

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

Toamasina, 15 - 16 Septembre 2016

Les mots du Président

Chers membres de la Société d'Anesthésie et de Réanimation de Madagascar (SARM),
Chers congressistes,

Je suis très heureux de vous saluer et de vous souhaiter la bienvenue au cinquième Congrès de la SARM.

Vous constaterez, qu'encore une fois cette année, la programmation du congrès offre des formations de pointe sur des thèmes qui sauront répondre aux attentes de tous, autant en formation professionnelle qu'en formation professorale.

Cette année nous avons choisi le thème : « *Anesthésie-Réanimation en milieu tropical* ».

Plus qu'une occasion de développement professionnel, ces deux journées constituent un moment privilégié d'échanges avec vos collègues aussi bien nationaux qu'internationaux et de vous inspirer des expériences, réflexions et idées novatrices qui ne manqueront pas d'alimenter les discussions.

Je tiens à féliciter et à remercier les organisateurs de leur travail remarquable pour la réussite de cet événement majeur et des plus rassembleurs.

Je vous souhaite un congrès enrichissant et vous adresse mes cordiales salutations.

Pr RAVELOSON Nasolotsiry E.
Président de la SARM



Anesthésie du patient choqué

Pr RAJAONERA A. T, Dr RANDRIANAMBININA Hajanirina

L'état de choc est une insuffisance circulatoire aiguë, quelque soit la cause, entraînant une inadéquation entre l'apport et les besoins en oxygène et est à l'origine d'une anoxie cellulaire, d'un emballement du mécanisme anaérobie et de production de lactate.

L'anesthésiste se trouve confronter a cette situation dans la mesure où il est sollicité pour anesthésier un patient en état de choc hémorragique (GEU, plaie vasculaire,...), septique (péritonite, abcès,...) ou cardiogénique (tamponnade péricardique).

Le mécanisme du choc sera connu avant d'entamer l'anesthésie. L'induction anesthésique du patient choqué est à très haut risque. L'anesthésie générale à séquence rapide sera privilégiée. Le monitoring sera maximal et la réanimation (remplissage, vasopresseurs,...) sera poursuivie en per opératoire.

La douleur est un motif de consultation très fréquent en pratique quotidienne. Elle se définit comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire présente ou potentielle ou décrite en termes évoquant une telle lésion. Le mécanisme physiopathologique est essentiel à maîtriser car de la bonne compréhension et de l'évaluation de l'intensité de la douleur découle le traitement adapté. Le mécanisme de perception et de transmission de la douleur résulte d'un processus complexe périphérique et centrale. La perception émerge d'un système sensoriel chargé d'une fonction spécifique : la conservation de l'intégrité corporelle. Il existe différentes voies de contrôle de la douleur aux niveaux spinal et supra spinal, et ce par les contrôles descendants provenant de structures cérébrales dont l'hypothalamus et le cortex. Une même agression, provoquant la même lésion anatomique apparente peut entraîner des sensations et des conséquences fonctionnelles tout à fait différentes voire opposées. Aussi, un même individu ne réagit pas toujours de manière univoque à la douleur. Son seuil de tolérance à la douleur peut varier en fonction des circonstances de sa vie, du type et du vécu de la douleur, et bien sûr de son mécanisme. De tous ces éléments, une douleur peut ainsi être de type nociceptif ou neuropathique, aigu ou chronique, mécanique ou inflammatoire, organique ou fonctionnel, le tout d'intensité variable. Chaque type de douleur a ses

De la physiologie a la manifestation clinique de la douleur

RAKOTOMALALA HN, RANAIVOARISON MV, RALANDISON DS
CHU Morafeno Toamasina

propres caractéristiques sémiologiques qu'il faudra bien évaluer pour un traitement optimal.

Site d'action des médicaments antalgiques

RANAIVOARISON MV, RAKOTOMALALA HN, RALANDISON DS
CHU Morafeno Toamasina

Les antalgiques sont des médicaments utilisées pour soulager la douleur. La douleur étant l'« expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ». Les antalgiques ne sont pas toujours utilisés de façon optimale. La connaissance des différents sites d'actions des antalgiques contribue à leur utilisation à bon escient : choix de l'antalgique adéquat au tableau clinique, utilité d'un coantalgique, niveau d'efficacité attendu.

Des terminaisons nerveuses périphériques au cortex cérébral, les différentes structures anatomiques de transmission et d'interprétation de l'influx douloureux peuvent constituer un site d'action des antalgiques. L'analyse sémiologique de la douleur oriente le type d'atteinte et les sites à cibler :

- lésions tissulaires primitives où la transmission du message douloureux est sollicitée (origine de la douleur nociceptive)
- lésions du système nerveux à un ou plusieurs niveaux, où la transmission et/ou la modulation et/ou la perception fait défaut (origine de la douleur neuropathique).

La notion de co-antalgie consiste en l'association d'antalgiques aux cibles différentes sur base de mécanismes physiopathologiques identifiés. Le paracétamol joue le rôle de co-antalgique par excellence car il peut agir à tous les niveaux de transmission de la douleur, il peut être utilisé en monothérapie ou en association avec tous les autres antalgiques. L'antalgique adéquat doit cibler l'organe précis qui traite le potentiel message douloureux. L'association des actions synergique et additive des différents antalgiques utilisés doit tenir compte de leurs sites d'actions, ce qui permettrait de minimiser les effets indésirables et d'optimiser les effets thérapeutiques attendus.

Diagnostic et prise en charge des états de choc en réanimation

Professeur RAVELOSON Nasolotsiry Enintsoa
Service ATUR CHU-JRB

L'état de choc se définit comme un tableau d'insuffisance circulatoire aiguë qui altère de façon durable l'oxygénation et le métabolisme des différents tissus et organes. Cela conduit à une insuffisance de perfusion tissulaire entraînant une anoxie cellulaire, déviation anaérobie du métabolisme et production de lactates.

L'état de choc constitue l'une des premières causes de mortalité en réanimation. Le diagnostic est surtout clinique, l'examen clinique s'attache aux signes qui orientent (ou établissent) la cause du choc. La première question est de savoir si la cause du choc est cardiaque ou extracardiaque. La prise en charge des états de choc est une urgence imposant l'analyse de paramètres usuels et également de techniques plus sophistiquées, disponibles seulement en milieu de réanimation.

La prise en charge circulatoire est une étape essentielle du diagnostic et de la surveillance de l'état de choc. Après une démarche clinique diagnostique, la démarche pré hospitalière ou hospitalière très précoce s'attache à corriger les troubles hémodynamiques. Les progrès dans la connaissance de la physiopathologie des chocs devraient permettre une amélioration de la conduite de la réanimation de ces urgences vitales. Le point le plus important reste la détection et le traitement précoce du choc.

La simulation en formation initiale et continue pour les anesthésistes réanimateurs

Pr WINER Arnaud
Réanimation Polyvalente, CHU Sud Réunion, Centre d'étude Périnatale de l'Océan Indien, Centre de Simulation en Santé de l'Océan Indien. Université de La Réunion

La participation à la formation médicale continue (FMC) constitue un acte essentiel dans le développement personnel des professionnels, en particulier dans nos spécialités d'anesthésie, de réanimation et de médecine d'urgence.

Dans l'ère actuelle où la demande de la population en termes de qualité des soins est passée d'un niveau de connaissance des praticiens, à des résultats probants sur les résultats de prise en charge, la formation par simulation semble séduisante. Celle-ci est de plus en plus reconnue comme un moyen facilitant l'apprentissage dans un endroit sécurisant et reproductible [1-5].

La simulation a la possibilité d'enseigner des situations rares ou fréquentes, nécessitant des approches rigoureuses et reproductibles permettant de diminuer l'improvisation lorsque le praticien y est confronté. Ces mises en situation, permettent de plus, d'avoir un feed-back constructif lors du débriefing. L'ASA a d'ailleurs fait une enquête prouvant le grand intérêt des praticiens à ces formations, mais ressort aussi des inconvénients au coût et à des accès limités [6].

La simulation est une approche pédagogique qui n'est pas si moderne que cela. Les premières situations simulées date du XVIII^{ème} siècle, avec Angélique Marguerite Le Boursier du Coudray qui était sage-femme et enseignait l'art d'accoucher. Elle invente un mannequin (qu'elle appelait « machine »), pour l'aider dans ses démonstrations et pour permettre aux étudiantes,

durant leur formation de deux mois, de pratiquer l'accouchement.

Le champ de la simulation ne se limite pas à des mannequins. Le terme Simulation en santé correspond à l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soin, dans le but d'enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et de répéter des processus, des concepts médicaux ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels [7].

Le rôle de la formation par simulation pour les étudiants en médecine a été étudié, même si cela ne concernait pas exactement l'impact sur une prise en charge aiguë en dehors de tout senior.

Une analyse systématique récente a d'ailleurs revu les études portant sur l'anesthésiologie, la réanimation et la médecine d'urgence évaluant les praticiens, que ce soit sur l'acquisition de connaissance ou l'évaluation de performances [8].

Les questions qui restent sont : la formation par simulation, lorsqu'elle est ciblée sur l'acquisition des connaissances, des compétences et d'un comportement adapté permet-elle une pratique de qualité indépendante ? Est-ce que la simulation utilisée uniquement pour l'évaluation des compétences permet de juger d'une pratique de qualité indépendante ? Et si oui, quelles sont les compétences en cours d'évaluation et quels sont les propriétés psychométriques des outils utilisés ? Même si les praticiens considèrent de façon auto-déclarative que la simulation est d'un grand apport personnel, seul l'apprentissage et à moindre mesure l'évaluation des connaissances lors des études de médecine et lors du 3^{ème} cycle montre à l'intérêt de la formation basée sur la simulation. Ainsi, la recherche doit s'orienter sur l'impact pratique de la simulation pour l'évaluation et la consolidation des connaissances dans la FMC, en particulier pour obtenir le niveau 4b dans l'échelle de Kirkpatrick [9], c'est-à-dire un réel bénéfice pour le patient. Cependant, l'utilisation de la simulation prouve bien la différence de prise en charge des patients par des praticiens expérimentés comparés à des non expérimentés.

Nous sommes encore au balbutiement de la simulation dans le domaine de la santé, avec les découvertes incroyables dans le territoire numériques, en particulier avec les casques d'immersion en 3 dimensions, permettant de produire des situations réelles et adaptatives.

Références :

1. DeMaria S Jr, Samuelson ST, Schwartz AD, et al. Simulation-based assessment and retraining for the anesthesiologist seeking reentry to clinical practice: A case series. *Anesthesiology* 2013; 119:206-17.
2. Boet S, Bould MD, Sharma B, et al. Within-team debriefing versus instructor-led debriefing for simulation-based education: A randomized controlled trial. *Ann Surg* 2013;258:53-58.
3. Riem N, Boet S, Chandra D. Setting standards for simulation in

anesthesia: the role of safety criteria in accreditation standards. Can J Anaesth 2001;58:846-52.

