décrire le profil épidémioclinique des patients devant bénéficier d'un acte anesthésique au sein du CHU Morafeno Toamasina.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, et observationnelle des dossiers d'anesthésie sur 21 mois allant de Janvier 2016 au Septembre 2017, réalisée dans le service d'anesthésie du CHU Morafeno Toamasina.

Résultats : Deux cent quatre-vingt-seize dossiers ont été retenus. La majorité des patients se trouvaient dans la tranche d'âge entre 31 et 87 ans, l'âge moyen était de 45,3 ans, avec une prédominance masculine à 69,7%. Soixante-douze pourcent des patients était classé ASA I. Nos patients avaient bénéficié soit d'une anesthésie générale, soit d'une anesthésie péridurale, soit d'une rachianesthésie, soit d'un blocage axillaire échoguidée. Les principaux actes anesthésiques intéressaient surtout la chirurgie urologique, la chirurgie orthopédique et traumatologique. Ces résultats s'expliquaient par la fréquence des séquelles des infections sexuellement transmissibles dans la région, des accidents de travail et de circulation liés au développement industriel de la ville.

Conclusion : Ce travail a permis de montrer que le service d'anesthésie du CHU Morafeno Toamasina, bien qu'étant une structure d'installation récente, est suffisamment impliqué dans les soins et la formation.

Le transport extrahospitalier des polytraumatisés

Pr Rakotoarison Ratsaraharimanana Cathérine Nicole

Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Un polytraumatisé est un blessé présentant au moins deux lésions dont l'une au moins engage le pronostic vital. Il constitue la première cause de décès chez les jeunes (entre 15 et 35 ans). La mortalité est précoce : la moitié des décès surviennent dans l'heure suivant le traumatisme et 80% surviennent dans les premières 24 heures. Les causes de décès dans les 48 premières heures sont les lésions du système nerveux central (jusqu'à 71,5%), l'hémorragie (12,5 à 26,6%), le sepsis (3,1 à 17%) et les défaillances multiviscérales (1,6 à 9%).

Le respect du concept « Golden Hour » est primordial pour optimiser la prise en charge dans la première heure afin de stabiliser le patient. Contrairement au système Nord-Américain du « Scoop and Run », le système Français, après régulation, amène l'équipe médicale et le plateau technique auprès de la victime. L'analgésie doit être prioritaire une fois que l'examen clinique et les premiers gestes de déchocage sont effectués. Les experts recommandent d'administrer une sédation pour toutes les indications de l'intubation trachéale.

Le transport doit être le plus atraumatique et confortable possible en regard des nombreux foyers douloureux et de l'état hémodynamique de la victime. Tout patient transporté est au minimum mis sous surveillance cardio-respiratoire automatisée par scope. Durant le transport, le médecin continuera les soins commencés, tout en surveillant étroitement les différents paramètres vitaux pour éviter toute aggravation de l'état antérieur du blessé, afin de lui donner toutes les chances d'arriver en milieu hospitalier. Autant que possible dans le cadre pré hospitalier, il faut respecter les règles d'asepsie.

Contre-façon médicamenteuse : cas du PERFALGAN® vu au CHU Tambohobe, Fianarantsoa

Andrianimaro FM^{1*}, Rasamoelina N¹, Rabenjarison F², Riel AM³, Rakotoarison RCN⁴, Rajaonera AT⁴, Raveloson NE⁴

¹CHU Tambohobe, Fianarantsoa

²USFR Urgences Chirurgicales, CHU JRA

³Faculté de Médecine de Toliara, Madagascar

⁴Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : La contrefaçon de médicaments est un fléau dont les conséquences sur la santé publique, particulièrement dans les pays en développement, peuvent être graves. L'objectif de cette étude est de rapporter des cas de malades victimes de contrefaçon de Perfalgan® afin de renforcer la vigilance.

Observations : Le premier patient était un homme de 36 ans, entré pour traumatisme multiple. Le second était un homme âgé de 15 ans admis pour traumatisme

crânio-encéphalique. Le dernier patient était un homme de 37 ans, admis pour contusion thoracique. Tous ces patients n'avaient aucun antécédent particulier. Ils avaient tous reçu du Perfalgan® à visée antalgique. Ces malades ont cependant manifesté des frissons et fièvres, à chaque fois, juste après administration du médicament. Ce qui nous a amené à vérifier les contenants et contenus des flacons. En effet, nous avons constaté des anomalies. Sur le contenant, le capuchon est étrangement facile à enlever. A l'ouverture, le bouchon est moite et présente une perforation au centre, témoignant que le flacon a déjà été utilisé auparavant. Lorsqu'on laisse sécher l'humidité observée sur le bouchon, il va apparaître une sorte de tache blanchâtre, ressemblant à une sorte de cristallisation. Le contenu du flacon renferme un liquide accompagné de dépôts et particules blanchâtres.

Conclusion : Les médicaments falsifiés existent réellement. Ils mettent en jeu la sécurité des malades, pouvant être mortels. La sensibilisation des professionnels de santé et du grand public aux risques de l'utilisation des médicaments achetés hors du circuit réglementé reste le premier moyen de prévention.

La douleur en Unité de Soins Intensifs/ Réanimation : pour une meilleure prise en charge

Rakotondrainibe A^{1*}, Rakotoarison RCN², Rajaonera AT²,
Raveloson NE²

¹USFR Réanimation Chirurgicale, CHU JRA, Antananarivo
²Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Une douleur insuffisamment soulagée est souvent décrite après hospitalisation en Unité de Soins Intensifs (USI)/Réanimation. Cette douleur ressentie par les patients est soit relative à une pathologie sous-jacente, soit post-traumatique, soit postopératoire, soit relative à des stimuli nociceptifs liés aux gestes et thérapeutiques de réanimation. Cette entité étant un symptôme fréquent et pénible pour ces patients, elle est souvent sous-évaluée et sous-traitée.

Soulager la douleur dans cette situation délicate peut être difficile à réaliser en raison de l'interaction complexe entre les mécanismes de la pathologie, les interactions médicamenteuses, les dysfonctionnements d'organes et les facteurs impliqués dans la perception de la douleur. La priorité est alors de bien balancer la prise en charge de cette douleur.

Plusieurs thérapeutiques différentes ont été proposées pour le contrôle de la douleur et des considérations sont à prendre chez le patient en réanimation pour une gestion optimale de la douleur. Une évaluation complète de la douleur est essentielle quel que soit le contexte clinique. Idéalement, cette évaluation inclut le siège, les caractéristiques, la sévérité, l'évolution, les facteurs atténuants et exacerbants de la douleur et les effets des traitements antérieurs. Ces informations permettront ainsi de guider le personnel des USI et de réanimation vers la cause sous-jacente de la douleur et de déterminer les interventions thérapeutiques à utiliser.

Etablir des protocoles de prise en charge de la douleur peut ainsi être un outil précieux pour améliorer le

bien-être du patient en unité de soins intensifs / réanimation.

La pneumopathie d'inhalation post-opératoire en chirurgie digestive : une complication non négligeable à considérer

Rasamimanana NG^{1*}, Randrianirina HH¹, Tohaina DV¹, Rajaonera AT²,
Randrianirina JB³

¹CHU Mahavoky Atsimo, Mahajanga
²Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar
³Faculté de Médecine de Mahajanga, Madagascar

Introduction : Les complications respiratoires post-opératoires sont fréquentes lors des chirurgies majeures incluant la laparotomie, la résection du tube digestif ou les interventions sur l'aorte. La chirurgie abdominale sus mésentérique représente un des facteurs de risque liés à la procédure ; les retentissements ventilatoires se traduisent par une baisse des volumes pulmonaires de 30 à 40%.

Observation : Nous rapportons le cas d'un homme âgé de 46 ans, non alcoolo-tabagique, sans comorbidité, opéré d'urgence au Centre Hospitalier Universitaire Professeur Zafisaona Gabriel (CHU PZaGa) de Mahajanga pour une péritonite aiguë généralisée par perforation gastrique. L'intervention a été réalisée sous anesthésie générale avec intubation trachéale en respiration spontanée. Une sonde d'aspiration de taille CH18 a été mise en place pour siphonage à l'accueil des urgences à défaut d'une sonde nasogastrique conventionnelle et maintenue pendant la période post-opératoire. Le patient présentait des symptômes respiratoires d'apparition progressive par micro inhalation post-opératoire qui s'aggravaient vers un Syndrome de détresse respiratoire aiguë causant son décès. Il est connu que l'anesthésie, la chirurgie et la douleur post-opératoire induisent une modification per et post-opératoire de la fonction respiratoire. La négligence des soins et de la surveillance du dispositif médical comme la sonde nasogastrique pourrait contribuer à la survenue de ces complications.

Conclusion : L'évaluation des facteurs de risque, les procédures de prévention, le bon usage de la sonde nasogastrique ainsi que les méthodes d'expansion pulmonaire postopératoire pourraient réduire les accidents d'inhalation .

Inhalation lors de ligature de varices œsophagiennes au CHU Andrainjato, Fianarantsoa

Razafindrakoto LDE^{1*}, Razafimahefa SH², Rajaonera AT³

¹USFR Oncologie Médicale du Centre Hospitalier de Soavinandriana, Antananarivo
²Faculté de Médecine d'Antananarivo, Antananarivo

Introduction : La ligature des varices œsophagiennes permet de prévenir et de contrôler les hémorragies digestives aiguës par rupture de varices œsophagiennes. Toutefois, des complications peuvent survenir pendant sa réalisation. Nous rapportons deux cas d'inhalation observés lors d'une ligature de varices œsophagiennes au Centre Hospitalier Universitaire Andrainjato-Fianarantsoa en avril et juillet 2018.

Observations : Il s'agit de deux femmes âgées de 37 et 46 ans, ASA II, ayant bénéficié d'une ligature de varices œsophagiennes en prévention secondaire d'une récurrence hémorragique. Toutes deux ont été traitées par de bêtabloquant et ont présenté une anémie et une thrombopénie modérées. La ligature par voie endoscopique s'est faite sous sédation au propofol. Une désaturation observée au cours de l'anesthésie malgré une oxygénothérapie adéquate a fait suspecter une inhalation bronchique et l'aspiration buccale a ramené du sang rouge. Une optimisation de la prise en charge des voies aériennes supérieures a été réalisée, dont une patiente ventilée au masque à haute concentration et l'autre patiente intubée. La saturation en oxygène s'est normalisée progressivement. Les suites anesthésiques ont été simples.

Discussion : Le risque d'inhalation augmente quand l'endoscopie est réalisée en période hémorragique chez un patient endormi dont l'estomac est mal vidé par non respect du jeûne. Une désaturation en oxygène est fréquente et souvent sans conséquences majeures, si la prise en charge est précoce et adéquate. Cependant, une inhalation du liquide gastrique pourrait être plus dangereuse.

Conclusion : Afin de prévenir l'inhalation du contenu gastrique lors d'une ligature des varices œsophagiennes, il est recommandé d'assurer la vidange gastrique et un monitoring complet même pour une intervention de courte durée.

Accidents et incidents de l'anesthésie en chirurgie non programmée vus en Réanimation Chirurgicale du CHU JRA

Raharimanana F¹*, Randriamizao HMR¹, Rajaonera AT², Raveloson NE²
¹USFR Réanimation Chirurgicale, CHU JRA, Antananarivo
²Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : Tout acte médical comporte des bénéfices thérapeutiques et des effets secondaires, dont la balance doit être au bénéfice du patient. Parfois de façon injustifiée, un certain nombre d'incidents et/ou accidents sont attribués à l'intervention chirurgicale en urgence. L'objectif de notre étude était de décrire le profil épidémioclinique et évolutif des incidents et/ou accidents anesthésiques en chirurgie non programmée.

Méthodes : C'est une étude rétrospective et descriptive concernant les incidents et/ou accidents anesthésiques péri-opératoires en chirurgie d'urgence, effectuée dans le service de réanimation chirurgicale et au bloc opératoire du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHU JRA) entre Janvier et Décembre 2017 (douze mois).

Résultats : Nous avons colligé 259 incidents et/ou accidents sur 338 patients opérés en urgence soit 76,62%. L'âge moyen des patients était de 36,6±21,1 ans avec un sex ratio de 2,01. Au cours de notre étude, 66,02% des patients étaient ASA I+U. L'anesthésie générale était la technique anesthésique la plus utilisée (94,6%). Le propofol était le produit anesthésique le plus utilisé soit dans 56,2%. Les accidents et/ou incidents cardiovasculaires (72,4%) prédominaient dans notre étude. La neurochirurgie était la plus pour-

voyeuse d'incidents et/ou accidents (50,57%). Le taux de mortalité péri-opératoire était de 18,91%.

Conclusion : La survenue des incidents et accidents au cours de l'intervention chirurgicale en urgence peut être prévenue par une meilleure évaluation des patients en préopératoire, un monitoring adéquat ainsi qu'une concertation pluridisciplinaire.

Les intoxications aiguës

Dr Ramarolahy ARN

USFR Réanimation Médicale et Toxicologie Clinique, CHU JRA, Antananarivo

Les intoxications sont une des premières causes d'hospitalisation des personnes de moins de 30 ans dans les pays développés. Elles posent un problème majeur de santé publique. La mortalité hospitalière est actuellement inférieure à 1 %, grâce à une prise en charge précoce fondée essentiellement sur le traitement symptomatique.

Bien que le coma et les troubles de la conscience soient les symptômes les plus fréquents, la gravité est le plus souvent liée aux défaillances respiratoires et cardiovasculaires.

La prise en charge comporte quatre étapes qui sont souvent intriquées :

- affirmer le diagnostic : le diagnostic est fondé sur l'anamnèse, les symptômes, les investigations paracliniques. Les données de l'analyse toxicologique et des tests pharmacodynamiques doivent être en concordance avec le toxique et la dose ingérée ;
- évaluer la gravité : rechercher les signes de gravité comme : le coma postanoxique, le syndrome d'inhalation trachéobronchique, une atelectasie, un état de collapsus cardiovasculaire ;
- juger de la nécessité, en dehors du traitement symptomatique, d'un traitement spécifique, évacuateur, épurateur ou antidotique ;
- déterminer, si nécessaire, les mesures préventives.

Les incidents post-anesthésiques au CHU PZaGa Mahajanga

Randrianirina HH¹*, Rasamimanana NG¹, Tohaina DV¹, Rajaonera AT², Rakotoarison RCN², Raveloson NE²

¹Service de Réanimation et des Urgences, CHU PZaGa Mahajanga
²Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : Des complications peuvent survenir lors d'une pratique anesthésique en particulier au moment du réveil. L'objectif de cette étude était de décrire le profil des incidents du réveil anesthésique au Centre Hospitalier Universitaire Professeur Zafisaona Gabriel (CHU PZaGa) Mahajanga et d'identifier leurs facteurs de risques.

Méthodes : Une étude rétrospective observationnelle et descriptive a été réalisée chez les patients plus de 15ans ayant fait leur passage en SSPI, du janvier 2016 au décembre 2016quelque soit le type de chirurgie.