4. Cook DA, Hatala R, Brydges R, et al. Technology-enhanced simulation for health professions education: a systematic review and metaanalysis. *JAMA* 2011; 306:978-88.

5. Frengley RW, Weller JM, Torrie J, et al. The effect of a simulationbased training intervention on the performance of established critical care unit teams. *Crit Care Med* 2011;39:2605-11.

6. American Society of Anesthesiologists. ASA member survey on simulation. Disponible sur Internet : URL : <http://asatest.asahq.org/SIM/memberpollstats040606.pdf>. Accessed September 25, 2011.

7. Society for simulation in healthcare. Council for accreditation of healthcare simulation programs, accreditation standards and measurement criteria. Minneapolis: SSH; 2010. Disponible sur Internet : URL : <http://ssih.org/uploads/committees/2011%20Self%20Study%20Tool.pdf>

8. Khanduja PK, Bould MD, Naik VN, Hladkovicz E, Boet S. The role of simulation in continuing medical education for acute care physicians: a systematic review. *Crit Care Med* 2015;43(1):186-93.

9. Donald Kirkpatrick's Learning Evaluation Model 1959; review and contextual material. Alan Chapman 1995-2014.

Les intoxications aiguës

Docteur RAMAROLAHY Andriatiray Rija Niaina
USFR Réanimation Médicale et Toxicologie Clinique
CHU-JRA

Les intoxications sont une des premières causes d'hospitalisation des personnes de moins de 30 ans dans les pays développés et 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 des intoxications aiguës, en général, comporte quatre étapes qui sont souvent intriquées :

- affirmer le diagnostic : le diagnostic est fondé sur l'anamnèse, les symptômes, les investigations paracliniques, l'analyse toxicologique et, dans certains cas, des tests pharmacodynamiques. Idéalement toutes ces données doivent être en concordance avec le toxique et la dose ingérée ;
- évaluer la gravité : rechercher les signes de gravité comme : le coma post anoxique, le syndrome d'inhalation trachéo-bronchique, 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.

Choc hémorragique

Professeur RAKOTOARISON Ratsaraharimanana C. Nicole
Service des Urgences Chirurgicales CHU-JRA

Le choc hémorragique est une des causes principales de décès chez les traumatisés. C'est un syndrome résultant d'une baisse brutale et importante du volume circulant responsable d'une instabilité hémodynamique, d'une diminution du transport en oxygène, de la perfusion tissulaire, d'une hypoxie tissulaire, d'une défaillance polyviscérale, pouvant conduire au décès. La principale réponse neurohormonale à l'hémorragie est la réaction sympathique. Le choc hémorragique s'accompagne d'altération de la microcirculation et d'atteintes viscérales multiples. Il induit également une réponse inflammatoire complexe associée à d'importantes altérations de l'hémostase. Une réanimation intensive doit être entreprise précocement afin de limiter la survenue du syndrome de défaillance multiviscérale lié à la prolongation du choc. L'objectif de cette réanimation initiale est de restaurer rapidement une perfusion tissulaire adéquate par un remplissage vasculaire. Des données récentes sur la physiopathologie des troubles de l'hémostase au cours du choc hémorragique et sur la physiologie de l'hémostase permettent aujourd'hui de préconiser un recours plus précoce à la transfusion sanguine. Cette transfusion de produits sanguins labiles vise à normaliser le transport en oxygène, d'une part, et corrige l'hémostase biologique d'autre part. L'administration de catécholamines se justifie également afin de stabiliser la pression artérielle si le remplissage vasculaire est insuffisant dans l'attente du traitement étiologique chirurgical, radiologique ou endoscopique du foyer hémorragique. La place des anti fibrinolytiques dans l'arsenal thérapeutique reste à préciser. L'administration de facteur VII activé peut être considérée après l'échec de la chirurgie ou de la radiologie interventionnelle pour contrôler le saignement.

Etats hémodynamiques et respiratoires des opérées de fistules obstétricales sous rachianesthésie au CHRR Manakara

ANDRIANIMARO FM, RABENJARISON F, HARIOLY NIRINA MOJ, RASOLONJATOVO TY, RAJAONERA TA, RAKOTOARISON RCN, RAVELOSON NE

Notre objectif a été de rapporter nos expériences par rapport à la pratique de l'ALR pour l'opération de fistules obstétricales. Il s'agit d'une étude transversale descriptive effectuée au Bloc opératoire et Réanimation du CHRR Manakara allant du 20 au 30 Août 2015. Etaient incluses les patientes opérées de fistules obstétricales sous rachianesthésie. Nous avons exclu les patientes classées ASA >2 et celles ayant des tares cardio-vasculaires ou respiratoires. Après consultations pré-anesthésiques, et bilans préopératoires, nous avons administré chez les patientes 12,5mg de bupivacaine adrénalinée 0,5% isobare en intrathécal. Elles étaient mises en position de Trendelenburg 5 minutes après l'injection du produit anesthésique et durant toute l'intervention. Le niveau sensitif, la pression artérielle,

la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire et la SpO₂ étaient enregistrés pendant l'intervention. Nous avons retenu 57 malades. Le bloc sensitivomoteur était excellent pour toutes les malades. Un niveau métamérique supérieur à T6 était atteint chez 56,36%. A part quelques épisodes d'hypertension artérielle et tachycardie, nous n'avons trouvé aucune difficulté respiratoire ni cardiovasculaire en rapport avec la position. Seul, le niveau sensitif et la fréquence respiratoire présentait une corrélation ($p=0,01$).

Cette étude suggère que la position de Trendelenburg est réalisable au cours de la rachianesthésie en utilisant un produit anesthésique approprié, en faisant attention, notamment aux changements de position et en tenant compte de l'examen pré-anesthésique.

Prise en charge anesthésique des patients ambulatoires au CHU Andrainjato-Fianarantsoa

RAZAFINDRABEKOTO LDE, RAKOTOVAO MA, ANDRIANAMPY HA, RAZAFIMAHEFA SH, RIEL AM.

L'anesthésie ambulatoire permet le retour du patient à son domicile le jour même. Toutefois, certaines conditions sont nécessaires pour assurer la sécurité du patient.

Notre objectif est d'évaluer la qualité de la prise en charge après une anesthésie ambulatoire au Centre Hospitalier Universitaire Andrainjato, Fianarantsoa. Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle du premier février au 31 juillet 2016. Les interventions ont été réalisées sous anesthésie générale ou locorégionale. Deux questionnaires ont permis d'évaluer le type d'anesthésie, la tolérance à l'examen, le degré d'anxiété avant l'intervention (0=pas détendu du tout, 10=très détendu), et la satisfaction du patient. Nous avons inclus 32 patients adultes. L'âge médian a été de 50 [24-72] ans avec une légère prédominance masculine. Les interventions réalisées ont été la coloscopie (75%), la fibro-coloscopie (9,4%), la cure herniaire (9,4%), le curetage (3,1%) et le stripping (3,1%). Les types d'anesthésie ont été la rachianesthésie (12,5%) et l'anesthésie générale (87,5%) dont 84,4% sous sédation. Le niveau de détente moyen avant l'examen a été de 8. Tous nos patients ont été satisfaits de leur anesthésie. La majorité (90,6%) accepterait de refaire l'intervention dans les mêmes conditions. La qualité de la prise en charge des patients ambulatoires dans notre établissement a été satisfaisante pour l'équipe soignante et les patients. Cette pratique anesthésique mérite d'être approfondie.

Intérêt de la protection oculaire en anesthésie générale

MIKALY T, RAFANOMEZANTSOA TA, ANDRIANIRINA M.

Lors d'une anesthésie générale ou même au cours d'une simple sédation, l'œil est exposé, notamment lors du positionnement du malade, à plusieurs risques : diminution ou même abolition des réflexes palpébraux et la sécrétion des glandes lacrymales. La mise en place du masque facial d'anesthésie peut aussi comprimer les yeux. La douleur, l'œil rouge et la baisse de la vision sont les manifestations les plus fréquentes des complications au niveau de l'œil. L'incidence d'une atteinte cornéenne augmente si les yeux ne sont pas protégés. L'anesthésie générale réduit la production lacrymale basale d'où la survenue fréquente des blessures cornéennes.

Dans le monde, on peut observer plusieurs techniques de protection oculaire. Le plus simple est d'utiliser un ruban adhésif hypoallergénique pour éviter l'assèchement de l'œil. Sinon, on peut utiliser des compresses imbibées de sérum physiologique qui seront appliquées sur les yeux. D'autres techniques plus spécifiques mais aussi plus coûteuses sont utilisées comme l'application d'onguent de chloromycétine. Outre l'application de ces différents moyens de protection, il ne faut pas négliger le bon positionnement du masque facial qui peut entraîner des blessures oculaires. Il faut aussi faire attention au positionnement du malade surtout en décubitus dorsal et la mise en place des billots.

En bref, la protection oculaire doit être obligatoire pour les patients sous anesthésie générale ou sous sédation pour éviter les complications au niveau de l'œil. Elle peut se faire par des gestes et des moyens simples.

Anesthésie pour chirurgie de l'aorte abdominale : notre expérience au CHU Morafeno Toamasina

HARIOLY NIRINA MOJ, RANJAVA NM, RAJAONANAHARY TM, RAJAONERA AT

Les patients allant bénéficier d'une chirurgie aortique sont exposés à des complications cardiovasculaires pouvant être la principale cause de morbidité et de mortalité péri opératoire. Notre objectif est de discuter des précautions à prendre dans la prise en charge anesthésique d'une chirurgie de l'aorte abdominale à travers trois cas observés au CHU Morafeno.

Le premier patient était un homme de 67 ans, éthylo-tabagique chronique et diabétique de type II. Le second était un homme de 50 ans avec des antécédents d'hypertension artérielle et d'un pontage aorto-bifémoral. Le dernier patient était un homme de 72 ans hypertendu et porteur de dissection aortique de type A. Tous ces patients avaient bénéficié d'une chirurgie programmée de l'aorte abdominale à type de pontage aorto-bifémoral pour les deux premiers et aorto-iliaque gauche pour le troisième. Nos patients avaient tous bénéficié d'une anesthésie générale associée à une

anesthésie péridurale. Durant la période péri opératoire notre principale préoccupation était de préserver la stabilité hémodynamique et de prévenir les complications cardiaques inhérentes à l'acte chirurgical en particulier la survenue d'épisodes d'ischémie myocardique.

L'intervention avait réussi dans les trois cas malgré le manque de matériel et l'insuffisance en ressources humaines. Un renforcement de notre plateau technique et un appui en matière de ressources humaines seraient un atout substantiel dans l'amélioration de la prise en charge des patients à venir.