Résultats : On a recensé 939 actes anesthésiques

dont 41,95% une anesthésie générale et 57,82% anesthésie locorégionale (rachianesthésie). L'âge moyen des patients était de 31,69 ans, il y avait une prédominance féminine avec un sex-ratio de 0,3. La chirurgie en urgence chez un patient ASA 1 était la plus réalisée (73,26%) et le type de chirurgie était surtout obstétrical (63,25%). Les incidents ont été observés chez 44,94% des patients. Les complications d'ordre cardiovasculaires prédominaient dans 72,51% des cas dont la tachycardie (58,2%) et l'hypertension artérielle (20,09%). Le taux de la mortalité global était de 0,6%.

Conclusion : Des grandes variétés de complications ont été rapportées en Salle de Surveillance Post-Interventionnelle, ces complications sont possibles quelques soit le type d'anesthésie et peuvent être fatale.

Incidents observés chez les patients hémodialysés à la Polyclinique d'Ilfy en 2017

Rabenjarison F^{1*}, Ralaifonena J², Rakotomanga M², Rakotoarison RCN³, Rabenantoandro R³

¹USFR Urgences Chirurgicales, CHU JRA, Antananarivo

²USFR Réanimation Néphrologique, CHU JRA, Antananarivo

³Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : L'insuffisance rénale chronique nécessitant un recours à l'hémodialyse constitue toujours un problème majeur de la santé publique. Les objectifs de cette étude étaient de déterminer la prévalence brute, d'identifier leurs facteurs socio-économiques et cliniques des patients présentant des incidents au cours des séances d'hémodialyse.

Méthodes et résultats : Une étude prospective sur une année, au cours de l'année 2017 dans le service de dialyse à la Polyclinique d'Ilfy, Antananarivo. Ont été inclus les 32 malades sur 96 patients dialysés chroniques présentant des incidents au cours des séances de dialyse. Soit une prévalence de 33,33%. La tranche d'âge de plus de 60 ans ont été majoritaires avec un taux de 46,88% avec une prédominance masculine de 59,38% des cas. L'hypotension artérielle et les crampes musculaires ont été les incidents majeurs retrouvés soient respectivement 46,88% et 28,13%. Le débit de la pompe élevé à 250-300 ml/min associé à de risque d'hypotension représente 40,00% et des crampes musculaires dans 23,33% des cas. Une perte de poids de 3 à 4 kg avec une hypotension a été retrouvée dans 21,88% de cas. La fistulisation artérioveineuse représente 90,63% de cas de l'abord vasculaire.

Conclusion : La surveillance stricte et période des paramètres cliniques diminue l'apparition de ces incidents au cours des séances d'hémodialyse.

La sécurité transfusionnelle en anesthésie-réanimation : quels points à savoir ?

Randriamandrato TA^{1*}, Rahanitriaina NMP¹, Rajaonera AT², Raveloson NE²

¹USFR Réanimation Chirurgicale, CHU JRA, Antananarivo

²Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

La transfusion sanguine est un élément essentiel des soins de santé modernes. C'est un acte médical qui devient très banal à l'heure actuelle surtout dans les

pays comme Madagascar. Utilisée correctement, elle peut sauver des vies et améliorer la santé.

Néanmoins, comme toute intervention thérapeutique, elle peut être responsable des complications potentiellement graves et mortelles dans l'immédiat ou retardées et comporte un risque de transmission d'agents infectieux comme le VIH, les virus des hépatites. On ne peut éviter ces risques associés à la transfusion que par une collaboration étroite entre le service de transfusion sanguine et les cliniciens dans la gestion des divers éléments du processus transfusionnel. La connaissance des caractéristiques des produits sanguins ainsi que la bonne maîtrise de la pratique transfusionnelle permet de minimiser les risques liés à la transfusion, de sécuriser au maximum les patients ainsi que d'optimiser une utilisation clinique efficace du sang et des produits sanguins.

Ce que révèle l'enquête d'incidents péri-opératoires en obstétrique au CHU PZaGa Mahajanga

Tohaina DV^{1*}, Rasamimanana NG¹, Randrianirina HH¹, Rajaonera AT², Rakotoarison RCN², Randaoharison PG³, Raveloson NE²

¹Service de Réanimation et des Urgences, CHU PZaGa Mahajanga

²Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

³Faculté de Médecine de Mahajanga, Madagascar

Introduction : En césarienne, l'anesthésie générale et l'urgence sont à l'origine des complications anesthésiques tandis que la rachianesthésie ou la périrachianesthésie combinée sont les techniques de choix pour une césarienne programmée. A Mahajanga aucune étude sur la sûreté des techniques anesthésiques utilisées n'a été faite. Les objectifs de cette étude étaient de décrire le profil épidémioclinique des parturientes césarisées, et d'identifier les incidents péri-opératoires.

Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, rétrospective, longitudinale au Complexe Mère-Enfant du Centre Hospitalier Universitaire Professeur Zafisaona Gabriel (CHU PZaGa) Mahajanga durant 6 mois (octobre 2017 à mars 2018). Les données des dossiers d'anesthésie et des registres hospitaliers ont été traitées et analysées sur Epi Info 7.

Résultats : Sur 734 accouchements, nous avons recensé 349 (47,54%) cas de césarienne et retenu 196 (26,7%) dossiers complets. La césarienne en urgence, 158 cas (80,61%) contre 38 (19,39%), a surtout été effectuée sous rachianesthésie (86,73%) et assurée par un infirmier anesthésiste seul. Les jeunes de 14 à 43 ans (moyenne 27±6,5 ans), de petite taille (1,53±0,0642 mètre), ASA I (91,26%) ont représenté notre population d'étude. Les incidents les plus observés étaient : 59 cas (30%) d'hypotension artérielle au bloc dont un cas d'arrêt cardiaque récupéré, 42 cas (21%) d'hypertension artérielle en SSPI après des boli d'éphédrine de 10 à 30mg. Deux décès ont été constatés en réanimation (éclampsie et arythmies sévères sur drépanocytose).

Conclusion : la présence de l'anesthésiste réanimateur aidé d'un infirmier au bloc obstétrical est un facteur clé de réduction de la morbidité maternelle. Plusieurs incidents péri-opératoires sont évitables en suivant les normes recommandées.



Fresenius Kabi Opioids

TAKE NOTE OF THE TAMPERPROOF RING

REMEMBER:
Avoid administration errors with medications and fluids

Read the label and check the coloured ring ...

Labels on ampoules include:
- Pentanyl-Fresenius 500 mcg/10 ml
- Fresenius PF 10 mg/1 ml
- Omnopon - Fresenius 20
- Fentanyl-Fresenius 500 mcg/10 ml
- Propofol 1% Fresenius



**FRESENIUS
KABI**

caring for life

Rely on **POWER PACKED**
Propofol® Fresenius

Now with a new yellow label



Propofol 1% Fresenius
10 mg/ml

**TRUSTED
QUALITY GENERIC**

**FRESENIUS
KABI**

Anesthésie pour endartériectomie carotidienne : un défi relevé au CHU Morafeno de Toamasina

Harioly Nirina MOJ^{1*}, Ralema TJ¹, Rahehinantenaina F¹,
Rajaonahary TMA², Rajaonera AT³

¹USFR Chirurgie Vasculaire, CHU Morafeno Toamasina

²Faculté de Médecine de Toamasina, Madagascar

³Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Notre objectif est de discuter de la prise en charge anesthésique d'une endartériectomie carotidienne en insistant sur les précautions nécessaires et les bases essentielles.

A travers le cas d'un homme de 67 ans, tabagique sévère à 34 paquets-années, hypertendu de grade III, traité par trithérapies associant l'inhibiteur calcique, l'enzyme de conversion et diurétique. Ce patient devait bénéficier d'une endartériectomie carotidienne suite à un épisode d'accident ischémique cérébral, 20 jours précédant la date prévue de l'intervention. Les résultats de l'angioscanner carotidien étaient en faveur d'une sténose carotidienne bilatérale intéressant plus de 70% de la lumière artérielle des deux côtés. Plusieurs points importants suscitent la réflexion dans cette prise en charge notamment sur le moment propice pour intervenir, sur l'intervalle de prise en charge entre les deux côtés, sur la gestion des médicaments préopératoires, sur la nécessité ou non d'une hypertension artérielle pharmacologique. Notant que ce patient avait bénéficié d'une endartériectomie avec mise en place de patch veineux du côté droit et d'une endartériectomie simple à gauche et que l'évolution était favorable vue notre carence en plateau technique et en ressources humaines.

La prise en charge anesthésique d'une endartériectomie carotidienne reste encore un challenge vue l'installation récente de l'USFR Chirurgie Vasculaire à Toamasina.

Evolution hospitalière des hémorragies méningées d'origine anévrysmale non opérées à l'USFR de Neurologie du CHU JRB Antananarivo

Lemahafaka JG^{1*}, Rasaholiarison NF¹, Rajaonarison LA¹,
Razafimahefa J¹, Zodaly N², Tehindrazanarivelo AD²

¹USFR de Neurologie, CHU JRB, Antananarivo

²Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : L'hémorragie méningée ou hémorragie sous arachnoïdienne se définit par l'irruption brutale de sang dans les espaces sous-arachnoïdiens. Cette étude a pour objet de déterminer le profil des patients présentant une hémorragie méningée d'origine anévrysmale non opérée et leur évolution durant son hospitalisation à l'USFR de Neurologie, CHU Joseph Raseta Befelatanana (CHU JRB), Antananarivo.

Méthodes et résultats : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur 4 ans, allant du 01^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2017 sur les patients hospitalisés pour hémorragie méningée d'origine anévrysmale non opérées. Nous avons inclus 52 patients, dont l'âge moyen est de 48 ans avec une prédominance féminine. Les femmes au foyer sont les plus touchées, dans 52% des cas, les patients habitaient en milieu urbain et 77% de nos patients sont hypertendus connus. La principale manifestation clinique était la céphalée brutale qui

survient soit à l'effort ou au repos. L'anévrysme intra-crânien se localise dans l'artère communicante antérieure dans 52% des cas. Nos patients ont bénéficié uniquement des traitements médicamenteux par faute de moyens financiers. Les complications neurologiques étaient retrouvées chez 60% des patients et 13% de mortalité.

Conclusion : A l'issue de cette étude, le traitement médical constitue une alternative en attendant l'exclusion de l'anévrysme vu notre défaillance technique.

Monitoring de la PAs au cours de la phase aiguë d'un AVC hémorragique : étude faite dans l'USFR de Neurologie du CHU JRB Antananarivo

Rajaonarison LA^{1*}, Lemahafaka JG¹, Rasaholiarison NF¹, Razafindrasata RS¹, Rahehinantenaina F¹, Rakotomanana JL¹, Raveloson F¹,
Randrianantoandro NR¹, Rahamcely O¹, Razafimahefa J¹,
Zodaly N², Tehindrazanarivelo AD²

¹USFR de Neurologie, CHU JRB, Antananarivo

²Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : L'AVC hémorragique est associé dans 90% des cas à une élévation la pression artérielle qui est un des facteurs prédictifs de mortalité intra-hospitalière. Notre objectif est de comparer la mortalité selon la pression artérielle à l'admission avec notre stratégie thérapeutique devant une hypertension artérielle (HTA) à la phase aiguë de l'accident vasculaire cérébral (AVC) hémorragique.

Méthodes : C'est une étude rétrospective descriptive, transversale sur dossier des patients consécutifs se déroulant sur une période de 12 mois du 01^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2016.

Résultats : Nos résultats ont rapporté 20% (3/15) de mortalité à la phase aiguë pour ceux avec pression artérielle systolique (PAs) à l'admission ≥ 180 mmHg (groupe II) et pas de décès rapporté (0/17) dans le groupe des PAs à l'admission entre 140-179 mmHg (groupe I). Une PAs à J7 de moins de 140 mmHg n'a pas été atteint dans les deux groupes, respectivement 35,29% du groupe I (n=6) et 46,66% des cas du groupe II (n=7). Le sexe ratio est à 1. L'HTA reste le facteur de risque le plus rapporté (81,21%). Tous nos patients ont eu un score de Glasgow entre 13-15 et seule un score NIHSS >10 est associé à l'HTA à la phase aiguë ($p=0,0131$). Le scanner cérébral a été réalisé dans la majorité des cas à J2 (n=16), avec une localisation préférentielle au niveau des noyaux gris centraux et un score ICH à 1 dans 65,62% (n=21).

Conclusion : La mortalité intra hospitalière à la phase aiguë de l'AVC hémorragique reste élevée. La mise en place de la filière AVC à Madagascar est nécessaire et de munir le CHU JRB d'une Unité de Soins Intensifs en Neurologie Vasculaire.

Fréquence et caractéristiques des syndromes parkinsoniens vus à l'USFR de Neurologie du CHU JRB, Antananarivo

Rasaholiarison NF^{1*}, Rajaonarison LA¹, Rakotomanana JL¹,
Razafindrasata RS¹, Razafimahefa J¹, Tehindrazanarivelo AD²

¹USFR de Neurologie, CHU JRB, Antananarivo

²Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : Les syndromes parkinsoniens sont des maladies neurodégénératives handicapantes. Actuellement, nous n'avons pas de données précises sur ces maladies à Madagascar. L'objectif de cette étude étant de décrire la fréquence et les caractéristiques des syndromes parkinsoniens dans le service de Neurologie.

Méthodes : C'est une étude retrospective, descriptive et analytique, allant de janvier à décembre 2017 dans le service de Neurologie du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta de Befelatanana (CHU JRB). Les données démographiques et cliniques des patients diagnostiqués comme ayant un syndrome parkinsonien étaient collectées. Nous avons comparé les patients avec maladie de Parkinson idiopathique et les syndromes parkinsoniens plus. Les données étaient traitées par le logiciel R.

Résultats : Pendant cette période, 37 patients (5,08%) sur 728 hospitalisés avaient un syndrome parkinsonien, dont 20 (54,05%) avaient une maladie de Parkinson idiopathique (MP) et 17 (45,94%) un syndrome parkinsonien plus. Pour les MP, 12/20 (60%) étaient des femmes, l'âge moyen de début était à 55,15 ans, l'âge du diagnostic à 59,2 ans. La médiane de score de Hoehn et Yahr était de 2,0. Les formes de MP étaient tremblantes dans 9 cas (45%), mixte dans 6 cas (30%) et akineto-rigide dans 5 cas (25%). Les MP étaient jeunes dans 7/20 (35%). Pour les parkinsoniens plus, 11/17 (64,7%) étaient des hommes, l'âge moyen de début était à 60,88 ans, l'âge du diagnostic à 62,12 ans, les étiologies étaient dominées par l'atrophie multi-systématisée avec 11/17 (64,70%). Les patients parkinsoniens étaient plus jeunes que les parkinsoniens plus, mais il n'y avait pas d'association significative ($p=0,432$). L'intervalle moyen entre le début de la maladie et la présentation au service était de 3,5 ans.

Conclusion : Les syndromes parkinsoniens étaient rares avec des caractéristiques et des étiologies différentes.