La rachianesthésie chez l'adulte : étude comparative de la bupivacaïne hyperbare avec et sans clonidine.

VELOMORA A, TOHAINA DV, RAKOTOARISON RCN

Notre objectif a été d'évaluer les avantages et les inconvénients de la clonidine comme adjuvant de la bupivacaïne dans la rachianesthésie de l'adulte opéré d'une intervention chirurgicale sur la prostate.

Il s'agit d'une étude prospective randomisée en simple aveugle qui a été réalisée entre Janvier et Décembre 2014 au sein du Centre Hospitalier Universitaire Tanambao I, Antsiranana Madagascar. Les adultes ASA I et II, subissant une intervention chirurgicale sur la prostate sous rachianesthésie étaient inclus dans l'étude.

Ainsi, les patients étaient classés en deux groupes :

- Groupe BF : les patients dans ce groupe recevaient de la bupivacaïne hyperbare 15mg associée à du fentanyl 25µg en intrathécal.
- Groupe BF+C : les patients dans ce groupe recevaient en intrathécale en plus de la bupivacaïne hyperbare 15mg et du fentanyl 25µg, une dose de 75µg de clonidine.

Soixante patients ont été inclus dans l'étude dont trente dans le groupe BF et trente dans le groupe BF+C. La durée des blocs moteur et sensitif était significativement prolongée dans le groupe clonidine, 321±64,5mn (196-489mn) vs 193±33,4mn (129-255mn) dans le groupe sans clonidine ($p<0,005$). Les principales complications rapportées étaient la survenue d'hypotension artérielle et des tremblements. Notre étude nous a permis de mettre en exergue l'apport de la clonidine en tant qu'adjuvant de la bupivacaïne lors d'une rachianesthésie.

En effet, il permet de prolonger significativement la durée de bloc moteur et sensitif malgré la survenue des hypotensions et des tremblements nécessitant l'utilisation des vasopresseurs tels que l'éphédrine.

Analgésie postopératoire par infiltration du nerf alvéolaire inférieur au cours de la chirurgie orthopédique de la mandibule

RANDRIANAMBININA TP, RAOTOSON S, RAJAONERA TA

La prise en charge de la douleur post-opératoire (DPO) par l'analgésie locorégionale au cours de la chirurgie maxillo-faciale reste encore peu développée à Madagascar. Le but de notre étude est d'évaluer l'efficacité analgésique de l'infiltration péri-neurale, par blocage du nerf alvéolaire inférieur (NAI), sur les ostéosynthèses de la mandibule.

Il s'agit d'une étude préliminaire, prospective, observationnelle, durant six mois, au service de Chirurgie Maxillo-faciale du CHU-CMFSTO de Befelatanana. Les patients présentant des fractures unifocales (de la branche montante ou de la branche horizontale ou de la symphyse ou de l'angle mandibulaire) ont été inclus. Un bloc du NAI, par de la bupivacaïne 0,25% - dexaméthasone 2mg, a été réalisé en début d'intervention. La durée de l'analgésie postopératoire et l'effet sur la prévention des NVPO sont les paramètres étudiés.

Trente patients ont été inclus, avec une prédominance masculine (sex ratio : 6,5/1); l'âge moyen était de 26,23 ans. La fracture de l'angle représentait 57% des cas. La durée de l'analgésie postopératoire était de 7 à 8 heures dans 56,66% des cas ; aucun patient n'avait présenté de NVPO nécessitant un déblocage.

Dans la littérature, le blocage du NAI a déjà montré son intérêt. L'association bupivacaïne- dexaméthasone s'est avérée efficace dans plusieurs types de chirurgie pour la gestion de la DPO. Le bloc analgésique du NAI est d'un intérêt clinique réel du fait que ce bloc est de réalisation facile et qu'il peut procurer une analgésie postopératoire efficace et durable.

Évaluation de la prise en charge analgésique devant la crise drépanocytaire

CHEBA A, RANDRIAMANDRATO TIA, RAMAROLAHY ARN, RANDRIAMIZAO HMR, RAJAONERA TA, RAVELOSON NE

La prise en charge de la crise drépanocytaire reste la préoccupation des médecins surtout chez les sujets de bas âge. L'objectif de cette étude est de mettre en exergue la réalité sur la prise en charge de la douleur lors de la crise drépanocytaire.

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive de 13 mois (Janvier 2015 au Janvier 2016) des cas de patients vus dans le service de Réanimation Chirurgicale du CHU JRA entrée pour crise vaso-occlusive.

Dix-huit cas ont été répertoriés avec un âge moyen de 13,5 ans. Douze patients (66,6%) étaient de sexe masculin. Tous les patients ont déjà fait des crises auparavant. Huit cas sont entrés pour douleur abdomi-

nale (EVA=7), huit pour polyarthralgies, deux pour céphalées intenses. Le facteur déclenchant le plus fréquent était une infection. Le taux d'hémoglobine le plus bas était à 4,6 g/dL et le plus haut était de 10,2 g/dL. Dix patients ont reçu de la morphine, quatre de la kétamine. Huit ont bénéficié d'échanges transfusionnels et dix de transfusion sanguine. La durée de séjour moyenne était de 4,8 jours.

La douleur drépanocytaire constitue toujours une priorité lors de la prise en charge des patients drépanocytaire. L'évaluation de la douleur est importante pour pouvoir adapter la molécule à utiliser.

Aperçu sur la pratique d'une anesthésie loco-régionale en chirurgie orthopédique au CHU Mahajanga.

RANDRIANIRINA HH, RASAMIMANANA G, RANDRIANIRINA A, ANDRIANIAINA D, RANDRIANIRINA JB, RAJAONERA TA, RAVELOSON NE.

L'anesthésie locorégionale (ALR) occupe une place importante en chirurgie orthopédique. Notre objectif a été d'évaluer la pratique d'ALR en chirurgie orthopédique au CHU PZAGA de Mahajanga.

Nous avons réalisé une étude rétrospective de Juillet 2015 à Juillet 2016 chez les adultes admis pour une chirurgie orthopédique. L'âge, la classification ASA, les antécédents ainsi que la pratique anesthésique ont été les principales variables étudiées.

Soixante-douze dossiers retenus ont été retenus : 69,44% des patients ont moins de 40 ans, classés ASA 1 dans 91% des cas. Les principales comorbidités recensées étaient l'HTA (42,85%) et le diabète (28,57%). L'anesthésie générale (AG) prédominait avec un taux supérieur à 93%. L'ALR était pratiquée dans 6,94% des cas et concernait la rachianesthésie (80% des ALR). Aucun cas d'anesthésie péridurale (APD) et de bloc tronculaire n'étaient recensés.

L'AG était largement pratiquée dans cette étude quel que soit le score ASA et l'âge. L'ALR était peu utilisée, notamment la rachianesthésie, malgré sa facilité de réalisation, et son faible coût.

L'ALR est une technique adaptée pour des centres peu équipés. Une formation et une sensibilisation pour la pratique de l'ALR sont nécessaires pour une bonne pratique anesthésique en chirurgie orthopédique au CHU PZAGA Mahajanga.

La pratique de l'anesthésie locorégionale du membre supérieur au CHU-JRA

TAHINARIVELO JD, RALINIRINA VJ, RAMAROLAHY ARN, RAKOTOARISON RCN, RAJAONERA TA, RAVELOSON NE

L'ALR consiste à bloquer de façon réversible la conduction nerveuse par une anesthésie locale. Cette technique a connu un essor considérable depuis ces vingt dernières années. Notre objectif est d'évaluer la place d'ALR du membre supérieur au CHU-JRA.

Nous avons réalisé une étude prospective et descriptive de Décembre 2012 à Novembre 2014, incluant les adultes opérés sous ALR au niveau du membre supérieur en chirurgie orthopédique et traumatologique programmée.

Sur 192 patients opérés, nous avons retenus 30 cas opérés sous ALR. La moyenne d'âge était de 32,68 ans avec un sexe ratio de 2,65. Nos patients étaient classés ASA I dans 70% des cas. L'ostéosynthèse constituait 80% du geste chirurgical. L'intervention intéressait la région de l'avant-bras dans 30% des cas. Un complément de sédation était nécessaire sur 03 patients. L'abord du plexus brachial par voie infra-claviculaire et axillaire étaient les plus utilisés dans respectivement 40% et 30% des cas. L'AL employé était la bupivacaïne dans 90% des cas. L'acte anesthésique était fait dans 80% par des anesthésistes seniors et 20% par des apprenants. La durée moyenne de l'intervention était de 88 minutes avec des extrêmes de 30 à 180 minutes. Aucune complication n'était retrouvée.

L'ALR est encore d'indication limitée et sous utilisée surtout dans les pays en voie de développement pourtant elle offre des avantages indéniables.

Douleur induite

DOULEUR SANS FRONTIÈRE, CHUJRA

Du fait de nos actes techniques et de nos gestes de soins courants, nous sommes en tant que soignants responsables d'agressions physiques auprès des patients, source indéniable de douleur. Les petites agressions du corps que nous occasionnons et qui, de façon isolée ne constituent pas une douleur majeure, peuvent du fait de la répétition provoquer des douleurs intolérables. Tous les acteurs de soins médicaux ou paramédicaux sont concernés par cette douleur induite. La douleur induite existe et nous ne devons pas la nier. La prévention de cette douleur nécessite une sensibilisation des personnels soignants et de la mise en place de protocoles antalgiques efficaces.

Nous devons prendre conscience de ce problème particulier de douleur, des conséquences que cela peut avoir sur le vécu de la personne et envisager de mettre en œuvre des solutions pour alléger cette douleur.

Paludisme grave à Toamasina

NADJIM M, RAMANANASOA ML, RAJAONERA TA,
RAKOTOARIJAONA AT.

La région Atsinanana est une zone où l'endémicité palustre est stable. Nous avons étudié rétrospectivement les cas de paludisme grave hospitalisés dans le service de réanimation polyvalente du CHU Analankinina Toamasina. Il s'agit d'une étude descriptive sur une période de quatre ans (2012-2015).

Tous les patients admis en réanimation pour paludisme grave et ayant un test de diagnostic rapide (TDR) de paludisme positif étaient inclus. Les paramètres d'étude étaient : les principales données épidémiologiques, cliniques et l'issue des patients.

Nous avons pu colliger 96 cas de paludisme grave soit 6,47% des cas médicaux admis dans le service. Cette affection concerne les sujets de sexe masculin essentiellement avec un sex ratio égal à 1,74 ; l'âge moyen des patients était de 28 ans. La tranche d'âge entre 20 et 40 ans représentait 50,52% des patients. Ils avaient une activité professionnelle dans 43,75%, et étaient jeunes scolarisés dans 23,96% des cas. Parmi eux, 76,04% étaient des résidents permanents, 22,92% de non-résidents, 43,75% (n=42) n'avaient pas utilisé un MIID. A l'admission, un trouble de la vigilance a été trouvé chez 82,3% (n=79) des patients, le score de Glasgow était inférieur ou égal à 8 chez 43(44,8%) patients. D'autres signes de gravité ont été observés : détresse respiratoire (17,7%), ictère (23,95%). Le taux de mortalité était 34,38% (n=33). Parmi les décédés, 63,63% (n=21) se trouvaient dans la tranche d'âge de 20 à 40 ans, 72,72% (n=24) n'ont pas utilisé le MIID, 63,63% (n=21) avaient un score de Glasgow inférieur ou égal à 8.

La létalité du paludisme grave reste élevée. La lutte contre la gravité du paludisme repose sur la prévention effective tant individuelle que communautaire, sur le dépistage précoce d'un accès palustre simple, et sur un traitement efficace de tout paludisme confirmé. L'amélioration des plateaux techniques en réanimation serait un atout pour une prise en charge adéquate.

Evaluation clinique et thérapeutique de paludisme grave dans le service des urgences et réanimation CHU/JRB

RABENJARISON F, ANDRIANIMARO FM, RIVOARIMANANA HM,
RAKOTOARISON RCN, RAVELOSON NE.

Le paludisme est une infection parasitaire vectorielle endémique à Madagascar. L'évolution clinique de l'accès palustre à *Plasmodium falciparum* peut être fatale caractérisée par une défaillance viscérale à prédominance cérébrale. L'artésunate intraveineux est actuellement la molécule de première ligne dans l'accès palustre grave.

Une étude rétrospective, descriptive a été effectuée durant quinze mois dans le service des urgences et réanimation médicale CHU/JRB. Elle consiste à faire une évaluation clinique et thérapeutique de paludisme

Nous avons retenu 76 cas. La fréquence de paludisme grave était de 1%. L'âge moyen était de 30 ans. Le sex-ratio était de 2,61. La plupart de patients (87%) avaient un séjour en zone endémique paludéenne et 75% patients avaient déjà pris des antipaludéens avant leur hospitalisation. Les signes cliniques étaient dominés par le trouble de conscience (100%) et la fièvre (95%). Le TDR palu est positif dans 82% de cas. Tous les patients (100%) ont été traités par la quinine injectable selon le protocole de l'OMS. Le taux de mortalité était de 30%.

La rapidité du diagnostic et du traitement est cruciale pour prévenir la mortalité du paludisme grave. L'artésunate en intraveineux doit remplacer la quinine pour améliorer la prise en charge de patients. Le traitement symptomatique et la réanimation des différentes défaillances d'organes sont aussi des objectifs importants.

Profils bactériologique et évolutif des bactéries multirésistantes au service de Réanimation Chirurgicale CHU JRA

TOFOTRANJARA HA, RANDRIAMANDRATO TIA, RANDRIAMIZAO HMR, RAMAROLAHY ARN, RAJAONERA TA

Les infections aux bactéries multirésistantes augmentent la morbi-mortalité des patients en réanimation. Peu d'études déterminent l'incidence de ces infections chez nous, pourtant qu'il est important de connaître le profil de ces infections afin d'améliorer la prise en charge. Notre objectif est d'évaluer les aspects bactériologiques et évolutifs de ces infections dans notre service de réanimation. Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive sur six mois dans le service de réanimation chirurgicale CHU-JRA incluant tous patients présentant de bactéries multi résistantes avec preuves bactériologiques. On a analysé comme paramètres l'âge, le type de germes, l'évolution du patient avec la durée de séjour en réanimation.

Durant l'étude 31 patients étaient inclus avec un âge moyen de 41 ans, avec prédominance masculine. Les pneumopathies nosocomiales prédominent dans 75% des cas. Les germes fréquemment trouvés étaient *Acinetobacter baumannii* dans 52% des cas. Imipénème et amikacine ont été les antibiotiques couramment utilisés après l'antibiogramme. Le taux de mortalité était de 32 % dans un contexte de choc septique. La durée de séjour moyenne était de 22 jours.

Les pneumopathies nosocomiales constituent le premier type d'infections nosocomiales en réanimation et sont la première cause de mortalité avec un taux élevé de 60%. Les bactéries multi-résistantes nécessitent des antibiotiques très spécifiques qui ne sont pas toujours disponibles chez nous.

Facteurs de mortalité par les comas non traumatiques dans le Service Accueil-Triage - Urgence et Réanimation du CHU-JRB

RAZAFINDRAIBE FA, RAJAONARIVELO ER, RAKOTOMAVO FA, RAVELOSON NE

L'altération de la conscience figure parmi les motifs d'admissions les plus fréquentes en réanimation. L'objectif de notre étude était de déterminer les facteurs influençant la mortalité des patients admis pour comas non traumatiques.

Il s'agit d'une étude prospective et descriptive réalisée sur les patients hospitalisés pour un coma non traumatique dans le service d'accueil, triage, urgences et réanimation (ATUR) du CHU-JRB, du mois de Novembre 2015 au mois de Juillet 2016.

Nous avons retenu 141 patients. L'âge moyen des patients était de 55,93±15,25 ans. Une prédominance féminine était notée (54,61%). L'hypertension artérielle (57,14%) et l'alcoolisme (46,43%) étaient les antécédents les plus observés. Le déficit moteur (40,43%), les anomalies pupillaires (28,36%) et les signes d'engagement cérébral (12,77%) étaient les signes cliniques les plus observés.

Le taux de mortalité était de 62,41%. L'AVC (53,19%) était la principale cause de mortalité. Les facteurs associés au décès étaient l'antécédent d'hypertension artérielle ($p=0,003$), le délai de prise en charge supérieur à 24 heures ($p=0,02$), l'installation brutale du coma ($p=0,008$), la saturation artérielle en oxygène inférieure à 95% ($p=0,008$), la présence d'anomalies pupillaires ($p=0,006$), de déficit moteur ($p=0,008$) et de signes d'engagement cérébral ($p=0,01$). Il en est de même pour l'hypoglycémie ($p=0,006$), et l'origine métabolique ($p=0,007$), vasculaire ($p=0,001$) et alcoolique ($p=0,02$) du coma. La découverte de ces facteurs de mortalité permettra d'améliorer la prise en charge de nos patients.

Les thrombopénies en réanimation

HOAHY R, RAKOTOARIVELO ZH, RAHERITIANA TM, RAKOTO ALSON AO, RASAMINDRAKOTROKA A.

La thrombopénie se définit par la baisse de taux des plaquettes dans le sang de moins de 150 G/L. Dans la forme sévère avec un taux inférieur à 50 G/L, il peut y avoir des risques hémorragiques élevés. La constatation de thrombopénie est fréquente chez les patients en réanimation. Notre objectif a été de déterminer le profil épidémiologique des patients provenant du service de Réanimation Chirurgicale présentant une thrombopénie.

Il s'agit d'une étude rétrospective des prescriptions d'hémodiagnostic provenant du service de Réanimation Chirurgicale à l'UPFR d'Hématologie durant le mois de Juillet 2016.

Sur les 325 hémogrammes issus du service de Réanimation Chirurgicale, 93 patients ont présenté une thrombopénie (29%). Le sex-ratio était de 2,20. La tranche d'âge de [50-65] ans était prédominante (37%). La thrombopénie était discrète dans 45% (n=42), sévère dans 29% (n=27), modérée dans 18% (n=17) et assez sévère dans 8% (n=7). Les autres anomalies des paramètres de l'hémogramme ont été dominés par l'anémie (60%), suivie de l'hyperleucocytose à polynucléose neutrophile (32%) et la leuconéutropénie (8%). La thrombopénie a été retrouvée dans le bilan postopératoire dans 32% des cas (n=30) et le bilan de syndrome hémorragique dans 30% des cas (n=28).

La thrombopénie reste une affection très fréquente en réanimation. La prise en charge est urgente en réanimation pour éviter les complications mais devrait aussi tenir compte du mécanisme.

Profil du syndrome de détresse respiratoire aiguë dans le service de réanimation chirurgicale HUIJRA Antananarivo

RAKOTONOMENJANAHARY S, RAZAFINDRAINIBE T,
ANDRIANJAFIARINO A TRA, RANDRIAMANDRATO T, RAJAONE-
RA AT.

Le syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) est une situation très fréquente en réanimation. Il est associé à un taux de morbi-mortalité élevé. Sa prise en charge reste toujours un grand défi pour les réanimateurs. Les avancées thérapeutiques actuelles permettent de réduire le taux de mortalité lié à ce syndrome en réanimation. Ce taux reste malgré tout toujours élevé dans les pays en développement. L'objectif de cette étude est d'évaluer la prévalence et l'évolution du SDRA dans le service de Réanimation Chirurgicale du CHU-JRA, Antananarivo Madagascar.

Une étude rétrospective a été réalisée sur une période de douze mois dans le service de Réanimation Chirurgicale du CHU-JRA. Elle incluait tous les patients admis en réanimation et ayant présenté des signes clinico-radiologiques de SDRA. Est défini comme SDRA, la présence des signes cliniques en faveur d'une détresse respiratoire et la présence d'infiltrats radiologiques à la radiographie des poumons.

Vingt-six patients ont été inclus, soit 1,74% des malades hospitalisés en réanimation durant cette période. L'âge moyen était de 56 ans avec un sex ratio de 1,16 avec une prédominance masculine. Parmi ces patients, 62% étaient éthylo-tabagiques, 8% étaient asthmatiques et 30% n'avaient pas d'antécédents particuliers. Dans 69% des cas, le SDRA était présent dès l'admission et constituait un motif d'admission. Concernant les complications, 31% des patients avaient présenté une défaillance hémodynamique et 15% avec une défaillance hépatique. Tous les patients étaient mis sous antibiothérapie et ventilation mécanique. Le taux de

mortalité était de 81,61% ; le décès survenant dans le cadre d'une défaillance multi viscérale.

La prise en charge de SDRA est basée sur la ventilation. Elle est très lourde dans le pays comme le nôtre. Le taux de mortalité reste toujours élevé mais actuellement le développement de la technique de décubitus ventral et de l'assistance extra corporelle (ECMO) permettrait d'améliorer le taux de mortalité de SDRA.

Les complications maternelles précoces de la césarienne : à propos de 32 cas vus en réanimation du CHUGOB

RALINIRINA VJ, TAHINARIVELO JD, RAFANOMEZANTSOA TA,
ANDRIANIRINA M, ANDRIANAMPANALINARIVO HR,
RAVELOSON NE

La césarienne est l'une des interventions chirurgicales courantes en obstétrique. L'incidence varie d'un pays à l'autre et d'un hôpital à l'autre à l'intérieur d'un même pays. L'objectif de notre étude est de déterminer l'incidence des complications maternelles précoces de la césarienne au CHUGOB.