L'évolution de la myasthénie auto-immune vue au service de Neurologie du CHU JRB, Antananarivo

Razafindrassata RS^{1*}, Razafimahefa J¹, Lemahafaka G¹, Rajaonarison LA¹, Rasaholiarison NF¹, Raharimaminjatovosoa DA¹, Rakotomanana JL¹, Ravelosaona F¹, Zodaly N², Tehindrazanarivelo AD²
¹USFR de Neurologie, CHU JRB, Antananarivo
²Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : La myasthénie auto-immune est une maladie rare, agissant au niveau de la jonction neuromusculaire. Elle peut engager le pronostic vital lors d'atteinte respiratoire. Le décès peut survenir en moyenne 5 ans après le diagnostic. Nous avons voulu décrire l'évolution sous traitement de nos patients afin d'améliorer notre prise en charge d'une part et afin d'obtenir une base de données malgaches d'autre part.

Méthodes : Une étude rétrospective descriptive fut menée, incluant tout patient diagnostiqué comme nouveau cas de myasthénie auto-immune au sein du service de Neurologie du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta de Befelatanana (CHU JRB) entre janvier 2010 et décembre 2017.

Résultats : Vingt-cinq patients (0,42%) sur 5814 étaient inclus. Seule l'évolution de 16 patients étaient connus (64%) dont 14 étaient sous traitement de fond. La durée moyenne de suivi était de 23,96 mois. Parmi les patients sous traitement, deux étaient décédés en moins d'un an du diagnostic suite à des détresses respiratoires, huit s'étaient améliorés, trois avaient les symptômes persistants, un patient avait un nouvel symptôme. Pour les deux patients sans traitement, un patient était décédé en moins d'un an du diagnostic par atteinte respiratoire et un autre présentait une aggravation.

Conclusion : La myasthénie reste une pathologie rare, grave, mais l'amélioration sous traitement est possible. Le taux de mortalité est faible malgré le manque de plateau technique. Une étude de plus grande envergure serait nécessaire afin de représenter Madagascar.

Facteurs associés à la mortalité des traumatismes crânio-encéphaliques à la phase aiguë

Razanamarovola OF^{1*}, Razafindraibe FAP¹, Ramarolahy ARN², Rakotoarison RCN³

¹USFR Urgences Chirurgicales, CHU JRA, Antananarivo

²USFR Réanimation Médicale et Toxicologie Clinique, CHU JRA, Antananarivo

³Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : Le traumatisme crânien grave est responsable de décès et d'handicap important. Les objectifs de notre travail étaient de décrire le profil clinique, thérapeutique et évolutif des traumatismes crâniens vus au Service des Urgences Chirurgicales du CHU JRA et d'identifier les facteurs de mortalité.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective et transversale sur une période de 07 mois (janvier à juillet 2018) portant sur les traumatismes crâniens graves isolés admis aux urgences.

Résultats : Quarante-trois cas de traumatismes crâniens graves ont été retenus. L'âge moyen des patients était de 34 ans [16-73 ans]. Une prédominance du genre masculin était notée (89%). Le score de Glasgow moyen était de 6 [3-7]. Le traumatisme était dû surtout à un accident de circulation (38%). La durée médiane du transport était de 195 mn [5-4320 mn]. A l'admission, 26 patients (61%) avaient au moins une agression cérébrale secondaire d'origine systémique (ACSOS). L'hypoxie (59%) était la principale agression cérébrale observée. L'anisocorie (33%) constituait le principal signe neurologique. Tous les patients ont été sédatisés sous nesdonal, intubés et ventilés. L'hématome extradural (28%) et les contusions cérébrales (28%) étaient les lésions primaires les plus rencontrées. Une osmothérapie était indiquée chez 12 patients (28%). Le taux de mortalité était de 52%. Les facteurs associés à la mortalité des patients étaient la présence d'anémie ($p=0,02$) et d'engagement cérébral ($p=0,01$). Moins de décès était observé chez les patients ayant une contusion cérébrale ($p=0,005$).

Conclusion : La connaissance de ces facteurs de mortalité permettra d'améliorer la prise en charge des traumatismes crâniens graves.

Impact des « week-ends » sur la mortalité des patients dans le service des Urgences et de Réanimation Médicale du CHU JRB, Antananarivo

Randriamamonjy AN¹*, Rakotomavo FA¹, Raveloson NE²

¹Service Accueil-Triage-Urgences et Réanimation Médicale, CHU JRB

²Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : Les niveaux de dotation en personnel et l'accès aux diagnostics le « week-end » sont reconnus comme nettement inférieurs à ceux de la semaine. Nos objectifs sont de rapporter les impacts des « week-ends » sur la mortalité des patients aux urgences et en réanimation pour une éventuelle amélioration de la prise en charge sur le plan logistique.

Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective descriptive et analytique sur une période de cinq mois allant de décembre 2017 au mois d'avril 2018 dans le service des Urgences et Réanimation Médicale du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta de Befelatanana (CHU JRB), Antananarivo. Sont inclus tous les patients hospitalisés dans le service.

Résultats : 2261 patients ont été admis avec 15,74% de mortalité (356). La moyenne de décès était de 2,3/jour le « week-end » soit 28,7% des entrants et 2,4/j la semaine soit 13,3% des entrants avec un taux de mortalité très élevé entre 20h et 08h du matin soit 66,67% les « week-ends » et 61,54% la semaine. Les causes de décès les plus fréquents étaient l'AVC dans 44% (n=123), le choc septique dans 20% (n=56), choc cardiogénique dans 13,26% (n=37) et choc hypovolémique dans 7,16% (n=20) et l'état de choc dans 40,5% (n=113). C'est seulement le décès lié à l'AVC qui était corrélé avec le « week-end », $p = 0,0245$.

Conclusion : Il n'y a pas d'impact sur la mortalité générale mais présence d'association significative pour l'AVC. On note également un taux de mortalité élevé la nuit et le petit matin. La réorganisation des personnels et une rigueur sur la surveillance seront très importantes dans l'amélioration du pronostic des patients.

Déterminants du décès maternel par hémorragie du post-partum à la Maternité de Befelatanana en 2013-2015 (Madagascar)

Rakotozanany B¹*, Rabearizaka L¹, Rasoanandrianina S¹,
Randriambelomanana JA²

¹Service de Gynécologie-Obstétrique, Befelatanana

²Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : L'hémorragie du post-partum (HPP) reste la principale cause de mortalité maternelle dans de nombreux pays en développement. A Madagascar, l'hémorragie obstétricale constitue la première cause de mortalité maternelle dans 41,7% dont HPP dans 31,4%. Notre objectif était de déterminer les facteurs associés au décès maternel en cas d'hémorragie du post-partum.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude « cas-témoins », réalisée à la maternité Befelatanana, Antananarivo, du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2015, sur les parturientes ayant présenté une HPP. Les « cas » étaient constitués par les parturientes décédées malgré la prise en charge et les « témoins » par les parturientes vivantes.

Résultats : Nous avons compté 181 cas d'HPP ; dont 47 décédées et 134 vivants ; soit une létalité de 25,9%. Les facteurs associés au décès étaient le bas niveau d'instruction ($p=0,00$; OR=3,2[1,5-6,8]), le fait d'être femme au foyer ($p=0,01$; OR =2,4[1,1-5,3]), la multiparité ($p=2,2$; OR=0,01[1,0-4,7]), l'absence de CPN ($p=0,01$; OR=2,2[1,0-4,7]), la césarienne ($p=0,00$; OR=5,5[2,4-12,9]) ; la MFIU ($p=0,02$; OR=2,2[2,3-12,1]) ; l'atonie utérine ($p=0,03$; OR=2,1[1,0-4,6]); l'état de choc ($p=0,00$; OR=57,8[18-194]), l'évacuation sanitaire ($p=0,01$; OR=2,4[1,1-5,4]), le besoin en transfusion sanguine ($p=0,00$; OR=3,7[1,6-8,6]), le recours aux catécholamines ($p=0,00$; OR=17,5[5,5-59]); le retard de la prise en charge ≥ 60 min ($p=0,01$; OR=2,2[1,0-4,7]), l'hystérectomie d'hémostase ($p=0,00$; OR=8,67[3,8-19,7]).

Conclusion : La diminution de la mortalité maternelle liée à l'hémorragie du post-partum passe par une meilleure surveillance de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. La rapidité et l'efficacité de la prise en charge demeurent un défi à relever.

Facteurs de mortalité des empyèmes thoraciques de l'adulte en Réanimation Chirurgicale du CHU JRA

Vita OA¹*, Razafindrainibe T¹, Razafimanjato N²,
Ramarolahy ARN³, Rajaonera AT⁴

¹USFR Réanimation Obstétricale, CHU GOB

²Service de Chirurgie Thoracique, CHU JRA

³USFR Réanimation Médicale et Toxicologie Clinique, CHU JRA

⁴Faculté de Médecine, Antananarivo

Introduction : L'incidence de la pleurésie purulente est en augmentation dans le monde. En plus, le pronostic de la maladie reste toujours un challenge. L'objectif principal de notre étude est de déterminer les facteurs associés au décès des patients présentant un empyème thoracique en réanimation.

Méthodes : C'est une étude rétrospective type cas témoins effectué dans le service de Réanimation Chirurgicale du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHU JRA) Antananarivo, couvrant une période de 12 mois (janvier 2017 à décembre 2017). Ont été inclus tous les patients âgés de plus de 15 ans entrés pour empyèmes thoraciques. Les cas ont été constitués par les patients présentant un empyème thoracique dont l'issue est le décès, les patients ayant survécus et transférés en salle constituent les témoins.

Résultats : Durant cette étude, deux cas de décès ont été enregistrés dont 36 cas de patients survivants transférés en secteur, avec un âge médian de 37 ans et une prédominance du genre masculin. Les principaux facteurs corrélés à la mortalité retrouvés ont été le score de Glasgow inférieur ou égal à 8 ($p=0,0005$; OR= 3,86 [1,04-14,36]), SpO₂ inférieur ou égal à 90% ($p=0,005$; OR=3,77 [15,63-74,88]), présence syndrome de détresse respiratoire aigüe ($p=0,001$; OR=5,05 [43,92-908,06]), l'utilisation de vasopresseur ($p=0,001$; OR=7,4 [3,27-16,72]) et l'indication d'une intubation orotrachéale ($p=0,0005$; OR=8,62 [1,14-64,9]), l'association à une médiastinite ($p=0,0005$; OR=10,11 [68,33-614,51]).

Conclusion : Plusieurs éléments de gravité peuvent être constatés chez un patient présentant un empyème thoracique en réanimation. La connaissance de ces différents éléments permet d'améliorer la prise en charge diagnostique et thérapeutique et d'éviter le décès.

Evaluation de l'efficacité de la rachianesthésie avec de la bupivacaïne-fentanyl associée à la morphine lors de la césarienne

Rabarisoa H¹, Rafanomezantsoa TA¹, Andrianirina M¹, Razafindrainibe T¹, Razafindraibe FAP², Rajaonera AT³

¹USFR Réanimation Obstétricale, CHU GOB

²USFR Urgences Chirurgicales, CHU JRA

³Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : La gestion de la douleur post opératoire d'une césarienne est une préoccupation majeure en anesthésie. Différentes techniques sont utilisées actuellement et présentent des bénéfices et des risques. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'efficacité de la morphine associée à la bupivacaïne et du fentanyl en rachianesthésie dans la gestion de la douleur post césarienne.

Méthodes : Etude prospective, observationnelle réalisée au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana (CHU GOB), portant sur deux groupes de parturientes bénéficiant une opération césarienne programmée sous rachianesthésie. Le premier groupe ayant reçu une association de 12,5 mg de bupivacaïne 0,5%, 25µg de fentanyl avec morphine 100 µg (BFM) et le deuxième groupe sans la morphine (BF). L'efficacité a été évaluée selon la stabilité hémodynamique, l'absence de la douleur et d'effets secondaires notables.

Résultats : Nous avons retenu 60 parturientes dont 30 dans chaque groupe. Environ 94% ($p=0,01$) dans groupe BFM ne présentait pas de variation tensionnelle. L'EVA postopératoire à la mobilisation entre chaque groupe est comparable, l'EVA (0-2) prédominait à 97% ($p=0,02$) dans le groupe BFM contre 67% (BF). Nous avons retrouvé une constipation post opératoire dans les deux groupes BFM à 33% et BF à 23%, ainsi qu'une tendance à l'extension céphalique du niveau sensitif dans le groupe BFM soit 90% ($p=0,002$) contre 52% (BF). Une proportion de 97% ($p=0,01$) du groupe BFM a une bonne satisfaction de la gestion de la douleur contre 73% (BF).

Conclusion : La morphine en adjuvant garde une stabilité hémodynamique, améliore l'analgésie en postopératoire chez les femmes enceintes, mais pas sans risque et avec des précautions d'utilisation.

Occlusion intestinale aiguë mécanique : influence du délai de prise en charge chirurgicale

Sitrakamaminaina AM^{1*}, Razafindraibe FAP¹, Rakotoarison RCN²

¹Urgences Chirurgicales, CHU JRA

²Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : L'occlusion intestinale aiguë (OIA) mécanique, représente l'une des pathologies les plus fréquentes en chirurgie digestive d'urgence. Elle né-

cessite un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate. Les objectifs de cette étude étaient de décrire le profil clinique, étiologique et évolutif des OIA mécaniques aux urgences chirurgicales et de déterminer les influences du délai de prise en charge chirurgicale sur le devenir des patients.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective et transversale sur une période de 07 mois (janvier à juillet 2018) portant sur les patients opérés dans le service des Urgences Chirurgicales du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHU JRA), Antananarivo, pour occlusion intestinale aiguë d'origine mécanique.

Résultats : Trente-quatre patients ont été retenus. L'âge moyen des patients était de 46,27±20,12 ans. Une prédominance du genre masculin était notée (53%). L'arrêt des matières et des gaz (100%) et le vomissement (45%) constituaient les principaux motifs d'admission. Le délai médian entre le début de l'occlusion jusqu'à l'intervention chirurgicale était de 3 jours [1-7jours]. La majorité des patients appartenait au score ASA I (76%). A l'admission, 8 patients (24%) étaient en état de sepsis sévère et 2 patients (6%) étaient en état de choc septique. Des troubles ioniques à type d'hypokaliémie et d'hyponatrémie étaient observés chez 15 patients (45%). Les étiologies de l'occlusion étaient dominées par les Une prédominance du genre masculin était notée (53%). L'arrêt des matières et des gaz (100%) et le vomissement (45%) constituaient les principaux motifs d'admission. Le délai médian entre le début de l'occlusion jusqu'à l'intervention chirurgicale était de 3j [1-7j]. La majorité des patients appartenait au score ASA I (76%). A l'admission, 8 patients (24%) étaient en état de sepsis sévère et 2 patients (6%) étaient en état de choc septique. Des troubles ioniques à type d'hypokaliémie et d'hyponatrémie étaient observés chez 15 patients (45%). Les étiologies de l'occlusion étaient dominées par les adhérences (38%) et les tumeurs intestinales (29%). Tous les patients étaient opérés sous anesthésie générale. Une nécrose intestinale était observée chez 11 patients soit 32%. Les étranglements herniaires étaient associés à la survenue des nécroses intestinales ($p=0,01$). Un délai d'occlusion jusqu'à la chirurgie supérieur ou égal à 6j était corrélé à la survenue de l'état de choc septique et au décès des patients ($p=0,0006$).

Conclusion : L'OIA est une pathologie fréquente dans notre service. La morbidité qu'elle entraîne pourrait être évitée par la précocité de sa prise en charge qui est essentiellement chirurgicale.

Apports liquidiens peropératoires et morbidités postopératoires en chirurgie digestive majeure

Soilili MA^{1*}, Razafindraibe FAP¹, Rakotoarison RCN²

¹USFR Urgences Chirurgicales, CHU JRA

²Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : L'optimisation hémodynamique peropératoire, fondée sur l'administration titrée du remplissage vasculaire est recommandée dans le but de diminuer les complications postopératoires en chirurgie abdominale majeure. Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer les apports liquidiens peropératoires

en chirurgie digestive majeure et de déterminer les complications post-opératoires.

Méthodes : C'est une étude rétrospective, transversale concernant les apports liquidiens peropératoires en chirurgie digestive majeure, chez les patients âgés de 15 ans ou plus, sur une période de 7 mois allant de janvier à juillet 2018. Les signes cliniques et paracliniques à l'admission, les états hémodynamiques périopératoires, le type de chirurgie, la durée de l'intervention, le type et la quantité du soluté de remplissage vasculaire peropératoire et les complications postopératoires ont été évaluées. L'analyse des données a été effectuée avec le logiciel Epi Info 7. La différence était considérée comme significative pour une valeur de p inférieur à 0,05.

Résultats : Nous avons retenu 109 patients. L'âge moyen des patients était de $39,3 \pm 16,9$ ans avec une prédominance masculine (73,4%). La majorité des patients appartenait au score ASA I (50,4%). Les péritonites aiguës généralisées (52,3%), les adhérences (18,3%) et le syndrome occlusif sur tumeur intestinale (11,1%) étaient les indications chirurgicales les plus observées. A l'admission, 17,4% avaient une déshydratation et 18,4% une anémie sévère ($Hb < 7$ g/dl). En peropératoire, tous les patients ont bénéficié d'un remplissage vasculaire par des cristalloïdes principalement le SSI 0,9%. Quatorze patients (12,8%) avaient reçu une association cristalloïde-colloïde. Le volume médian de liquide peropératoire était de 14,1 ml/kg/h [14-66,7]. Une transfusion sanguine était réalisée chez 18,3% patients. Une hypotension peropératoire nécessitant une administration de vasopresseur était observée chez 12,8% des patients. La durée médiane de l'intervention était de 90 mn [45-360 mn]. Dix-neuf patients (17,4%) avaient au moins une complication post-opératoire. L'oligurie (5,5%), l'hypotension artérielle (6,4%) et le saignement au niveau du drain (7,4%) étaient les complications post-opératoires les plus rencontrées. Le facteur associé à la survenue des complications était l'utilisation de colloïdes ($p < 0,05$).

Réalimentation orale postopératoire précoce au décours des chirurgies digestives urgentes au CHU Tambohobe de Fianarantsoa

Rasamoelina N^{1*}, Fanantenantsoa R², Rakotovo A³,
Andrianamaro FM¹, Razafimahefa SH⁴, Raveloson NE⁵

¹USFR Réanimation polyvalente, CHU Tambohobe Fianarantsoa

²USFR Chirurgie Viscérale, CHU Tambohobe Fianarantsoa

³USFR Chirurgie Viscérale, CHU Andrainjato Fianarantsoa

⁴Faculté de Médecine de Fianarantsoa, Madagascar

⁵Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : La dénutrition postopératoire est reconnue comme facteur de risque de morbidité postopératoire et prolongeant la durée d'hospitalisation. L'attitude pratique habituelle est de laisser à jeun les patients en postopératoire de chirurgie digestive et ne leur donner à boire et à manger qu'après la reprise de transit. L'objectif de cette étude est d'évaluer la pratique d'une réalimentation orale précoce en urgence digestive avec des sutures digestives au CHU Tambohobe Fianarantsoa.

Méthodes : Une étude prospective, d'une durée de

17 mois, du janvier 2017 au mai 2018, a inclus tous les patients bénéficiant d'une réalimentation orale postopératoire précoce au décours de chirurgies digestives urgentes avec des sutures au niveau de l'estomac, de l'intestin grêle ou du gros intestin. Les patients étaient autorisés à prendre de l'eau tiède dès les 24 premières heures postopératoires et de régime mou type « vary sosoa sy patsa » dès le deuxième jour. Pour évaluer la réalimentation précoce, les paramètres suivants étaient étudiés : les caractéristiques des patients, la reprise du transit, la survenue de nausées et/ou de vomissements, du ballonnement abdominal et des complications septiques postopératoires, la durée d'hospitalisation. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS 20.0.

Résultats : Nous avons réalimenté précocement 64 patients opérés en urgence. L'âge moyen était 34,2 ans, avec une prédominance masculine (sex-ratio : 7/1). La reprise du transit était de 1,3 jours en moyenne. A J2 postopératoire, deux cas de nausées ont été notés, soit une tolérance de 97%. Aucun ballonnement abdominal ni fistule digestive n'a été observé en postopératoire. L'évolution de la plaie opératoire était favorable (propre) dans 95,3% des cas (61 cas). La durée moyenne d'hospitalisation était de 9,8 jours.

Conclusion : La réalimentation orale postopératoire précoce au décours de chirurgies digestives urgentes est bénéfique pour nos patients, surtout dans notre contexte social. De plus, des études rapportent qu'elle n'augmente ni la mortalité, ni la morbidité postopératoire.

Les complications du décubitus au service de Réanimation Chirurgicale du CHU JRA, Antananarivo

Velolahy SJM^{1*}, Rahanitriaina NMP¹, Raharimanana F¹,
Randriamizao HMR¹, Rajaonera AT²

¹USFR Réanimation Chirurgicale, CHU JRA

²Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : En service de réanimation, l'immobilisation au lit est une situation physique banale. Elle peut cependant entraîner des modifications physiologiques et pathologiques exposant, à plus ou moins long terme, à la survenue des complications, et cela d'autant plus qu'elle est prolongée et que le sujet est fragile et/ou polypathologique. L'objectif de cette étude était de décrire les complications du décubitus observées dans notre service.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive, réalisée au service de Réanimation Chirurgicale du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianaivalona (CHU JRA), Antananarivo, sur une période de 9 mois, allant du mois d'octobre 2017 au mois de juin 2018. Ont été inclus les patients présentant au moins une des complications de décubitus. L'analyse a été faite à l'aide du logiciel office Excel 2007 et les résultats sont représentés en nombre et en pourcentage.

Résultats : Nous avons recensés 123 dossiers, soit 11,5% des hospitalisés dans le service. Le sex ratio était de 3,5. Dans 55,3%, l'âge des patients était supérieur à 45 ans, avec un âge moyen de 40,5 ans. La conscience était altérée dans 21,9% des cas. Les malades

neurochirurgicaux et thoraciques étaient les plus exposés aux complications de décubitus. La pneumopathie (76,2%) et l'escarre (31,7%) étaient les complications de décubitus les plus observées. Les complications de décubitus étaient associées dans 29,3%. L'infection nosocomiale était observée dans 48,78% des cas. Les bactéries étaient multi résistantes dans 80% des cas. La durée moyenne d'apparition des complications était de 4,05 jours. Soixante-six patients (soit 53,6%) étaient décédés, dont les principales causes de décès étaient le choc septique (40,9%) et la défaillance multi viscérale (31,8%).

Conclusion : Les complications de décubitus sont très fréquentes en Réanimation Chirurgicale avec un taux de mortalité élevé. L'escarre et la pneumopathie constituaient les principales complications. La prévention reste le meilleur moyen de lutte contre ces complications.

Place de la trachéotomie dans les formes extensives des cellulites cervicales odontogènes

Randriamanantena T^{1*}, Touré G², Rasolondraibe AF³,
Andriamanantena RH³, Razafindrabe JAB⁴

¹Service de Chirurgie Maxillo-Faciale, CHU Andrainjato Fianarantsoa

²Service de Chirurgie Maxillo-Faciale, CH Villeneuve Saint-Georges France

³Service de Chirurgie Maxillo-Faciale, CHU JDR Befelatanana

⁴Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : Les cellulites cervico-faciales compliquent souvent une infection dentaire. Elles se propagent par voie indirecte via des emboles septiques mais le plus souvent par contiguïté vers la région cervicale. C'est une affection grave, mettant en jeu le pronostic vital par la diffusion septique aussi bien de la maladie en elle-même, mais aussi pendant la chirurgie. Cette étude a pour objectif de déterminer l'intérêt de la trachéotomie dans la prise en charge de ces formes extensives de la cellulite mais aussi de montrer la diffusion septique vers la région cervicale.

Observations : Nous rapportons le cas d'un jeune homme de 30 ans, sans emploi, sans aucun antécédent médical, ayant présenté une cellulite cervico-faciale odontogène. L'évolution des signes cliniques était rapidement sévère et la tuméfaction était moins volumineuse contrastant avec l'importance du trismus, de la dyspnée laryngée et de la détresse respiratoire. Une trachéotomie était effectuée en urgence, associée à un drainage chirurgical. L'évolution était favorable en douze jours. Parallèlement, une observation anatomique sur cadavre nous a permis de démontrer la voie de propagation de l'infection au cours d'une cellulite cervico-faciale d'origine dentaire. En même temps, nous rapportons aussi une observation anatomique d'un sujet choisi au hasard ayant présenté des dents mandibulaires, sur lequel on a effectué une dissection afin de montrer la diffusion rapide de la collection.

Discussion : Ces aspects diagnostiques et thérapeutiques requièrent une bonne connaissance des bases anatomiques de la région cervico-faciale afin de décider de la conduite thérapeutique la plus adaptée. La trachéotomie apporte plus de sécurité dans le drainage de la collection postérieure et permet d'éviter l'évacuation dans les régions voisines.

Evaluation des paramètres cliniques dans la prédiction d'une laryngoscopie difficile chez les malgaches : étude préliminaire

Rasolomalala LP^{1*}, Randriamandrato TA¹, Randriamizao HMR¹,
Rajaonera AT²

¹USFR Réanimation chirurgicale, CHU JRA

²Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : La recherche des critères d'intubation difficile est un élément important de l'évaluation préopératoire. Elle doit être obligatoire pour pouvoir organiser la gestion des voies aériennes des patients. Cette étude a pour objectif d'évaluer des paramètres cliniques dans la prédiction d'une laryngoscopie difficile.

Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective et descriptive sur une période de 03 mois, des critères d'intubation difficile chez des patients bénéficiant d'une chirurgie programmée réalisée sous anesthésie générale avec intubation trachéale. Les variables analysées ont été le genre, les antécédents médicaux et chirurgicaux, le tabagisme, l'aspect de la denture, l'IMC, le score de Mallampati, le score d'AASI et de Cormack-Lehane. L'analyse des données est effectuée avec le logiciel SPSS 17.0. Le test de χ^2 de Pearson a été utilisé et une valeur de p-value <0,05 a été considérée comme significative.

Résultats : Nous avons recruté 164 patients, avec un sex ratio de 0,88 et un âge moyen à 44,18 ans. Nous avons noté qu'il n'y a pas de corrélation entre la difficulté de laryngoscopie et les antécédents des patients. Nous avons constaté aussi qu'il n'y avait pas de dépendance significative entre le score d'AASI et le score de Cormack-Lehane. Le score de Mallampati et d'AASI ont eu respectivement une spécificité de 92,10% et de 87,71% pour prédire une intubation difficile.

Conclusion : Le score d'AASI n'était pas suffisant pour prédire le score de Cormack-Lehane. Ce résultat était retrouvé également pour les autres critères évalués. Un plus grand échantillon serait nécessaire pour affirmer ces résultats.

Comparaison entre les scores de Mallampati en position couchée et assise pour prédire une intubation difficile

Mikaly TM^{1*}, Rafanomezantsoa TA¹, Andrianirina M¹,
Rajaonera AT²

¹USFR Réanimation Obstétricale, CHU GOB

²Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : Une intubation difficile est une vraie hantise des anesthésistes lors d'une anesthésie générale. Cependant, prédire la difficulté d'une intubation peut sauver la vie des patients. L'objectif de notre étude était de comparer le score de Mallampati en position couchée et assise pour prédire une intubation difficile.

Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective et descriptive durant 60 jours, réalisée dans le bloc opératoire du CHU GOB, concernant les patientes opérées sous anesthésie générale nécessitant une intubation. Le critère de jugement principal était la capacité du score

de Mallampati en position assise versus position couchée pour prédire l'intubation.

Résultats : 75 patientes [17-47 ans] ont été incluses, avec un âge moyen de 22,6 ans. Pendant la consultation pré-anesthésique, 59 personnes (78,66%) ne présentaient pas de risque d'intubation difficile contre 16 (21,34%). On a recensé 21,33% des patientes avec un score de Mallampati 3 en position assise contre 22,66% en position couchée. En position assise, sur les 16 cas, seuls 3 patientes (18,75%) ont vraiment présenté des difficultés à l'intubation. Ce même cas a été aperçu pour la position couchée. Dix-sept patientes (22,66%) ont nécessité l'utilisation de mandrin après 2 échecs d'intubation ou l'utilisation d'un autre dispositif comme l'Airtraq[®]. Aucune valeur significative n'a été retrouvée pour la prédiction de l'intubation difficile par la comparaison entre le score de Mallampati en position couchée et assise.

Conclusion : Dépister autant que possible les personnes à risque d'une intubation difficile est primordiale pour pouvoir prendre les dispositions adaptées à cette situation. Des résultats quasi similaires pour la prédiction de l'intubation difficile aussi bien pour le score de Mallampati en position couchée qu'en position assise ont été retrouvés dans la littérature.

Pseudo-anévrisme post-traumatique de l'artère vertébrale

Randrianjaka HF¹, Rabesalama F¹, Tata JF¹, Rakotosamimanana J²

¹Service d'Anesthésie et de Réanimation, CHU de Toiliara

²Faculté de Médecine de Toiliara, Madagascar

Introduction : Le pseudo-anévrisme provient d'une solution de continuité de la paroi artérielle. Il est secondaire à un traumatisme, des causes iatrogènes telles que la chirurgie, une biopsie percutanée ou un drainage.

Observation : Nous rapportons le cas d'un patient de 25 ans, vu en consultation pour une tuméfaction latéro-cervicale gauche évoluant depuis 2 mois de façon progressive, suite à un traumatisme par arme blanche. L'échographie doppler a affirmé le diagnostic d'un pseudo-anévrisme de l'artère vertébrale gauche. Le traitement était chirurgical. L'évolution post opératoire était simple par disparition de la tuméfaction, sans complication neurologique ni infectieuse. Pourtant, nous avons noté la persistance d'une douleur avec limitation des mouvements cervicaux.