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur 06 mois allant de Février 2016 à Juillet 2016 au CHUGOB, incluant toutes les femmes césarisées présentant des complications dans le service de gynécologie obstétrique avec au moins 05 jours de surveillance postopératoire.

On a recensé 1191 césariennes ; l'âge médian de nos patientes était de 25,5 ans avec des extrêmes de 15 à 42 ans. Les indications de la césarienne était prophylactique dans 11 cas, et urgente dans 21 cas. Pour chaque cas, nous sommes intéressés aux complications maternelles en per opératoire jusqu'au 5^{ème} jour postopératoire. Nous avons enregistré 32 cas compliqués (2,68%). Il n'y avait aucune complication anesthésique. Les complications hémorragiques étaient de 34,37% , les complications infectieuses de 18,75%, les complications viscérales traumatiques de l'ordre de 18,75% et 9,37% ont présenté une coagulation intravasculaire disséminée.

Les complications maternelles précoces de la césarienne dans notre milieu restent considérables. Les complications hémorragiques et infectieuses sont les plus fréquentes.

Réhabilitation précoce après césarienne au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana

RAFANOMEZANTSOA TA, RAKOTONDRAINIBE A,
RASOAMAMPANINA LE, ANDRIANIRINA M,
ANDRIANAMPANALINARIVO HR, RAVELSON NE

La réhabilitation précoce post-césarienne est un concept qui permet aux patientes de retrouver précocement leur autonomie physique et psychique antérieure. L'objectif était d'évaluer l'impact de la mise en place d'un protocole pour la réhabilitation précoce post césarienne.

Nous avons mené une étude observationnelle, rétrospective, comparative entre deux groupes consécutifs, non randomisés de type avant-après. Nous avons réparti en deux groupes les 387 patientes répertoriées : 183 dans le groupe référence et 204 dans le groupe réhabilité. Le premier groupe était autorisé à reprendre l'alimentation liquide au retour du transit tandis que le deuxième groupe dès la 3^{ème} heure, sans attendre le transit. Les variables étudiées ont été la tolérance de l'alimentation précoce, les complications, le délai de reprise d'une activité normale et la satisfaction des patientes.

Nous avons vu que le protocole a permis une meilleure réhabilitation. Au total, 12,66% de complications à type de nausées, de vomissements, céphalées et de ballonnement ont été enregistrés. La reprise du transit a été plus précoce dans le groupe réhabilité mais la différence n'était pas significative. Le lever a été plus rapide dans le groupe réhabilité avec une différence significative ($p=0,002$). Le taux de satisfaction maternelle était de 87% dans le groupe réhabilité ($p=0,03$).

La réhabilitation précoce pourrait être adoptée dans notre centre, car vue cette étude, l'alimentation précoce est bien tolérée.

Etude préliminaire de la prise en charge de l'éclampsie par du sulfate de magnésium au CHUGOB.

ANDRIANIAINA RJ, RALINIRINA VJ, ANDRIANIRINA M, RAVELOSON NE

L'éclampsie est la survenue d'une crise convulsive tonico clonique dans un contexte de pathologie hypertensive de la grossesse. Notre objectif est de décrire le profil épidémiologique de la maladie et de démontrer l'efficacité du sulfate de magnésium dans sa prise en charge.

Il s'agit d'une étude prospective et descriptive sur une période de six mois s'étalant du 1^{er} Juin au 1^{er} Décembre 2015 au CHUGOB et incluant les femmes ayant présenté une éclampsie et traitées par du sulfate de magnésium. Chaque patiente avait reçu une dose de charge de 4g en intraveineux passée en 15mn suivie de 10g en intramusculaire puis de 5g en intramusculaire toutes les 4 heures jusqu'à 24 heures après l'accouchement ou la dernière crise.

Durant cette période, nous avons colligé 69 cas sur 3924 admissions soit une prévalence de 1, 88%. Elles avaient moins de 26 ans dans 72,50% des cas. La tension artérielle moyenne à l'admission était de

167,68±32,09mmHg. L'éclampsie anté-partum représentait 85,80% des cas. Nous avons trouvé cinq cas de rechute après le traitement soit 7,20%, une diminution de la tension artérielle 30 minutes après la dose de charge dans 68,1%, 7,2% des patientes avaient une diminution ou abolition des réflexes ostéotendineux, 23,20% des nouveau-nés et 5,80% des mères sont décédées. Le sulfate de magnésium constitue ainsi un progrès dans la prise en charge de l'éclampsie.

Intoxication aiguë aux organophosphorés : à propos de trois cas observés dans le service de Réanimation Médicale et de Toxicologie Clinique CHU-JRA

RIVOARIMANANA HM, RABENJARISON F, RAMAROLAHY ARN, RAJAONERA TA, RAVELOSON NE

Les organophosphorés (OP) sont des toxiques létaux à action systémique prédominante. Ils sont utilisés à large échelle comme insecticide et sont vendues largement au public. Ils sont fréquemment utilisés dans un but suicidaire, et constituent une menace à la santé d'une population. Nous rapportons trois cas de suicides par une intoxication volontaire aux OP.

Les manifestations cliniques sont dominées par les syndromes muscarinique et nicotinique ; la présence du syndrome encéphalique préjuge la gravité de l'intoxication. Dans nos trois cas, l'ingestion d'organophosphorés était dans un but suicidaire. La prise en charge de nos patients comprend : le traitement symptomatique, le traitement évacuateur et le traitement spécifique par l'utilisation d'un anticholinergique (atropine). Le charbon activé n'a pas sa place.

L'intoxication aiguë aux organophosphorés peut engager le pronostic vital. La prise en charge reste axée sur le traitement symptomatique et antidotique. Le traitement évacuateur par lavage gastrique garde sa place au cours des intoxications aiguës par ingestion d'organophosphorés.

Genre	M	F	M
GCS	6/15	10/15	9/15
Nature	Pure (comprimés)	Dilué (sachet)	Dilué (sachet)
Quantité	2	1	1
Délai de prise en charge	4	2	2
Symptômes	Muscarinique, nicotinique, central	Muscarinique,	Muscarinique, nicotinique,
Prise en charge	IOT, T3 évacuateur et spécifique	Pas d'IOT, T3 évacuateur et spécifique	IOT, T3 évacuateur et spécifique
Evolution	Décédé à J3	Sortie à J2	Sortie à J3

Eclampsie : profil épidémiologique et thérapeutique au CHUGOB Befelatanana

RAKOTOARIVONY S, RAFANOMEZANTSOA TA, RALINIRINA J, ANDRIANIRINA M, ANDRIANAMPANALINARIVO HR, RAVELOSON NE

L'éclampsie est reconnue comme étant une cause majeure de mortalité et de morbidité maternelle. L'objectif de cette étude est de déterminer le profil épidémiologique, thérapeutique et les conséquences maternelles et périnatales de l'éclampsie.

C'est une étude descriptive rétrospective sur six mois. Les paramètres étudiés ont été : les données démographiques et cliniques des patientes, les stratégies thérapeutiques et l'évolution.

L'éclampsie concernait 94 patientes, soit une incidence de 18,72% pour 502 accouchements. Le profil épidémiologique est celui d'une femme primipare (89%), jeune (âge moyen 21 ans), évacuée de manière non médicalisée (98%), dans un état de mal épileptique (62,8%), avec une pression artérielle moyenne de 130mmHg. Sur le plan thérapeutique, la nicardipine est le principal agent antihypertenseur, le sulfate de magnésium est l'anticonvulsivant le plus prescrit. Elles ont toutes bénéficié d'une opération césarienne. Le pronostic a été marqué par une mortalité maternelle à 8% et une mortalité périnatale à 5%.

L'éclampsie demeure une pathologie fréquente dans notre contexte. Le diagnostic doit être posé rapidement pour une prise en charge obstétricale urgente et adaptée.

Intoxication au monoxyde de carbone : cas cliniques dans le service de Réanimation Médicale et Toxicologie Clinique CHU JRA

TAHINARIVELO J, RIVOARIMANANA HM, RALINIRINA J, RAMAROLAHY ARN, RAJAONERA TA, RAVELOSON NE.

L'intoxication par le monoxyde de carbone (CO) est particulièrement grave, et responsable de la première cause de mortalité accidentelle par intoxication en France ainsi que d'une quinzaine de décès par année en Québec. Ainsi, nous rapportons nos cas cliniques observés dans notre service.

Age (ans)	23	18	15	16
Genre	M	F	F	M
Durée d'exposition	4 heures			
GCS	15/15	13/15	15/15	-
SpO2 (%)	98	79	95	-
Symptômes	Céphalées, flou visuel, nausées, faiblesse musculaire			

L'intoxication au monoxyde de carbone était survenue lors d'une exposition à ce gaz dans une pièce calfeutrée pendant quatre heures. Nos patients représentaient les symptômes similaires dans un même endroit et au même moment. C'est un signe d'alerte pour amener les victimes dans notre service. La prise en charge thérapeutique était la même : oxygénothérapie avec un masque à haute concentration et à un débit élevé d'oxygène. Malgré l'absence d'une oxygénothérapie hyperbare dans notre service, nos patients se rétablissaient après quelques heures d'oxygénothérapie à part

celui qui est décédé sur le lieu de l'accident.

L'intoxication au monoxyde de carbone est à l'origine d'une anoxie expliquant sa symptomatologie, il peut être à l'origine de décès suite à l'asphyxie. L'oxygénothérapie est le seul moyen thérapeutique.

Cas d'intoxication aux salpêtres vu au service de Réanimation Médicale et Toxicologie Clinique de l'HUJRA

RASOAMAMPINANINA LE, RAMAROLAHY ARN, RIVOARIMANANA HM, RAKOTONINDRIANA C, RAJAONERA TA, RAVELOSON NE.

Le salpêtre (E252) ou nitrate de potassium est utilisé pour la conservation de la viande et des charcuteries. Il peut engendrer plusieurs complications dont la plus importante et la plus grave est la méthémoglobinémie. La méthémoglobinémie est une accumulation anormale et excessive de méthémoglobine dans le sang qui réduit le nombre d'hémoglobine lié avec l'oxygène. Il s'agit d'une étude rétrospective durant l'année 2016 où nous avons observé quatre cas d'intoxication aux salpêtres secondaire à la consommation de charcuterie de fabrication artisanale. Les manifestations cliniques sont constituées par des céphalées, vomissements, vertiges et cyanose des extrémités. Suite à la prise en charge d'urgence, les quatre patients intoxiqués étaient sortis indemnes.