Discussion : A l'aide d'une revue de la littérature, les éléments du diagnostics et thérapeutiques sont discutés. Le pseudo-anévrisme de l'artère vertébrale est rare. Son diagnostic est facile par l'échographie doppler couplée avec l'angiographie. Son traitement actuel est la technique endovasculaire.

Prise en charge chirurgicale des traumatismes artériels des membres à Antananarivo

Randimbirina ZL¹, Rajaobelison T¹, Ravalisoa MLA², Rakotoarisoa AJC¹

¹USFR Chirurgie Cardio-Vasculaire, CHU JRA

²Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : L'objectif de cette étude est de décrire la prise en charge chirurgicale des traumatismes artériels des membres vus à Antananarivo.

Méthodes : C'est une étude rétrospective, descriptive sur une durée de 10 ans allant de janvier 2008 au décembre 2017, réalisée au service de Chirurgie Cardio-vasculaire du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHU JRA), Antananarivo, incluant tous les patients opérés pour des lésions artérielles post-traumatiques des membres. Les paramètres analysés étaient la fréquence, l'âge, le genre, les circonstances étiologiques, les manifestations cliniques, le type et la topographie lésionnelle, les lésions associées, la prise en charge et les résultats chirurgicaux.

Résultats : Au total, nous avons colligé 92 cas de traumatismes artériels des membres. Les victimes étaient des sujets jeunes (âge moyen à 34,68 ±14,23 ans), de sexe masculin (sex ratio=7,36). L'étiologie était dominée par l'accident à responsabilité civile (63,04%). L'hémorragie était le signe le plus fréquent (89,13%). Les lésions se situaient au niveau des membres supérieurs dans 64,13% et des membres inférieurs dans 35,86%. Les vaisseaux les plus touchés étaient l'artère brachiale (n=27, 29,34%), l'artère radiale (n=19, 20,65%) et l'artère fémorale (n=14, 15,21%). Les lésions étaient essentiellement des sections latérales (46,73%) et des sections complètes (38,04%). Les gestes chirurgicaux étaient des reconstructions vasculaires (91,30%), des thrombectomies (3,26%) et des amputations (5,43%).

Conclusion : La reconstruction vasculaire est importante devant une lésion artérielle des membres. La précocité de la prise en charge pourrait améliorer le pronostic vital et fonctionnel des patients.

Patient en consultation d'anesthésie : profil épidémioclinique et risque opératoire

Ralinirina VJ¹, Velomora A¹, Randriamizao HMR², Rajaonera AT³, Rakotoarison RCN³

¹Service de Réanimation et d'Anesthésie, CHU Tanambao I, Antsirana

²USFR Réanimation Chirurgicale, CHU JRA

³Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : L'anesthésie est réalisée sur tous les "terrains" depuis le prématuré jusqu'au vieillard et sur toutes les pathologies, d'où l'intérêt d'une évaluation. Notre objectif est d'évaluer le profil épidémioclinique et le risque opératoire des patients vus en consultation d'anesthésie.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive réalisée sur une période de 4 mois allant du mois de juillet au mois d'octobre 2014 au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Tanambao I Diego-Suarez, au Nord de Madagascar. Tous les patients quel que soit l'âge, le sexe, l'indication chirurgicale et le type d'anesthésie ont été inclus à partir de la consultation d'anesthésie pour toute chirurgie programmée. Les paramètres étudiés étaient l'âge, le sexe, la profession, les antécédents médicaux, chirurgicaux et anesthésiques, le type de chirurgie, le score de Mallampati, les examens complémentaires et la classification ASA.

Résultats : Nous avons retenus 84 dossiers. L'âge

médian était de 37 ans, la majorité était des femmes avec un sex ratio à 0,75. La consultation d'anesthésie pour la chirurgie gynécologique était prédominante (39,7%). L'asthme était l'antécédent médical retrouvé dans 9,5% des cas, et l'hystérectomie était l'antécédent chirurgical dominant (8%). Les 77,5% des patients ont eu un score de Mallampati à 1 et 17,2% à 2. Seulement 46 patients ont eu des bilans biologiques à la consultation d'anesthésie et parmi eux, 13,4% ont eu un taux d'hémoglobine < 10 g/dl. La radiographie du thorax a été demandée chez 6 patients. La classification ASA était I (86,9%) et II (13,1%) avec 19 cas d'intubation prévue difficile et un cas nécessitant en préopératoire d'une consultation spécialisée en cardiologie. L'hypotension artérielle a été l'incident peropératoire la plus retrouvée. Il n'y a pas de corrélation significative entre l'apparition des incidents peropératoires et le score ASA, ou l'âge, ou les antécédents chirurgicaux, ni le score de Mallampati. Mais, nous avons vu une relation significative entre la présence des antécédents médicaux cardio-respiratoire et la survenue des incidents peropératoires.

Conclusion : La consultation d'anesthésie est un outil important qui va permettre d'identifier les facteurs de risque opératoire afin de minimiser les complications per et post opératoire. La présence d'antécédents cardiaques et respiratoires augmente le risque d'apparition d'incidents en peropératoire.



Suivi à domicile
DSF Madagascar



Partenaires du projet d'appui et de formation à la prise en charge de la douleur, de la souffrance et des symptômes de fin de vie des patients usagers du système national de santé à Madagascar.

Le suivi à domicile (SAD) auprès des patients douloureux et/ou en fin de vie est opérationnel depuis fé-

vrier 2017. L'équipe pluridisciplinaire du Centre National de Lutte contre la Douleur (CNLD), instaurée par Douleurs Sans Frontières (DSF), intervient sur Antananarivo et les communes environnantes, dans un rayon limité à 20 kms, en raison des difficultés de circulation.

Le SAD s'adresse à des patients douloureux atteints de pathologies sévères ou évolutives et prend en compte l'ensemble des besoins de la famille. Ce sont essentiellement des patients en fin de vie, souffrant d'un cancer pour la plupart.

Les bénéficiaires sont des patients recensés après leur sortie de l'hôpital et confiés par les médecins hospitaliers ; des malades adressés par leur médecin traitant (libéral) ; des patients parfois vus aux consultations douleur externes au CNLD et qui ne peuvent plus se déplacer.

L'équipe favorise l'échange et la communication avec le médecin qui nous a référé le patient, afin de mettre en place une stratégie thérapeutique commune.

L'objectif du suivi à domicile n'est pas de guérir mais de préserver la meilleure qualité de vie possible, de soulager la douleur et tous les symptômes gênants, en apportant aussi un soutien psychologique et spirituel au patient et à ses proches. Afin de répondre au mieux à tous ces besoins, le CNLD est composé de médecins, infirmiers et assistantes sociales.

La fréquence des visites dépend de l'évolution de l'état de santé du patient. En fonction des problèmes rencontrés, des passages ciblés sont organisés par l'assistante sociale, notamment pour apporter un soutien moral au patient et à l'entourage. De plus, dans la mesure du possible, l'équipe s'organise pour collaborer avec les entités existantes (Professionnels des centres de santé de base ou libéraux ; associations ; fokontany) dans le quartier où vit le patient pour améliorer sa prise en charge globale.

ADRENALINE AGUETTANT :
 1mg / ml, solution injectable en ampoule

ATROPINE SULFATE AGUETTANT :
 0,25 mg / ml, solution injectable

CHLORURE DE POTASSIUM PROAMP AGUETTANT :
 0,1mg / ml, solution à diluer pour perfusion

CHLORURE DE SODIUM PROAMP AGUETTANT :
 0,9 %, solution injectable

GLUCONATE DE CALCIUM PROAMP AGUETTANT :
 10 %, solution injectable

GLUCOSE PROAMP AGUETTANT :
 5 %, solution pour perfusion

LIDOCAÏNE AGUETTANT :
 20 mg / 10 ml, solution injectable

MIDAZOLAM AGUETTANT :
 1 mg / 1 ml, 5mg dans 5ml

MORPHINE CHLORHYDRATE AGUETTANT :
 10 mg / ml, Voie IV, péridurale, Scut

NICARDIPINE AGUETTANT :
 10 mg / 10 ml, solution injectable

NORADRÉNALINE TARTRATE AGUETTANT :
 2 mg / ml (SANS SULFITES),
 solution à diluer pour perfusion

AGUETTANT
SOPHARMAD

VOTRE PARTENAIRE SANTÉ
 +261 (0)20 22 261 02
 contact@sopharmad.mg
 www.sopharmad.com

SANOFI

Vos décisions sont essentielles ...
... FAITES CONFIANCE EN L'EXPÉRIENCE

Lovenox®
 énoxaparine

SANOFI

abbvie

ULTANE sevoflurane



LEMEX for life

smiths medical bringing technology to life





VALUE LIFE

Qualité et fiabilité dans le domaine médico-chirurgical à usage unique

5 à 11, rue Adeline - 95440 Ecouen
France
Tél : 00 33 (0) 1 39 92 63 63 -
www.vygon.com

Lot HAB 53 Andrononobe Ifaty -
Antananarivo
Tél : 22 437 87 - 032 02 248 39 -
mada.poly@moov.mg

forlax^{10g}



ADULTE

2 sachets par jour

ENFANT à partir de 8 ans

1 à 2 sachets par jour



IPSEN

Innovation for patient care



Posologie usuelle *	
Nourrisson	1/2 sachet 1 à 2 fois/jour
De 2 à 5 ans	1/2 sachet 2 à 3 fois/jour
De 5 à 10 ans	1 sachet 2 fois/jour
Adulte	1 sachet 3 fois/jour

SHIMEN

Mannitol 20%

Solution pour perfusion Intraveineuse (I.V.)

- Hypertension intraoculaire et intracrânienne
- Réduction de certains oedèmes cérébraux
- Oligo-anurie

flacon 250ml

Otsuka

La qualité c'est l'amour, le crédit c'est le fondement

TNATM - Peri

10% Amino Acid 300 ml +
15% Dextrose 530 ml +
20% Lipid 170 ml

Nutrition parentérale chez l'adulte quand la nutrition orale ou entérale est impossible, insuffisante ou contre-indiquée.

Otsuka

OroZamudol[®]
Chlorhydrate de tramadol 50mg **Gé**
Comprimé à libération immédiate

1 comprimé orodispersible
toutes les **4 heures**
Ne pas dépasser 8 comprimés/jour

Facile à prendre

- Ne nécessite pas d'eau
- Délitement rapide au contact de la salive (moins de 30 secondes)

**Utile en cas d'alitement
et de difficultés à avaler**

OROZAMUDOL[®] 50 mg
Chlorhydrate de tramadol Gé
10 comprimés orodispersibles
MEDA

Mylan

ZAMUDOL[®]

Mylan

**Traitez
la douleur
avant
qu'elle ne
s'installe**

MACLEODS



MACLEODS
PHARMACEUTICALS LTD.

Gamme de Produits

Olmesar 20

(Olmésartan Médoxomil 20 mg Comprimés)

ROSUMAC

(Rosuvastatine 10/20 mg Comprimés)

LEVOMAC

(Lévofloxacine 500 mg Comprimés)

MACROMYCIN

(Spiramycine 1,5 MU/3 MU Comprimés)

Olmesar H

(Olmésartan Médoxomil 20 mg et Hydrochlorothiazide 12,5 mg Comprimés)

Doxoril

(Doxofylline 100 mg Sirop)

Anti-Thyrox

(Carbimazole 5 mg Comprimés)

Zamadol P

(Tramadol Chlorhydrate 37,5 mg et Acétaminophène 325 mg Comprimés)



REMERCIEMENTS

La Société d'Anesthésie Réanimation de Madagascar (SARM) adresse ses plus vifs remerciements à :

- Le Préfet de Toliara ;
- Son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique ;
- Son Excellence Madame le Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique ;
- Le Chef de Région Atsimo Andrefana ;
- La Direction Régionale de la Santé Publique de Toliara ;
- Le Président du CROM Toliara ;
- Monsieur le Doyen de la Faculté de Médecine de Toliara ;
- Tous les intervenants ;

- **Notre Sponsor Officiel : le Laboratoire FRESENIUS KABI ;**
- Les Laboratoires et Sociétés Partenaires ;

- ainsi qu'aux nombreuses personnes qui ont collaboré, de près ou de loin, à la réalisation et à la réussite de ce Congrès.

COMMUNICATIONS AFFICHEES

Avis oncologique au service des Urgences du CHU Joseph Ravoahangy Andrianavalona Antananarivo

Andriamihaja HRA¹, Razakanaivo M¹, Andrianandrasana NO¹, Rakotomalala HM¹, Tovo Harivony¹, Rafaramino JF²

¹Service d'Oncologie, CHU JRA, Antananarivo

²Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : Le service des urgences accueille différents patients quel que soit leur pathologie y compris les patients atteints de cancer. Notre objectif était de décrire les profils épidémiologique, clinique et le devenir des patients ayant nécessité un avis oncologique au service des Urgences du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHU JRA), Antananarivo.

Méthodes : C'était une étude prospective descriptive sur les patients de tout âge, admis au service des Urgences du CHU JRA du 03 mai 2018 au 29 juillet 2018. Nous avons inclus dans notre étude tous les patients ayant nécessité un avis oncologique.

Résultats : Parmi les 9851 patients admis, 26 ont été inclus dans notre étude, soit une prévalence de 0,2%. L'âge médian était de 50 ans avec extrêmes de 16 et 80 ans. Cinquante-quatre pourcents étaient des femmes. Quatre-vingt-seize pourcents habitaient à Antananarivo dont 92% auto-référés. Les patients venaient en consultation en moyenne 4 jours après le début des symptômes. Les oncologues donnaient leur avis en moyenne 101 minutes après l'admission. Les signes fonctionnels étaient les principaux motifs d'admission avec une prévalence de 81% suivis par les signes généraux à 12%. Selon la localisation des symptômes, 35% étaient des symptômes digestifs, 19% neurologiques et 15% gynécologiques. Pour tous les patients, les avis oncologiques ont été demandés devant la présence de lésion tumorale déjà connue ou de découverte aux urgences. Soixante-deux pourcents étaient des nouveaux patients en oncologie et 38% des patients déjà connus. Après avis oncologique, 77% des patients étaient transférés en hospitalisation en oncologie, 15% pris en charge en service de réanimation ou de chirurgie générale et 12% envoyés en consultation externe en oncologie.

Conclusion : Les patients ayant nécessité un avis oncologique aux services des Urgences du CHU JRA étaient rares mais la plupart nécessitaient une hospitalisation en oncologie. En général, il s'agissait de femme, nouveaux patients en oncologie et présentant des symptômes digestifs.

« Effet week-end/jours fériés » sur la mortalité des patients en Réanimation Chirurgicale

Rahanitriniaina NMP^{1*}, Rakotondrainibe A¹, Rakotondrabe HA¹, Randriamandrato T¹, Randriamizao HMR¹, Rajaonera AT²

¹USFR Réanimation chirurgicale, CHU JRA, Antananarivo

²Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : Les services des urgences et de réanimation en première ligne dans le système de soins d'un hôpital. Le but de cette étude était d'analyser la mortalité en réanimation chirurgicale selon le jour

d'admission des patients.

Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale, descriptive, rétrospective des données statistiques du service de réanimation chirurgicale du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHU JRA) sur une période de deux ans (de janvier 2016 à décembre 2017). Le critère de jugement principal était la mortalité des patients. L'admission lors des jours ouvrés, les weekends et les jours fériés a été étudiée. Des tests de corrélation (entre le jour d'admission et la mortalité) et de comparaison (entre weekends ou jours fériés et jours ouvrés) ont été utilisés (SigmaPlot® 10.0).

Résultats : Durant la période d'étude, 2890 données d'une population âgée de 46,4±17,1 ans, à prédominance masculine (sex ratio : 2,16) ont été analysées. Les patients admis les jours ouvrés étaient au nombre de 2171 (75,12%) et ceux admis les weekends et les jours fériés étaient de 719 (24,88%). L'issue des patients était corrélée avec le jour d'admission des patients ($R=0,0567$, $p=0,00231$). Durant la période d'étude, 740 (2,6%) patients sont décédés, dont 215 décès des patients admis les weekends ou les jours fériés et 525 décès des patients admis les jours ouvrés. Une différence significative a été retrouvée entre l'issue des patients admis les jours ouvrés et les weekends ou les jours fériés ($p<0,001$). La durée de séjour était de 4,1±6,5 jours.

Conclusion : Les premières heures de prise en charge d'un patient en réanimation sont primordiales. L'« effet weekend/jours fériés » a une influence sur l'issue des patients ; sûrement dû à la disponibilité du personnel médical et des moyens techniques différents selon les jours ouvrés et les weekends ou jours fériés.

Facteurs cliniques de mortalité des hémorragies digestives variqueuses au service de Réanimation Chirurgicale du CHU d'Antananarivo

Rakotondrainibe A¹, Rahanitriniaina NMP¹, Randriamizao HMR¹, Rakotomena SD², Rajaonera AT³, Sztark F⁴

¹USFR Réanimation Chirurgicale, CHU JRA, Antananarivo

²USFR Chirurgie Viscérale A, CHU JRA, Antananarivo

³Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

⁴Faculté de Médecine de Bordeaux, France

Introduction : Les hémorragies digestives hautes par rupture variqueuse (HDHV) sont une complication redoutée de l'hypertension portale. Leur morbimortalité reste élevée ; les scores clinico-biologiques sont un outil intéressant pour en déterminer le pronostic. Dans le contexte local, la réalisation des examens paracliniques peut être retardée par les moyens financiers limités des patients. Aussi, déterminer les facteurs cliniques de mortalité des HDHV pourrait être intéressant. L'objectif de l'étude est d'évaluer les facteurs cliniques de mortalité des HDHV.

Méthodes : Une étude rétrospective, descriptive, analytique a été réalisée sur une période de 8 ans (2010 à 2017), au service de Réanimation Chirurgicale du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy

Andrianavalona (CHU JRA) Antananarivo, chez des patients admis pour HDHV confirmée par la fibroscopie digestive, dont l'examen clinique a été réalisé à l'admission. Le critère de jugement principal était la mortalité. Des tests de corrélation et de régression (SigmaPlot® 10.0) ont été réalisés pour l'analyse multivariée et pour déterminer les facteurs de mortalité des HDHV. Une valeur de p inférieure à 0,05 est considérée comme significative.

Résultats : Sur 1920 patients admis pour hémorragie digestive, 269 étaient d'origine variqueuse. La population à prédominance masculine (sex ratio = 2,7), de moyenne d'âge 47,1±13,5 ans était surtout classée ASA 1 (94,8%). L'épisode hémorragique était inaugural dans 56,5% des cas. Trois facteurs cliniques majeurs de mortalité ont été identifiés : antécédent de ligature des varices (OR=15,9 ; IC_{95%}=[2,4-105,7], $p=0,004$), tachycardie supérieure à 100 bpm (OR=1,88 ; IC_{95%}=[1,1-3,1], $p=0,014$), ascite (OR=3,8 ; IC_{95%}=[1,8-7,8], $p<0,001$). La durée moyenne de séjour était de 4,1±3,3 jours. La mortalité était de 14,9% (40 décès).

Conclusion : L'hémorragie digestive haute variqueuse peut mettre en jeu le pronostic vital. Les scores de morbidité sont certes utiles, cependant l'identification des facteurs cliniques est intéressante, dans l'attente des résultats des examens paracliniques.

Place de l'abstention chirurgicale devant une hémopéritoine d'origine traumatique au CHU JRA, Antananarivo

Rakotomena SD¹, Rakotondrainibe A², Randriamizao HMR², Rakoto Ratsimba HN³

¹USFR Chirurgie Viscérale A, CHU JRA, Antananarivo

²USFR Réanimation Chirurgicale, CHU JRA, Antananarivo

³Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : L'approche traditionnellement interventionniste des contusions abdominales semble actuellement délaissée pour privilégier une attitude plutôt conservatrice. Notre objectif est de décrire les aspects épidémiocliniques, thérapeutiques et évolutifs des contusions abdominales non opérées vues au Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHU JRA), Antananarivo.

Méthodes : C'est une étude rétrospective, descriptive sur les contusions abdominales non opérées en urgence vues au CHU JRA sur une période de 5 ans (de janvier 2013 à décembre 2017). Étaient étudiés les paramètres démographiques, les circonstances de l'accident, le délai d'admission, l'état hémodynamique clinico-biologique, l'hémopéritoine, l'organe lésé, le séjour hospitalier et l'issue des patients.

Résultats : 114 patients étaient colligés dont 76 étaient des hommes (sex ratio = 2), avec un âge moyen de 29,8±11,99 ans. L'accident de circulation était incriminé dans 66 cas (57,89%). Le délai moyen d'admission hospitalière était de 11±3,56 heures. À l'entrée, 94 cas présentaient une stabilité hémodynamique (82,5%) ; 41 patients notaient une anémie biologique (36,0%) (taux moyen d'hémoglobine = 120,3±20,15 g/dL et taux moyen d'hématocrite =

35±6,31%). L'échographie abdominale décelait une hémopéritoine dans 86 cas (75,4%) dont 23 cas étaient de grande abondance (20,2%). La rate était l'organe le plus touché (22 cas, soit 18,6%). Dix-sept patients étaient suivis en réanimation (14,9%) avec un séjour moyen de 11,2±5,9 jours. Une chirurgie secondaire était indiquée chez trois patients (2,6%). La durée du séjour hospitalier variait de 1 à 32 jours avec une moyenne de 5,6±4,9 jours associée à une mortalité nulle.

Discussion : Une abstention chirurgicale sur les contusions abdominales pourrait être justifiée dans notre contexte socioéconomique, afin de réduire leur morbi-mortalité et limiter les gestes chirurgicaux invasifs sur les organes. Cette attitude thérapeutique exige toutefois une surveillance multidisciplinaire, clinico-biologique et radiologique rigoureuse avec une intervention chirurgicale en expectative armée.

Stress au travail chez le personnel soignant du service des Urgences Chirurgicales du CHU JRA, Antananarivo

Razafindraibe FAP¹, Hiangotiana O², Rabarisoa H¹, Rakotoarison RCN³

¹Service des Urgences Chirurgicales, CHU JRA, Antananarivo

²USFR de Psychiatrie, CHU JRB, Antananarivo

³Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : Le secteur de la santé, en particulier le milieu hospitalier est reconnu depuis longtemps pour être un milieu de travail très stressant pour ses équipes, pouvant conduire au « burnout syndrom ». Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer le stress au travail chez le personnel soignant du service des Urgences Chirurgicales et de déterminer les répercussions du stress sur la santé et sur le travail.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive portant sur le stress au travail du personnel soignant du service des Urgences Chirurgicales du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHU JRA), Antananarivo. Ont été incluses dans l'étude tous les médecins et les infirmiers titulaires qui s'exercent dans le service. Un questionnaire anonyme a permis de collecter les données sociodémographiques, les étiologies, les conséquences et les moyens de gestion du stress. Le modèle de Karasek a été utilisé pour mesurer le niveau de stress. Il évalue trois dimensions : la demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien social au travail. Le personnel qui n'avait pas rendu le questionnaire a été exclu secondairement de l'étude. L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel Excel 2007. Les résultats sont exprimés en nombre et en pourcentage.

Résultats : Trente-deux personnels ont été retenus. L'âge médian était de 40 ans [28-59]. Le sex-ratio était de 1,46. Les urgentistes (37%) et les paramédicaux (34%) prédominaient. La médiane du score global de latitude décisionnelle était de 69 points. Celle de la demande psychologique était de 26 points. La médiane du score de soutien social était de 23 points. Treize personnels (41%) étaient en situation de « job strain » ou « tension au travail », c'est-à-dire combinaison de

forte demande psychologique et de faible latitude décisionnelle. La surcharge de travail (58%) et l'insuffisance des matériels (38%) étaient les principales étiologies du stress. Comme conséquences du stress sur la santé, le trouble du sommeil prédominait (62%). La démotivation (62%) et l'intention de quitter le travail (40%) étaient les principales répercussions du stress sur le travail. Les activités de détente (81%), les exercices de relaxation (28%) et les conduites addictives (19%) étaient les principaux moyens de gestion du stress.

Conclusion : Le personnel soignant du service des Urgences Chirurgicales du CHU JRA est très exposé au stress professionnel avec des complications redoutables sur la santé et sur le travail.

Syndrome de la mule : à propos d'un cas

Razafindrala FAP¹, Rabarisoa H¹,
Rakotoarison RCN²

¹Service des Urgences Chirurgicales, CHU JRA, Antananarivo
²Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : On parle de syndrome de la mule lorsque le corps devient un passeur de drogue. La dissimulation intracorporelle de drogues a pour but d'acheminer des drogues depuis des pays souvent producteurs jusqu'aux pays de consommation. Les petits paquets de drogues sont oralement ingérés ou insérés dans le rectum ou dans le vagin dans une tentative d'éviter leur découverte. Les objectifs de notre travail étaient de rapporter un cas de syndrome de la mule et d'évaluer sa prise en charge.

Observation : Une femme de 46 ans, de nationalité bolivienne, était amenée par les autorités au service des Urgences Chirurgicales du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHU JRA), Antananarivo, en juin 2018 pour une expertise médico-légale d'une dissimulation intracorporelle de drogues. A l'interrogatoire, il y avait une notion d'ingestions de boulettes de cocaïne 36 heures avant l'admission. Les examens cliniques à l'entrée étaient normaux. L'abdomen sans préparation a montré une raréfaction des gaz digestifs sans image nette de corps étrangers. La tomographie abdominale a révélé de multiples corps étrangers intra-digestifs et intravaginaux, sans image en faveur de complications à type d'occlusion intestinale aiguë ni de perforation d'organe creux. Devant le résultat de cet examen morphologique, le diagnostic d'un syndrome de la mule est posé. La patiente était admise dans le service de Réanimation pour une surveillance des éventuelles complications, surtout l'intoxication aiguë par ruptures des capsules. Une voie veineuse périphérique de sécurité a été mise. Un laxatif a été administré avec surveillance clinique de la patiente. Une émission par l'anus de 40 corps étrangers emballés était constatée 8 heures après une prise de laxatifs. L'examen gynécologique a permis d'extraire 20 corps étrangers intra-vaginaux. L'évolution était bonne, la tomographie abdominale de contrôle n'a objectivé aucun corps étrangers.

Conclusion : La tomographie abdominale nous semble la technique d'imagerie la mieux indiquée pour le diagnostic d'un syndrome de la mule. En ab-

sence de complications, le traitement consiste à attendre l'évacuation des paquets de drogues après administration de laxatifs. Ce syndrome impose une surveillance stricte dans une unité de soins intensifs car les complications sont graves et peuvent engager le pronostic vital dans une courte durée.

Evaluation périopératoire des tonsillectomies au CHU de Mahajanga

Randrianandraina MP¹, Randrianirina HH¹, Rakotomananjio AH²,
Fare ATS¹, Ratonganandrasana SE¹, Rakotoarisoa AHN³

¹CHU PZaGa, Mahajanga

²CHU Analakininina, Toamasina

³Faculté de Médecine d'Antsiranana, Madagascar

Introduction : La tonsillectomie est l'intervention la plus commune en ORL mais elle n'est pas dénuée de complications. Notre objectif est d'évaluer les incidents péri opératoires de cette chirurgie au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Mahajanga.

Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, descriptive, sur une période de deux ans (mai 2016 à mai 2018) au CHU Professeur Zafisaona Gabriel (PZaGa) de Mahajanga. Elle intéressait les patients tonsillectomisés sous anesthésie générale, sélectionnés de manière exhaustive sur la base de fiches d'enquêtes.

Résultats : Parmi les 72 patients recrutés, l'âge variait de 2 à 37 ans avec une médiane de 17 ans. On notait une prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,32. Les indications étaient les angines récidivantes chez 47% (n=34) des cas, une hypertrophie tonsillaire symptomatique dans 40% (n=29) des cas, pour diagnostic histologique dans 4% (n=3) des cas. Une hémorragie massive péropératoire à l'entretien anesthésique avec répercussion hémodynamique à type de tachycardie était notée chez 8% (n=6) des cas. Un arrêt cardiorespiratoire au réveil anesthésique chez une patiente était rapporté. La douleur post opératoire était à EVA 4 au 5^{ème} jour chez 41% (n=30) des patients, ayant nécessité un antalgique de pallier 2. Une hémorragie à la chute d'escarre nécessitait une reprise chirurgicale au 7^{ème} jour dans 1% (n=1) des cas. Aucune infection post opératoire n'était rapportée.

Discussion : Bien qu'il s'agisse d'une technique opératoire bien maîtrisée, la tonsillectomie reste une chirurgie dangereuse du fait de ses complications. Une prise en charge multidisciplinaire par l'oto-rhino-laryngologiste et l'anesthésiste-réanimateur permet d'éviter ces derniers.

Extraction d'un corps étranger laryngo-trachéo-bronchique : les difficultés techniques et les incidents observés au CHU PZaGa Mahajanga

Randrianirina HH¹, Randrianandrasana MP¹, Tohaina DV¹,
Rasamimanana NG¹, Rakotoarisoa AHN², Rajaonera AT³

¹Service de Réanimation et des Urgences, CHU PZaGa, Mahajanga

²Faculté de Médecine d'Antsiranana, Madagascar

³Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Les corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques (CELTB) sont des accidents fréquemment rencontrés chez l'enfant. La prise en charge reste un défi et consiste à extraire ces corps étrangers sous anesthésie gé-

nérale. Notre objectif est de partager les difficultés et les incidents rencontrés durant la prise en charge au bloc opératoire de cette situation clinique à travers trois observations.