L'intoxication aux salpêtres nécessite une prise en charge d'urgence en réanimation médicale. La régularisation de l'utilisation du salpêtre, l'amélioration du service de surveillance déjà existant, la formation continue du personnel médical et des autres entités concernées, sont nos suggestions pour améliorer la prévention et la prise en charge devant une intoxication aux salpêtres.

Hématome rétro-placentaire au CHU-GOB : prise en charge d'urgence et pronostic materno-fœtal

ZAVA MA, JOHANNES RF, RAKOTOZANANY B, RASOLONJATOVO JDC, RANDRIAMBELOMANANA JA.

L'hématome rétro-placentaire (HRP) reste un accident grave des derniers mois de la grossesse. Notre étude avait pour objectif de décrire la prise en charge en urgence en cas d'HRP et de déterminer le pronostic materno-fœtal.

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive des femmes enceintes dont la grossesse avait induit un HRP au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie-Obstétrique de Befelatanana, du 1^{er} Janvier 2013 au 31 Décembre 2013.

La fréquence de l'HRP était de 0,59%. L'âge moyen

des parturientes était de 28,7ans. Les primipares étaient les plus vulnérables représentant 47,9% de la population d'étude. Un antécédent d'hypertension artérielle était noté chez 12,5% des patientes. Près de 81,2% des patientes se présentaient avec un saignement génital et 8,3% de celles-ci arrivaient en état de choc. Une transfusion sanguine était nécessaire chez 66,7% des patientes. Une césarienne était décidée dans 79,2% des cas. Un utérus violacé était retrouvé en cours de césarienne (44,7%) et 5,3% des utérus étaient apoplectiques. Un recours au traitement chirurgical conservateur était nécessaire chez 18,4% des patientes, contre 15,8% d'hystérectomie d'hémostase. Trois cas de décès maternels étaient déplorés. Le pronostic fœtal était mauvais avec 91,7% de MFIU.

L'HRP reste une pathologie redoutable. Sa prise en charge nécessite un milieu spécialisé, doté d'un service de réanimation et d'un bloc opératoire. Cependant, le véritable traitement devrait-être préventif par la réalisation des consultations prénatales de qualité en vue de dépister précocement les facteurs de risque de cette pathologie.

Issue de l'accouchement des femmes âgées de 40 ans et plus à la maternité de Befelatanana, Antananarivo.

RAKOTOZANANY B, RAKOTOMALALA NZ, KAPCHE WE, ANDRIATOKY V, ANDRIANAMPANALINARIVO HERY R, RANDRIAMBOLOLONA DMA

La grossesse après 40 ans demeure un sujet de préoccupation car expose à des complications obstétricales particulières. Notre étude se propose de déterminer le risque de survenue des complications liées à la grossesse et à l'accouchement chez les parturientes de 40 ans et plus.

Nous avons mené une étude rétrospective type « exposée-non exposée » comparant l'issue de la grossesse et de l'accouchement des parturientes de 40 ans et plus à celles de 20 à 35 ans au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana, du 1^{er} Janvier 2010 au 31 Décembre 2013.

Nous avons recensé 188 parturientes âgées de 40 ans et plus parmi les 30 488 accouchements, soit une proportion égale à 0,61%. Leur grossesse n'a pas été suivie chez 32,12% des cas. Il s'agit de primipares dans 11,52% des cas et elles ont été les plus exposées aux césariennes programmées ($p=0,001$) tandis que les multipares ont été plutôt exposées aux césariennes en urgence ($p=0,0001$). Les parturientes âgées de 40 ans et plus n'ont pas présenté plus de risque de survenue de complications maternelles et périnatales comme l'hypertension artérielle, le diabète, l'accouchement prématuré, le faible poids à la naissance, la malformation fœtale, la mort fœtale in utero, l'hémorragie du post-partum, l'asphyxie néonatale, l'admission en néonatalogie, le décès périnatal comparées aux partu-

rientes plus jeunes de 20 à 35 ans.

Vu le risque de l'opération césarienne, les femmes de 40 ans ou plus devraient suivre une consultation prénatale régulière. Leur accouchement devrait être planifié dans un centre équipé de bloc opératoire. La vigilance doit être surtout accrue près du terme et pendant le travail.

L'expansion cervico-thoracique de la cellulite dentaire en Réanimation chirurgicale : un bilan lourd !

RAKOTONDRAINIBE A, TOFOTRANJARA A, RANDRIAMIZAO HMR, RAJAONERA TA.

L'expansion cervicale, voire thoracique d'une cellulite d'origine dentaire est grevée d'une forte morbi-mortalité. L'objectif de ce travail a été de décrire le devenir des patients présentant cette pathologie.

Nous rapportons dans une étude rétrospective, descriptive, d'une durée de 24 mois (de Janvier 2014 à Décembre 2015), les cas présentant une cellulite compliquée, au service de Réanimation Chirurgicale. Dix-huit patients ont été admis pour cette affection, soit 0,4% des admissions sur cette période. Quinze patients sont décédés, représentant 1,4% des décès, toutes pathologies confondues, mais 83% pour ce motif d'admission. Les dossiers retenus étaient ceux des patients qui ne sont pas sortis contre avis médical. L'âge médian des patients présentant une complication de la cellulite était de 33 [18-62] ans, à prédominance masculine. Le point de départ de l'affection était toujours dentaire. La durée médiane de l'affection était de 9 [5-24] jours. Six patients ont bénéficié d'une intervention chirurgicale, dans un délai médian de 1,5 [1-4] jours. Le décès survenait au décours d'un choc septique, au bout de 2,5 jours, malgré une antibiothérapie et des mesures de réanimation effectuées.

La prise en charge de la cellulite compliquée, représente encore un défi à relever, vu la lourde morbi-mortalité qu'elle représente en réanimation.

Profil évolutif de la coagulation intra vasculaire disséminée au sein de la Réanimation Chirurgicale du CHU-JRA

NJATOMALALA TNAS, RANDRIAMANDRATO TIA, ANDRIANIAINA J, RAJAONERA TA

La coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD) est un syndrome acquis secondaire à une activation systémique et excessive de la coagulation, rencontré dans de nombreuses situations cliniques en réanimation. Elle représente une urgence diagnostique et thérapeutique car peut engager le pronostic vital et/ou fonctionnel selon le stade d'évolution.

Notre étude a été menée dans le but d'évaluer le pro-

fil épidémiologique des patients présentant ce syndrome ainsi que sa prise en charge.

Il s'agit d'une étude rétrospective mono centrique effectuée au sein du service de Réanimation Chirurgicale du CHU-JRA sur une période de 18 mois. Ont été inclus tous les patients âgés de plus de 18 ans, hospitalisés, ayant effectué un bilan d'hémostase. Les pathologies hématologiques interférant sur l'hémostase n'ont pas été incluses. Nous avons évalué la fréquence, le motif d'admission en réanimation, les manifestations cliniques et biologiques, les modalités thérapeutiques, la durée du séjour en réanimation ainsi que l'issue des patients.

Cent cinquante patients ont été retenus avec prédominance masculine à 78,7% et un sex ratio à 3,7. L'âge variait de 23 à 90 ans avec une médiane de 48 ans. Les patients post-opérés représentaient 52% dont 26,7% en neurochirurgie, suivie de la chirurgie digestive dans 17,3% de cas. Pour les patients non opérés, les hémorragies digestives avec syndrome hémorragique majeur constituaient 48% des cas. Les anomalies biologiques ont été diagnostiquées en moyenne au deuxième jour de l'hospitalisation. Les complications étaient dominées par l'aggravation du syndrome hémorragique. Le traitement était basé sur la transfusion de PFC et de plasma riche en plaquettes dans 60,7% des cas. La durée moyenne du séjour en réanimation était de 2±1 jours. Le taux de mortalité était 25,3% dont 6,7% suite à un état de choc hémorragique et 2,3% avec défaillance multi-viscérale.

La CIVD reste toujours d'actualité. Son diagnostic doit être posé le plus précocement possible, malgré l'absence de marqueur spécifique, afin d'entamer une prise en charge adéquate et à temps. La prise en charge actuelle est symptomatique et fonction de la sévérité du trouble de l'hémostase. La surveillance doit être clinique et biologique toutes les 4 à 6 heures.

Délai de prise en charge de l'accident vasculaire cérébral admis en soins intensifs.

RAKOTOMAVO FA, RAONISOARAY N, RIVOARIMANANA M, RAVELOSON NE

L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est associé à une morbidité et à une mortalité élevées. Le délai de prise en charge constitue un facteur pronostic majeur. Notre objectif était d'évaluer le délai de prise en charge de l'AVC admis en soins intensifs.

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive portant sur les patients admis pour AVC confirmé par le scanner cérébral, dans le service de Soins intensifs et de Réanimation Médicale du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta de Befelatanana. La période d'étude était de 12 mois allant de Juin 2015 à Mai 2016. Au final, 152 cas ont été retenus. L'âge moyen des patients était de 57,40±11,42 ans et 51,3% étaient

des hommes. Le score de NIHSS médian à l'entrée était de 15. L'AVC survenait à domicile dans 79,6%. Une consultation préalable du médecin de famille était constatée dans 44,1% des cas. Le délai médian entre le début des symptômes et l'admission à l'hôpital était de 6 heures (1-312 heures) et 77,6% des malades étaient admis dans les premières 24 heures. Un traitement était administré dans les six premières heures pour 66,5% des patients. Le délai de réalisation du scanner cérébral était de 2 jours (1-14 jours). Un niveau socio-économique aisé, l'habitation en zone rurale, la survenue en dehors du domicile, l'obtention d'un traitement pré hospitalier, un score de NIHSS faible et un score de Glasgow élevé étaient associés à une prise en charge retardée ($p < 0,05$).

Le délai de prise en charge est un facteur important pour l'évolution du patient avec AVC. Une meilleure information de la population et la mise en place d'une structure pré hospitalière des soins pourraient améliorer ce délai.

Facteurs prédictifs de l'agitation en salle de surveillance post-interventionnelle chez l'adulte

RAKOTONDRAVOLA JL, RAJAONARY AH, RAVELOSON NE

L'agitation postopératoire immédiate fait partie des causes les plus fréquentes de la contention des patients en salle de surveillance post-interventionnelle. La présente étude a été menée au sein de la salle de surveillance post-interventionnelle du CHU Joseph Ravoahangy Andrianavalona. L'objectif est d'identifier les facteurs déterminant la survenue de l'agitation postopératoire immédiate chez l'adulte.

Nous avons mené une étude prospective, analytique de type exposé non-exposé, dans le service du bloc opératoire CHU-JRA sur une période de 3 mois allant du 10 février au 10 mai 2014, portant sur les patients à opérer programmé et admis en SSPI.

Nous avons inclus 160 opérés durant une période de trois mois, en croisant l'état d'agitation au réveil avec le critère d'exposition qui est défini par la présence ou non de l'anxiété préopératoire. Parmi les 160 patients subissant une anesthésie générale, 75 d'entre eux soit 46,9% ont été agités. Ainsi, 62,6% (47 patients) ont présenté un état d'anxiété préopératoire. Les principaux facteurs de risque significativement associés à l'agitation au réveil ont été respectivement: les patients 60 ans et plus (RR=2,83 ; $p=0,005$), l'anxiété préopératoire (RR=2,82 ; $p=0,003$), la douleur sévère (EVA>6) (RR=3,61 ; $p=0,016$), et la chirurgie en orthopédie (RR=3,09 ; $p=0,014$).

L'agitation au réveil reste une menace pour les opérés. Une bonne prévention est primordiale pour éviter toute complication des comorbidités. L'optimisation de la vigilance face à l'état d'anxiété préopératoire permet de diminuer en partie ce trouble. Pour prévenir

autant que possible la douleur postopératoire, nous préconisons l'administration d'une analgésie multimodale adéquate.

Morbi-mortalité post-opératoire après résection pulmonaire au Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona

RAHANTASOA FCFP, RAVOATRARILANDY M, RAZAFIMANJATO NMM, RAJAONERA TA, RAKOTOVAO HJL

La résection pulmonaire est l'ablation chirurgicale d'un segment, d'un lobe ou du poumon entier, par voie conventionnelle ou endoscopique. Leur mortalité avoisine les 20%. Notre objectif est de décrire la morbi-mortalité post-opératoire des résections pulmonaires au Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHU JRA).

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive concernant la morbi-mortalité post-opératoire des résections pulmonaires, sur une période de 07 ans.

Trente-cinq cas de résection pulmonaire avait été colligé. L'âge médian était de 51,05 ans, avec des extrêmes de 25 à 67 ans. Le sex-ratio était de 1,5 avec prédominance masculine. Un patient (2,85%) avait présenté une insuffisance cardiaque congestive. Six cas (17,14%) de diabète avaient été retrouvés, et 8 cas (23%) d'HTA. Douze patients (34%) étaient malnutris. L'indice de *Performans Status* était inférieur ou égal à 2 chez 25 patients (71,42%). L'aspergillome pulmonaire était l'indication chirurgicale dans plus de la moitié des cas. Six patients avaient présenté des pneumopathies post-opératoires. Six patients (17%) étaient décédés, dont trois cas de sepsis (8,5%).

Dans un pays comme Madagascar, zone d'endémie tuberculeuse, l'aspergillome représente la principale indication chirurgicale. On note néanmoins une morbi-mortalité non négligeable en post-opératoire lié à l'état du patient, mais également à l'intervention chirurgicale.

Traumatisme crânio-encéphalique grave en réanimation : étude épidémiologique et facteurs pronostics

ANDRIANIAINA RJ, RAMAROLAHY ARN, RAJAONERA TA

Le traumatisme crânio-encéphalique (TCE) est très fréquent et représente une cause majeure de décès chez les adultes jeunes. Cela nous a incité à étudier sur les caractéristiques épidémiologiques et les facteurs pronostics et/ou prédictifs de mortalité de ces patients en vue d'améliorer leur prise en charge.

Une étude rétrospective descriptive et analytique portant sur les traumatisés crânio-encéphaliques graves

admis au service de Réanimation Chirurgicale (CHU JRA) a été réalisée. Cette étude a été faite du 1^{er} février au 31 mai 2016. Nous avons inclus tous les TCE graves admis au service avec ou sans lésions associées.

Nous avons inclus 48 patients dont 8 femmes et 40 hommes. L'âge médian était de 35,04±17,96 ans, 35,40% des cas étaient secondaires à un accident de la voie publique. La lésion crânienne la plus fréquemment retrouvée au scanner était l'hématome extra-dural. Dans cette étude, 26 patients sont décédés (54,20%). Les facteurs associés au risque accru de mortalité ($p < 0,05$) sont : le genre féminin, le point d'impact occipital, la présence de signes d'HTIC et de focalisation retrouvés à l'urgence, une détresse respiratoire à l'arrivée aux urgences, l'association d'une atteinte thoraco-pulmonaire dans le contexte de polytrauma.

L'étude nous a renseignés sur les facteurs influençant le décès des patients traumatisés crâniens graves. Cela nous incite à mettre en place un système de prise en charge plus précoce et adaptée au contexte en commençant au niveau pré-hospitalier.

Indications chirurgicales d'hémostase en urgence des hémorragies digestives au CHU JRA

RAHANTASOA F, RANDRIANTSOA M, ARIMINO S, RAKOTONDRAZAFY T, RAJAONARIVONY T, RAKOTOVAO HJL, RAKOTO RATSIMBA HN

L'hémorragie digestive est un problème majeur de santé avec un taux de mortalité élevé. Notre objectif est de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et chirurgicaux des hémorragies digestives opérées.

Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive, rétrospective réalisée au Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona sur une période de sept ans allant du 1^{er} Janvier 2009 au 31 Mars 2016.

Trente cas de patient étaient opérés. L'âge de nos patients variait de 48,7 ans avec des extrêmes de 03 à 84 ans. Le sex ratio était de 2,33. L'ulcère duodénal était la cause de l'hémorragie digestive chez 16 patients (53,33%). Dans 53,33% des cas, l'indication chirurgicale était l'état de collapsus cardio-vasculaire réfractaire à la réanimation. Quarante-vingt pourcent des patients avaient bénéficié d'une suture par point en X au niveau du saignement actif. Dans 96,66% des cas, il n'y avait pas de récurrence. Un patient était décédé en peropératoire. Dans la littérature, les hémostases sont endoscopiques dans 98,01%, et seulement 1,99% des cas relèvent de la chirurgie ; dans notre étude, la réanimation constitue la base du traitement, la chirurgie est recommandée en cas d'échec. La chirurgie est indiquée en alternative si la réanimation est inefficace. L'exploration peut être blanche d'où l'intérêt d'un examen endoscopique diagnostique.

Les coagulopathies en anesthésie réanimation : mise au point et recommandations

RANDRIAMANDRATO T, RAZAFINDRAINIBE T,
RAKOTONOMENJANAHARY S, NJATOMALALA S,
RAJAONERA AT.

La coagulopathie reste toujours un phénomène fréquent en réanimation. De nombreuses situations cliniques sont susceptibles d'entraîner la survenue d'une coagulopathie. Elle est responsable d'un taux élevé de mortalité en réanimation. Notre objectif est de mettre au point les bases physiopathologiques et les principes de prise en charge de la coagulopathie en réanimation basés sur les recommandations.

La physiopathologie de coagulopathie en réanimation est multifactorielle. La maîtrise de la physiologie de l'hémostase permettrait de comprendre le mécanisme de trouble de coagulation. Depuis des années, ce concept physiologique ne cesse pas d'évoluer. Actuellement nombreux travaux ont montré que la participation active des surfaces cellulaires des plaquettes activées, des monocytes et des cellules endothéliales fait partie intégrante de la fonction de coagulation participant à l'activation des facteurs de coagulation à l'origine de coagulopathie.

Ce modèle cellulaire de la coagulation a permis d'expliquer nombreuses manifestations cliniques liées aux coagulopathies. La CIVD est la manifestation la plus connue de ce trouble. Ce mécanisme résulte d'un déséquilibre entre les facteurs activateurs et les facteurs inhibiteurs de la coagulation à l'origine de toutes les complications. Quelques situations responsables d'une majoration de coagulopathie en réanimation méritent d'être connues à savoir le syndrome hémorragique, l'hypothermie, l'infection, et l'acidose. Les tests biologiques standards tels que la numération des plaquettes, le temps de saignement, le Temps de Quick, le TCA et le dosage de fibrinogène, permettent d'orienter le niveau d'atteinte de l'hémostase et mettre en route le traitement de correction.

L'objectif de traitement est de corriger le plus rapidement possible le déficit en facteurs de coagulation. Cette prise en charge est basée sur la transfusion ainsi que l'apport des facteurs de coagulation déficitaire comme le fibrinogène et le complexe prothrombinique.

Diagnostic, classification et complications cytopéniques des leucémies aiguës vues au laboratoire d'hématologie du CHU-JRA

HARIOLY NIRINA MOM, RAKOTOARIVELO ZH,
RASOLONJATOVO AS, HOAHY R, RAHERITIANA TM,
RAKOTO ALSON AO, RASAMINDRAKOTROKA A

Les leucémies aiguës (LA) sont un groupe d'affections hématologiques caractérisées par la prolifération maligne et l'accumulation d'un grand nombre de pré-

curseurs médullaires clonaux (blastes) des lignées sanguines, bloqués à un stade précis de différenciation. Elles sont subdivisées selon que le clone provienne de la lignée myéloïde ou de la lignée lymphoïde. Les complications liées aux cytopénies peuvent engager le pronostic vital et constituent une urgence de prise en charge.

Nous avons effectué une étude rétrospective sur 86 dossiers de patients atteints de leucémie aiguë entre 2013 et 2015 classés selon les critères du groupe Franco-Américano-Britannique.

Les patients étaient âgés entre 2 mois et demi et 79 ans, les hommes étaient plus touchés que les femmes (sex-ratio=2,9). Les leucémies aiguës myéloïdes (LAM) étaient deux fois plus fréquentes (66,3%, n=57) que les leucémies aiguës lymphoblastiques (LAL) (30,3%, n=26). Trois patients avaient présenté une LA biphénotypique. Les complications liées à l'anémie étaient les plus fréquentes (36%, n=31), les complications hémorragiques et infectieuses ont été retrouvés respectivement dans 22,1% (n=19) et 20,9% (n=18).

Hémorragie intracrânienne chez les hémophiles

RANDRIAMAMPIANINA T, DINAFANOMEZANA HR,
RANDRIAMANDRATO T, RAJAONERA TA, RAKOTO ALSON AO.

L'hémophilie est un déficit congénital en facteur de coagulation VIII pour le type A et facteur de coagulation IX pour le type B, entraînant un syndrome hémorragique. L'hématome intracrânien est l'une des complications rares mais graves de l'hémophilie. Notre objectif est de rapporter quelques cas d'hématome intracrânien chez les hémophiles Malgaches et de discuter ces cas par rapport aux données de la littérature.

Cas n°1 : un enfant hémophile B de 4 ans, originaire de Soavinandriana, entré pour obnubilation. L'examen clinique révélait une anisocorie droite. Une injection immédiate de facteurs IX a été indiquée. Le scanner cérébral montrait un hématome sous dural frontopariétal gauche. L'enfant avait bénéficié d'une évacuation de l'hématome avec volet perdu. Rechute de l'hématome 1 an après, d'apparition spontanée sur le côté opposé. Reprise de la craniotomie mais bonne évolution après traitement. Actuellement, rechute du trouble de conscience secondaire à un traumatisme crânien minime.