Nous rapportons trois cas de CELTB dont deux chez des enfants âgés respectivement de 2 et 3 ans, qui ont eu un CELTB métallique méconnu. Ils étaient admis aux urgences pour une dyspnée et une toux évoluant dans un contexte fébrile. Le troisième cas était un homme de 52 ans qui présentait une dyspnée aiguë inspiratoire avec désaturation suite à une inhalation accidentelle d'une canule de trachéotomie. Au bloc opératoire, tous les patients ont été mis sous monitoring cardiorespiratoire standard et une extraction instrumentale par une bronchoscope sans optique sous anesthésie générale par voie intraveineuse, en respiration spontanée a été ensuite réalisée. Une désaturation était observée dans tous les cas et un enfant avait présenté un spasme bronchique rebelle entraînant un arrêt cardiaque et par la suite un retard de réveil. Les difficultés pour l'opérateur étaient surtout liées à la mauvaise visibilité et la durée moyenne de l'acte était de 15 mn.

Un plateau technique adéquat conditionne le succès du geste peropératoire. L'endoscopie au tube rigide avec optique constitue la méthode d'extraction optimale permettant à la fois une meilleure visualisation des structures anatomiques, une aspiration et une ventilation efficace. La préoccupation des anesthésistes réside surtout sur la gestion des voies aériennes.

Evaluation de l'utilisation de la check-list au bloc opératoire du Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana (CHU GOB), Antananarivo

Andrianirina M¹, Rafanomezantsoa TA¹, Razafindrainibe T¹,
Rinafissat MI¹, Andrianampanalinarivo HR²

¹USFR Réanimation Obstétricale, CHU GOB, Antananarivo
²Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : La check-list de l'Organisation Mondiale de la Santé contribue à l'amélioration de la sécurité anesthésique au bloc opératoire en diminuant la morbi-mortalité périopératoire. C'est un outil simple et efficace basé sur l'échange d'informations entre chaque équipe présente. Elle est composée de trois parties. Notre objectif est de rapporter l'utilisation par le taux de remplissage de cette check-list au CHU GOB Befelatanana en 2017.

Méthodes : Il s'agit d'une évaluation de pratique relative à l'utilisation de la check-list modifiée par le Mercy Ships sur une période d'un mois portant sur 50 interventions chirurgicales.

Résultats : Dix pourcents de ces interventions sont gynécologiques dont 60% au programme et quatre-vingt-dix pourcent obstétricales dont 50% en urgence. Soixante-quinze pourcent des actes ont été fait sous anesthésie locorégionale. Le taux de remplissage moyen de la check list s'élève à 59 % avec respectivement 54 % pour la première partie, 60 % pour la deuxième partie et 62% pour la troisième partie. Le rem-

plissage maximal de la check list a été observé dans la troisième partie avec un taux de 72 % au cours des interventions programmées et le minima à 51 % dans la première partie au cours des interventions en urgence.

Conclusion : Le bénéfice de l'utilisation de la check list est indéniable sur la sécurité anesthésique. Ce résultat préliminaire montre la faille et l'effort qui doit encore être corrigé et effectué au CHU GOB entre autre la présence simultanée des corps professionnels au bloc.

Quand la dermatologie entrave la sécurité anesthésique

Andrianirina M¹, Rafanomezantsoa TA¹, Razafindrainibe T¹,
Raveloson NE²

¹USFR Réanimation Obstétricale, CHU GOB, Antananarivo
²Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : La chéloïde peut occuper une grande surface corporelle en particulier cervico-faciale. La neurofibromatose à manifestation neurocutanée-squelettique peut aussi être associée à diverses pathologies de gravité différente qui auront des implications sur l'anesthésie. Notre objectif est de partager notre expérience dans la prise en charge anesthésique de ces deux pathologies au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana (CHU GOB), Antananarivo.

Observations

Observation 1: Femme de 28 ans, à Césariser pour une macrosomie fœtale. La mobilité cervicale est limitée par une large chéloïde au niveau du cou. La palpation de l'espace intervertébral est rendue difficile par la présence d'une grosse plaque de chéloïde.

Observation 2: Femme de 35 ans, à Césariser pour une procidence de la main. Elle présente des lésions dermatologiques généralisées évoquant une maladie de Von Recklinghausen. Sa sœur jumelle présente les mêmes lésions dermatologiques à l'âge de 12 ans.

Discussion

1°) Devant le risque d'une intubation difficile, de l'insuffisance de matériel adéquat pour y faire face et l'impossibilité d'une trachéotomie par la présence de chéloïde sur la voie d'abord, l'équipe a décidé de faire une rachianesthésie avec une aiguille de 22G à travers la plaque de chéloïde entre l'espace supposé être « L3-L4 ».

2°) Devant l'urgence, nous avons procédé à une anesthésie générale. Après induction par du thiopental et pancuronium, un trismus irréductible était apparu rendant une intubation trachéale impossible. Nous avons continué l'anesthésie en ventilant au masque tout en se tenant prêt à faire une trachéotomie.

Conclusion : La sécurité anesthésique va de pair avec l'intégrité cutanée. En effet, c'est indispensable pour la pose d'une voie veineuse, le repérage de l'interligne intervertébrale et le contrôle des voies aériennes.

Evaluation de la tenue des dossiers anesthésiques au Centre Hospitalier Universitaire Analakininina de Toamasina, Madagascar

Ramananaso ML¹, Rajaonera AT², Rakotoarijaona A¹

¹Faculté de Médecine de Toamasina, Madagascar

²Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : L'utilisation d'un dossier anesthésique permet de réunir toutes les informations nécessaires avant, pendant et après tout acte anesthésique d'où l'intérêt de ce travail. Notre objectif principal est d'améliorer la sécurité anesthésique des patients en assurant la bonne tenue des dossiers.

Méthodes : Etude rétrospective, descriptive des dossiers d'anesthésie des patients opérés au Centre Hospitalier Universitaire Analakininina de Toamasina (CHU AT), situant dans la région Est de Madagascar, durant le mois de mai 2018. Ont été inclus tous dossiers anesthésiques quel que soit le type d'anesthésie, le type de chirurgie, programmée ou non.

Résultats : Ont été colligés 74 dossiers anesthésiques. Chaque dossier est composé de 2 fiches. Ont été enregistré au cours de la consultation pré-anesthésique (CPA) : l'identité du patient, ses antécédents, le score de Mallampati (79,73%), la classification ASA (81,08%), l'indication anesthésique, le type de chirurgie. La CPA a été faite par des assistants dans 62,16%. Des paramètres cliniques ont été enregistrés au bloc opératoire : pression artérielle (86,48%), fréquence cardiaque (91,89%), fréquence respiratoire (25,67%), SpO₂ (90,54%) ; en salle de réveil : pression artérielle (67,56%), fréquence cardiaque (71,62%), SpO₂ (79,72%), sans fréquence respiratoire. Les antalgiques péri-opératoires étaient prescrits dans 52,70%.

Discussion : Dans notre pays, les dossiers anesthésiques sont différents d'un établissement à l'autre. La CPA regroupe toutes les informations nécessaires pour évaluer le risque anesthésique et la suite de prise en charge péri-opératoire des patients. Certains éléments essentiels sont incomplets dans nos dossiers : la classification ASA pour l'état de santé du patient, le score de Mallampati pour l'intubation. De plus, d'autres critères d'intubation devraient être rajoutés dans le dossier pour prévenir une intubation difficile. Pendant l'anesthésie, la fonction cardio-respiratoire doit être assurée avec tous les moyens nécessaires. Dans notre étude, le contrôle de l'état hémodynamique est insuffisant, ainsi que la fonction respiratoire. Cette surveillance clinique est encore moins fréquente dans la salle de réveil. La prescription d'antalgique est insuffisante.

Conclusion : le dossier d'anesthésie est très important et a une valeur sécuritaire et juridique. La standardisation nationale serait souhaitable.

Introduction : Le délai de rendu des résultats se définit comme le délai entre la prescription des examens biologiques jusqu'au rendu des résultats. L'objectif de cette étude est d'évaluer quantitativement le délai de rendu des résultats des examens biochimiques demandés en urgence, d'identifier les causes du retard du délai de rendu des résultats.

Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective descriptive sur une période d'une semaine allant du 22 décembre au 28 décembre 2017, réalisée à l'UPFR de Biochimie du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHU JRA), Antananarivo, pendant la période des gardes. Toutes les demandes d'analyses prescrites pendant les gardes ont été incluses dans cette étude. Les paramètres étudiés ont été les paramètres biochimiques d'urgence réalisés pendant les gardes, le nombre de demandes d'examens biochimiques demandés en urgence, le coût des analyses et les fractions de délais de rendu des résultats (délai de prescription : temps séparant la prescription et le paiement au service de cession, délai de prélèvement, délai de transport, délai d'analyse, délai de récupération).

Résultats : Au total, 129 dossiers ont été enregistrés. Le délai de rendu des résultats moyen est de 295 minutes avec des extrêmes de 54 minutes et de 723 minutes. La majorité des demandes d'analyses contiennent 1 à 4 paramètres biochimiques, en moyenne 3 paramètres par demande. La moitié des bilans prescrits a été exécutée dans les 30 à 120 minutes (le délai d'analyse c'est-à-dire réalisation de l'analyse sur l'automate + délai de récupération). Les analyses qui coûtent entre ≤ Ar 10 000 et ≤ Ar 20 000 sont les plus nombreuses dans cette tranche.

Conclusion : Cette étude a révélé un délai de rendu de résultat élevé par rapport aux autres études, notamment pour le délai de prescription. Les causes de retard du rendu des résultats soulevées dans cette étude ont pour but d'améliorer la pratique pour une meilleure prise en charge des patients.

Déterminants et pronostic des pré-éclampsies précoces au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana (CHU GOB), Antananarivo

Rakotozanany B¹, Rasoanandrianina BS¹, Rainibarijaona LNA¹, Rabearizaka L¹, Randrianarivony S¹, Randriambelomanana JA²

¹Service de Gynécologie-Obstétrique, Befelatanana

²Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : Madagascar présente une incidence élevée de pré-éclampsie précoce avant 34 SA (37% contre 10% dans la littérature internationale) avec une mortalité fœtale effroyable (83%) et une conséquente crainte de mortalité maternelle. Cette étude visait à déterminer les facteurs associés à l'apparition précoce de la pré-éclampsie ainsi que son pronostic.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude «cas-témoins», réalisée au CHU-GOB, du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2016. Les cas étaient les pré-éclampsies avant 34 SA et les témoins les pré-éclampsies ≥34 SA. Nous avons utilisé le logiciel Epi Info 7 sur un échantillon-

Délai de rendu des résultats des analyses demandées en urgence à l'UPFR de biochimie du CHU JRA, Antananarivo

Ranaivosoa MK¹, Ntoe Zara A², Rakotoniaina AI³, Rakoto Alson AO⁴, Rasamindrakotroka A⁴

¹UPFR de Biochimie, CHU JRA, Antananarivo

²Service Laboratoire, CHU Tanambao I, Antsirananana

³Service Laboratoire, CHU Mitsinjo Betanimena

⁴Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

nage exhaustif. Les facteurs associés à l'apparition précoce des pré-éclampsies étaient déterminée par un Odds Ratio > 1 avec un seuil de signification $p < 0,05$.

Résultats : Nous avons retenu 105 cas (24,5%) et 323 témoins (75,5%). Les facteurs associés aux pré-éclampsies précoces étaient : l'âge maternel ≥ 35 ans (OR=1,9 ; $p=0,003$), la multigestité (OR=2,4 ; $p=0,00009$), la multiparité (OR 2,0 ; $p=0,001$), les antécédents maternels d'hypertension artérielle (OR=2,7 ; $p=0,0003$), de mort fœtale in utero (OR=4,8 ; $p=0,009$) et familiaux d'hypertension artérielle (OR=2,0 ; $p=0,009$). Les complications les plus fréquentes étaient : l'éclampsie (13,3% vs 22,3% ; $p=0,02$), le HELLP syndrome (12,4% vs 2,8% ; $p=0,0002$) et la mort fœtale in utero (43,8% vs 12,4% ; $p=0,000$).

Conclusion : Le dépistage de ces facteurs permettrait d'optimiser la prise en charge des patientes à risque de pré-éclampsie.

Pratique transfusionnelle en obstétrique au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Tambohobe de Fianarantsoa (Madagascar)

Rakotozanany B¹, Rakotomahenina H², Fenomanana J²,

Rabearizaka L¹, Andriavonimanana MMT², Randriambelomanana JA³

¹Service de Gynécologie-Obstétrique, Befelatanana

²Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU de Tambohobe, Fianarantsoa

³Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : La transfusion sanguine est courante en Obstétrique et demeure une préoccupation permanente. Cette étude avait pour objectif de décrire le profil des patientes transfusées ainsi que la pratique transfusionnelle en milieu obstétrical à Fianarantsoa, Madagascar.

Méthodes : Nous avons effectué une étude rétrospective et descriptive au CHU de Tambohobe Fianarantsoa, du 01^{er} juillet 2016 au 31 décembre 2017. Étaient incluses les femmes enceintes ≥ 17 SA, celles ayant accouché et jusqu'à la 48^{ème} heure du post-partum.

Résultats : Parmi les 2 032 femmes enceintes, 73 étaient transfusées, soit 3,7%. L'âge maternel moyen était de 28,7 ans. Les primigestes prédominaient à 30,2%. La grande majorité (97,3%) n'avait aucune détermination ABO Rhésus. Le groupe A+ était le plus fréquent (36,8%), suivi du groupe O+ (31,5%), B+ (26,3%) et AB+ (5,2%). Le sang total était le plus utilisé (61,84%). Les principales indications étaient l'hémorragie du post-partum (38,1%), le placenta prævia hémorragique (15,7%) et l'hémorragie peropératoire (14,4%). Trente pourcents des indications étaient des urgences vitales immédiates et 18,4% des produits étaient reçus à moins de 30 minutes. La quantité moyenne de sang reçu était de 1,9 poche. La réaction transfusionnelle était observée dans 18,4% et dominée par la fièvre (14,4%) et l'urticaire (1,3%).

Conclusion : La transfusion sanguine en Obstétrique rencontre des réels problèmes. Le respect des règles d'indication et de sécurité transfusionnelle permet de garantir un meilleur résultat.

Profils épidémiocliniques et thérapeutiques de la procidence du cordon ombilical au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana, Antananarivo (Madagascar)

Randriamahavonjy R¹, Rakotonirina AM¹, Ratsiatosika AT²,
Rainibarijaona LNA², Andrianampanalinarivo HR³

¹Service de Gynécologie-Obstétrique, CenHoSoa, Antananarivo

²Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU GOB

³Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : La procidence du cordon ombilicale est une urgence obstétricale majeure menaçant le pronostic fœtal au cours du travail. L'objectif de cette étude était de décrire le profil épidémioclinique et thérapeutique de la procidence du cordon pulsatile au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana (CHU GOB), Antananarivo.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective transversale réalisée au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana Antananarivo sur une période de 3 ans, allant du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2014.

Résultats : Nous avons recensé 70 cas de procidence du cordon ombilical pulsatile soit une prévalence de 0,28% des accouchements. L'âge moyen des patientes était de 28±3,2 ans avec des extrêmes allant de 18 et 43 ans. Les multipares prédominaient (51,43%) et la grossesse était à terme dans 71,43% des cas. Étaient associées à la procidence le placenta prævia, la latérocidence d'une main, le cordon long et le bassin rétréci. La procidence du cordon était du 1^{er} degré dans 44,29% des cas. Toutes les parturientes avaient bénéficié d'une oxygénothérapie (100%). La quasi-totalité des patientes étaient césariées (95,71%). Les complications néonatales étaient représentées par l'asphyxie périnatale (39,6%), la prématurité (36,7%), l'infection néonatale (13,1%) qui sont tous admis dans la réanimation néonatale et le décès néonatal (18,2%).

Conclusion : La procidence du cordon ombilical est relativement rare. Une extraction fœtale dans les plus brefs délais, notamment lorsque le cordon est extériorisé, constitue le principal facteur déterminant du pronostic néonatal.

Profils épidémiocliniques et thérapeutiques des fibromes utérins au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana (CHU GOB), Antananarivo (Madagascar)

Rakotonirina AM¹, Rainibarijaona LNA², Rabearizaka L²,
Andrianampanalinarivo HR³

¹Service de Gynécologie-Obstétrique, CenHoSoa

²Service de Gynécologie-Obstétrique, Befelatanana

³Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Introduction : Les léiomyomes ou fibromyomes plus communément dénommés fibromes, sont les tumeurs les plus répandues du tractus génital féminin. Ils affectent 20 à 25% des femmes en activité génitale. L'objectif de cette étude est de décrire le profil épidémioclinique et thérapeutique des fibromes utérins au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana (CHU GOB).

Méthodes : Etude transversale rétrospective et descriptive des patientes présentant des fibromes utérins hospitalisés au service de gynécologie du CHU GOB Befelatanana entre janvier 2015 au décembre 2016 (2 ans). Le diagnostic de cette pathologie a été retenu en préopératoire sur des signes caractéristiques échographiques. Ont été incluses dans l'étude toutes les patientes ayant été opérées ou non dans le service de Gynécologie pour fibrome utérin et ayant un dossier médical complet.

Les paramètres étudiés ont été : âge, ethnie, profession, situation matrimoniale, gestité, parité, nombre d'avortement, modes de découverte, les antécédents gynéco- obstétriques, les antécédents familiaux, signe clinique, signe échographique, le traitement reçu, la durée d'hospitalisation et l'évolution des patientes. Ces données ont été analysées avec les logiciels Epi-Info 3.5.4 et Excel.

Résultats : Nous avons recensé 101 cas de fibromes utérins sur les 2576 hospitalisés soit une prévalence de 3,92%. L'âge moyen $42,7 \pm 3,6$ ans. Les patients paucipares étaient 30,6%. Dix-sept virgule huit présentaient

des troubles du cycle menstruel dans leurs antécédents. La symptomatologie était dominée par les hémorragies génitales (78,2%). Soixante-sept virgule trois pourcent des patientes présentaient une anémie. La majorité des patientes (64,4%) présentaient un utérus polomyomateux dont la localisation des fibromes était principalement corporeale (92,1%), isthmique (21,8%). Soixante-douze virgule trois pourcent de la cartographie était interstitiel.

Les complications étaient dominées par une nécrobiose aseptique (7,9%). Le traitement était conservateur dans 68,3% des cas. La durée d'hospitalisation était courte dans 77,2% des cas et 91,1% avaient une bonne évolution et aucun décès n'a été objectivé durant 2 ans.

Conclusion : Cette pathologie est peu fréquente à Madagascar par rapport aux autres pays africains mais c'est la première indication opératoire de toutes les pathologies gynécologiques dans notre CHU et s'avère un véritable problème de santé publique qu'il est indispensable de cerner par l'élaboration d'un programme national de sensibilisation et de dépistage précoce.

PROGRAMME DU CONGRES

Journée du Jeudi 23 Aout 2018

8h30 : Accueil des invités

8h 45 : Ouverture officielle et Discours

9h 30 : Visite des stands et cocktail

10 h - 11 h 40 : Session 1

Président de séance : Pr RAVELOSON Nasolotsiry Enintsoa

Modérateur : Dr RASAMOELINA Ndranto

10h – 10h30 : Toxicité des anesthésiques locaux et Prise en charge (Pr RAVELOSON Nasolotsiry)

10h30 – 10h40 : Bloc paravertébral échoguidée pour chirurgie mammaire en milieu rural (Dr RABESALAMA Fanojo)

10h40 – 10h50 : Pratique de l'anesthésie au CHU Morafeno Toamasina : situation actuelle et perspective d'amélioration (Mr RALEMA Tojo)

10h50 – 11h : Contrefaçon médicamenteuse : un cas du Perfalgan[®], vu au CHU Tambohobe Fianarantsoa (Dr ANDRIANIMARO Florelia)

11h – 11h10 : La pneumopathie d'inhalation post-opératoire en chirurgie digestive : une complication non négligeable à considérer (Dr RASAMIMANANA Giannie)

11h10 – 11h20 : Inhalation lors de ligature de varices œsophagiennes au CHU Andrainjato-Fianarantsoa (Dr RAZAFINDRABEKOTO Lova)

10h20 – 10h30 : Labo 1

10 h30 – 10h40 : Séances de Questions réponses

14h : Présentation des posters (5 min/poster : 3 min de présentation et 2 min de questions) : salle atelier

Poster 1 : Première expérience de l'anesthésie locorégionale (ALR) échoguidée au CHU Anosiala (Dr RANDRIAMAHALEO Tolotra)

Poster 2 : Avis oncologiques au service des urgences du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (Dr ANDRIAMIHAJA HRA)

Poster 3: Place de l'abstention chirurgicale devant une hémopéritoine d'origine traumatique au CHU-JRA (Dr RAKOTOMENA Davidà)

Poster 4 : Stress au travail chez le personnel soignant du service des urgences chirurgicales du CHUJRA (Dr RAZAFINDRAIBE Faneva)

Poster 5: Syndrome de la mule: à propos d'un cas (Dr RAZAFINDRAIBE Faneva)

Poster 6 : Déterminants et pronostic des pré-éclampsies précoces au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana (Madagascar) (Dr RAKOTOZANANY Besaina)

Poster 7 : Pratique transfusionnelle en Obstétrique au CHU Tambohobe Fianarantsoa (Madagascar) (Dr RAKOTOZANANY Besaina)

Poster 8 : Quelle intubation en chirurgie orale et maxillofaciale: Intubation orale ou nasotrachéale? (Dr RANDRIAMANANTENA Tahiry)

Poster 9 : Les déviations séptales lors d'une fracture des os propres du nez (Dr RANDRIAMANANTENA Tahiry)

Poster 10 : Délai de rendu des résultats des analyses demandées en urgence à l'UPFR de biochimie du CHU-JRA Antananarivo (Dr RANAIVOSOA Koloina)

14h15- 16 h : Session 2

Président de séance : Pr RAJAONERA Andriambelo Tovohery

Modérateur : Dr RAMANANASOA Marinette

14h15 – 14h45 : Nouveauté sur les chocs anaphylactiques au bloc opératoire (Pr RAJAONERA Tovo)

14h45 – 14h55 : Accidents et incidents de l'anesthésie en chirurgie non programmée vus au service réanimation chirurgicale du CHU – JRA (Dr RAHARIMANANA Fabien)

14h55 – 15h05 : Les incidents du réveil anesthésique au CHU PZAGA Mahajanga (Dr RANDRIANIRINA Hery)

15h05 – 15h15 : Incidents observés chez les patients hémodialysés à la polyclinique d'Ilafy en 2017 (Dr RABENJARISON Francklin)

15h15 – 15h25 : Ce que révèle l'enquête d'incidents périopératoires en Obstétrique au CHU PZAGA Mahajanga (Dr TOHAINA Dolly)

15h25 – 15h35 : Patient en consultation d'anesthésie : profil épidémiologique et risque opératoire (Dr RALINIRINA Jacintha)

15h35 -15h45 : Comment se présente la fiche d'Anesthésie au CHU-JRA ? Analyse des dossiers de 2016-2017 (Dr RAKOTONDRABE Annie)

15h45 – 15h55 : Séances de Questions réponses

Pause et visite des stands

16h 10- 17 h 45: Session 3

Président de séance : Pr RAKOTOARIJAONA Armand

Modérateur : Dr RAZAFINDRABEKOTO Lova

16h10 – 16h40 : Quoi de neuf en anesthésie pédiatrique ? (Dr RANDRIAMIZAO Mamy Richard)

16h40 – 16h50 : Anesthésie pour endartériectomie carotidienne : un défi relevé au CHU Morafeno Toamasina (Dr HARIOLY Nirina Osé)

16h50 – 17h : Evolution hospitalière des hémorragies méningées d'origine anévrysmale non opérées à l'USFR de Neurologie CHU Befelatanana (Dr LEMAHAFKA Glorien)

17h – 17h10 : Monitoring tensionnel à la phase aiguë d'un AVC hémorragique auprès de l'USFR de Neurologie de Befelatanana (Dr RAJAONARISON Lala)

17h10 – 17h20 : Fréquence et caractéristiques des syndromes parkinsoniens vus à l'USFR de neurologie de l'hôpital Befelatanana Antananarivo (Dr RASAHOLIARISON Nomena)

17h20 – 17h30 : L'évolution de la myasthénie auto-immune vue au service de neurologie CHUJRB (Dr RAZAFINDRASATA Santatra)

17h30 – 17h40 : Labo 3

17h40 – 17h 45 : Session de Questions réponses

Journée du Vendredi 24 Août 2018

08h30 à 10 h: Session 4

Président de séance : Pr RAKOTOARISON Ratsaraharimanana Cathérine Nicole

Modérateur : Dr RASAMIMANANA Naharisoa Giannie

08h30 – 09h : Transport extrahospitalier des polytraumatisés (Pr RAKOTOARISON Nicole)

09h – 09h10 : Facteurs de mortalité des traumatismes crânio-encéphaliques (TCE) graves à la phase aiguë (Dr RAZANAMAROVOLA Felatiana)

09h10 – 09h20 : Impact des « week-ends » sur la mortalité dans le service des urgences et réanimation du CHUJRB (Dr RANDRIAMAMONJY Nomena)

09h20 – 09h30 : déterminants du décès maternel par hémorragie du post-partum à la maternité Befelatanana en 2013-2015 (Dr RAKOTOZANANY Besaina)

09h30 – 09h40 : Facteurs de mortalité des empyèmes thoraciques de l'adulte en réanimation chirurgicale du CHUJRA (Dr VITA Anthony)

09h40 - 09h50 : Labo 4

09h50 - 10h : Session de Questions réponses

Pause et visite des stands

10h 15 à 12 h: Session 5

Président de séance : Dr RAKOTONIAINA François

Modérateur : Dr RAKOTONDRAINIBE Aurélia

10h15 – 10h45 : La douleur en unité de soins intensifs / Réanimation : pour une meilleurE prise en charge (Dr RAKOTONDRAINIBE Aurélia)

10h45 – 10h55 : Evaluation de l'efficacité de la rachianesthésie avec du bupivacaine, fentanyl associée à la morphine lors de la césarienne (Dr RABARISOA Herinavalona)

10h55 – 11h05 : Occlusion intestinale aiguë mécanique : impacts du délai chirurgical (Dr SITRA-KAMAMINIAINA Madjer)

11h05 – 11h15 : Apports liquidiens per-opératoire et morbidités postopératoires en chirurgie digestive majeure (Dr SOILIHU Moustafa)

11h15 – 11h25 : Réalimentation orale postopératoire précoce au décours de chirurgies digestives urgentes au CHU Tambohobe Fianarantsoa (Dr RASAMOELINA Ndranto)

11h25 – 11h35 : Les complications du décubitus au service de Réanimation Chirurgicale CHU-JRA (Dr VELOLAHY Jean Marc)

11h35 – 11h45 : DSF

11h45 – 11h55 : Session de Questions réponses

12h : Fin de session

14h : Présentation des posters (5 min/poster : 3 min de présentation et 2 min de questions) : salle atelier

Poster 11 : Evaluation de la tenue des dossiers anesthésiques au CHU-AT (Dr RAMANANASOA Marinette)

Poster 12 : Effet « WEEK END / JOURS FERIES » sur la mortalité des patients en Réanimation Chirurgicale (Dr RAHANITRINIAINA Nadia)

Poster 13 : Facteurs cliniques de mortalité des hémorragies digestives variqueuses au service de réanimation chirurgicale du CHU d'Antananarivo (Dr RAKOTONDRAINIBE Aurélia)

Poster 14 : Evaluation de l'utilisation de la check list au bloc opératoire du Centre Hospitalier Universitaire Gynécologie Obstétrique Befelatanana (Dr ANDRIANIRINA Mamitiana)

Poster 15 : Quand la dermatologie entrave la sécurité anesthésique (Dr ANDRIANIRINA Mami-tiana)

Poster 16: Evaluation périopératoire des tonsillectomies au CHU de Mahajanga (Dr RANDRIANIRINA Hery)

Poster 17 : Extraction d'un corps étranger laryngo-trachéobronchique : les difficultés techniques et les incidents observés au CHU PZAGA Mahajanga (Dr RANDRIANIRINA hery)

Poster 18 : Profil épidémioclinique et thérapeutique de la procidence du cordon ombilicale au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana Antananarivo Madagascar (Dr RAKOTONIRINA Martial)

Poster 19 : Profil épidémioclinique et thérapeutique des fibromes utérins au CHU GOB Befelatanana (Dr RAKOTONIRINA Martial)

14 h 15 – 15h 30 : Session 6

Président de séance : Pr RANDRIAMANANTSOA Lova

Modérateur : Dr ANDRIANIMARO Florelia Martinetti

14h15 – 14h45 : Les Intoxications aiguës (Dr RAMAROLAHY Rija)

14h45 – 14h55 : L'extension cervicale d'une cellulite odontogène et la trachéotomie (Dr RANDRIAMANANTENA Tahiry)

14h55 – 15h05 : Evaluation de paramètres cliniques dans la prédiction d'une laryngoscopie difficile chez les malgaches : Etude préliminaire (Dr RASOLOMALALA Lova)

15h05 – 15h15 : Comparaison entre les scores de Mallampati en position couchée et assise pour prédire une intubation difficile (Mr MIKALY Thallas)

15h15 – 15h 20 : Session de Questions réponses

Pause et visite des stands

15h 40 - 17 h : Session 7

Président de séance : Pr RAKOTO ALSON Olivat

Modérateur : Dr RANDRIANIRINA Hery

15h40 – 16h10 : La sécurité transfusionnelle en anesthésie réanimation : quels points à savoir ?
(Dr RANDRIAMANDRATO Tantely)

16h10 – 16h20 : Pseudo anévrisme post traumatique de l'artère vertébrale (Dr RANDRIANJAKA Hery)

16h20 – 16h30 : Prise en charge chirurgicale des traumatismes artériels des membres à Antananarivo (Dr RANDIMBINIRINA Luca)

16h30 – 16h40 : Session de Questions réponses

17 h : Distribution des prix et Cérémonie de clôture