Cas n°2 : un hémophile B de 3 ans, entré pour trouble du comportement, d'apparition brutale, spontanée, le matin au réveil. Anisocorie gauche à l'examen clinique. Une injection de facteur IX en urgence a été effectuée puis réalisation de scanner cérébral montrant un hématome extradural temporal droit repoussant la ligne médiane. Craniotomie décompressive en urgence avec évacuation de l'hématome. Bonne évolution mais réapparition du trouble de conscience 1 mois plus tard

secondaire à un choc minime entraînant l'apparition d'un autre hématome sous dural pariétal antérieur gauche avec effet de masse. Facteur IX non disponible à l'époque d'où l'intérêt d'une évacuation de l'hématome sous PFC. L'opération est réussie mais l'enfant est décédé suite à des complications transfusionnelles (TRALI).

Cas n°3 : un garçon de 6 ans, hémophile B sévère, entré pour céphalées intenses avec crise convulsive suite à une chute sur sa hauteur. L'examen clinique révélait une mydriase bilatérale aréflexique. Injection de facteur IX en urgence puis scanner cérébral sans injection montrant un hématome au niveau du cervelet. Nous n'avons pas fait une chirurgie mais surveillance stricte de l'enfant sous couvert de facteur IX.

Devant un trouble de conscience ou changement de comportement inattendu chez les hémophiles, il faut toujours penser à un hématome intracrânien et administrer immédiatement le facteur de coagulation déficient avant toutes investigations complémentaires.

Aspect bactériologique des prélèvements pulmonaires en Réanimation Chirurgicale du CHU JRA

VELONJARA S, RASOANANDRASANA S, ANDRIANARIVÉLO AM, RAKOTOMALALA R, RASAMIRAYAKA T, RAKOTOVAO L, RASAMINDRAKOTROKA A

L'infection pulmonaire fait partie des infections grave les plus rencontrés en service de réanimation. Elle constitue un problème de santé publique majeur. Cette affection est préoccupante du point de vue pronostic et aussi la prise en charge des patients. Notre objectif a été de décrire une incidence bactérienne des infections bronchopulmonaires en service de réanimation chirurgicale.

Une étude prospective et descriptive a été menée au laboratoire de bactériologie du CHU HJRB pendant une période de 5 mois allant du Février au Juin 2016. Ont été inclus tous les prélèvements pulmonaires et qui répondent aux marqueurs des bons prélèvements pulmonaires selon les recommandations de REMIC 2015 à l'examen direct. Les données ont été traitées sur Excel 8.0

Cinquante-trois prélèvements pulmonaires ont été analysés dont 40 provenant du service de réanimation chirurgicale CHU JRA. Sur les 40 prélèvements, on a retrouvé 21 cultures positives (52,5%), dont 27 isolats. Les non Entérobactéries sont retrouvés dans 59,26% (n=16) avec prédominance des *Acinetobacter baumannii* 40,74% (n=11). Les Entérobactéries sont retrouvées dans 33,32% avec prédominance des KES 18,51% (n=5). Les *Staphylococcus aureus* représentaient 7,42% (n=2) des espèces bactériennes retrouvées. Nos résultats montrent une prédominance majeure des germes responsables d'une infection nosoco-

miale. L'implication du service d'hygiène, des personnels soignants ainsi que de l'Etat est indispensable pour minimiser la propagation de ces bactéries.

Coût de prise en charge de l'accident vasculaire cérébral en Réanimation.

RAKOTOMAVO FA, RAVAOHARIMALALA TF, RIVOARIMANANA M, RAVELOSON NE

L'accident vasculaire cérébral (AVC) constitue un véritable problème de santé publique. Notre étude a pour objectif d'évaluer le coût de prise en charge direct et indirect de l'AVC dans le service de réanimation médicale du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta de Befelatanana.

Il s'agit d'une étude prospective, transversale, de type « étude économique » qui s'est déroulée sur une période de 9 mois allant d'Octobre 2015 à Février 2016, portant sur les patients admis pour accident vasculaire cérébral (AVC).

Cent cas consécutifs d'AVC ont été retenus. Parmi eux, 55% étaient des hommes. L'âge moyen était de 57,07±11,84 ans. La durée médiane d'hospitalisation était de 4 jours. Le coût total médian des AVC était estimé à 214 779 Ar représentant 1,49 fois le SMIC malgache. La part de dépenses la plus importante correspondait au coût du traitement (48%). Un niveau socio-économique élevé, le transport par ambulance, la réalisation d'un scanner cérébral, la survie du patient, un score de NIHSS élevé et une durée de séjour prolongée étaient associés à un coût de prise en charge élevé ($p < 0,05$).

Le coût de prise en charge des AVC est onéreux. Des mesures de prévention et des stratégies d'amortissement des coûts devraient être envisagées.

Contrôle d'une hémorragie sévère du post partum par l'usage précoce d'un pansement au chitosan

RAHANITRINIAINA NP, CATTIN A, BEKKHOUCHA H, CUILIER F, GUILLERMIN P, GINDREY C

Le chitosan est une nanoparticule de sucre, issu de la chitine (carapace de crevettes). Bactériostatique, fongistatique, il est également fortement hémostatique. L'hémorragie du post partum (HPP) est à l'origine de 130 000 décès, 250 000 séquelles et 450 000 orphelins de mères par an et particulièrement dans nos Iles qui ont un système de transfusion fragile. Le cas d'un contrôle par chitosan d'une HPP sévère survenue au CHU de La Réunion est rapporté.

Mme E.N. est une primipare âgée de 19 ans, sans antécédents. L'accouchement eutocique a suivi un travail sous analgésie péridurale, et la délivrance fut

naturelle. La survenue d'un saignement brutal a indiqué la pose rapide d'un pansement au chitosan au lieu du ballon de Bakri. Le saignement est contrôlé et quantifié à 800 ml. L'ablation de la bande s'est faite 12 heures après. Les suites ont été simples.

Mélangé au sang, le chitosan forme un gel et l'hémostase est obtenue après 3 à 5 minutes. Ces pansements sont 10 fois moins chers que le ballon de Bakri. Sa pose est plus rapide et couvre plus d'étiologies du saignement. De nombreux cas cliniques ont été rapportés depuis 2010 dans un registre international. Une étude comparative randomisée atteste de l'efficacité du dispositif et de sa supériorité par rapport au ballon de Bakri. Disposant de la norme CE, il doit être intégré dans l'arsenal thérapeutique de la prise en charge d'une HPP. Des investigations cliniques complémentaires sont en cours au CHU de La Réunion.

Rôle de la consultation prénatale dans la survenue d'une éclampsie

RAKOTOZANANY B, RASOANANDRIANINA BS,
ANDRIAMAHEFA, RANDRIAMBELOMANANA JA

L'éclampsie constitue une cause importante de morbidité et de mortalité materno-fœtale. Notre étude consiste à comparer la survenue d'une éclampsie selon le suivi de la grossesse chez les femmes hospitalisées pour pré éclampsie.

Il s'agit d'une étude rétrospective analytique de type «cas-témoins», menée dans le CHUGOB allant du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2014. Les cas étaient représentés par les femmes enceintes présentant une éclampsie et les témoins celles hospitalisées pour pré éclampsie non compliqué de pré éclampsie.

Nous avons recensé 86 cas d'éclampsie avec une fréquence de 1,24%. L'éclampsie était retrouvée chez les femmes jeunes (<19ans), primipare (64%), femme au foyer (61,6%). Le taux de grossesse non à terme représentaient 67,4%. L'absence de consultation prénatale était retrouvée chez 15, 1% des cas versus 4,7% chez les témoins. Elle favorisait la survenue de l'éclampsie, $p=0,004$, OR : 3,71 [IC 95% 1,4-9,7]. De même, le suivi de grossesse au niveau des centres de santé de base l'augmentait, $p=0,01$, OR : 2,8 [IC 95% 1,008-7,2]. Par contre, les prestataires de CPN n'avaient aucune influence à la survenue de l'éclampsie.

L'amélioration de la qualité des CPN ainsi que la prise en charge des femmes pré éclamptiques dans de centres spécialisés peuvent réduire la fréquence de l'éclampsie et ainsi améliorer le pronostic materno-fœtal.

Caractéristiques des hémorragies sous-arachnoïdiennes dans le service Accueil- Triage - Urgence et Réanimation (ATUR) du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana

RAZAFINDRAIBE FAP, RAKOTOMAVO FA,
RAMAROLAHY ARN, RAVELOSON NE.

L'hémorragie sous arachnoïdienne (HSA) est une pathologie peu fréquente mais grave. L'objectif de cette étude est de décrire les caractéristiques épidémiocliniques des HSA dans le service de Réanimation médicale du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana.

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive, réalisée au service Accueil-Triage-Urgence et Réanimation (ATUR) du Centre Hospitalier Universitaire de Befelatanana sur une période de 24 mois allant du mois d'Avril 2013 au mois de Mars 2015 incluant tous les patients victimes d'une HSA confirmée par un scanner cérébral.

Parmi les 184 patients victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC) ayant bénéficié d'un scanner cérébral, 114 patients (62%) avaient un AVC hémorragique dont 22 étaient des hémorragies sous arachnoïdiennes (HSA), soit 12%, et 70 patients soit 38% avaient un AVC ischémique. Pour les patients présentant une HSA, l'âge moyen était de $50,18 \pm 13$ ans. La plupart des patients se situait entre 45 et 80ans (64%). On notait une prédominance féminine (64%). Tous ces patients étaient admis pour troubles de la conscience. Les facteurs de risque d'HSA les plus observés étaient l'HTA (64%), le tabagisme (27%) et l'alcoolisme (9%). Aucun patient n'avait d'antécédents familiaux d'hémorragie sous arachnoïdienne. Douze patients (55%) avaient une échelle WFNS à IV. Après le scanner cérébral, 14 patients (64%) avaient un score de Fischer à III. La rupture anévrysmale était l'étiologie la plus retrouvée (73%).

L'hémorragie sous arachnoïdienne est une pathologie peu fréquente dans notre service. Elle représentait 12% de l'AVC. L'HTA était le principal facteur de risques d'HSA observé. La rupture anévrysmale était la principale cause.

Caractéristiques des intoxications aiguës chez l'enfant dans le service de Réanimation Médicale et Toxicologie Clinique du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona.

RAKOTOMAVO FA, RAZAFINDRAIBE FAP,
RIVOARIMANANA M, RIEL AM

Les intoxications aiguës de l'enfant sont fréquentes et peuvent être fatales. Notre objectif était de déterminer les caractéristiques épidémiocliniques et évolutives des intoxications aiguës pédiatriques.

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, portant sur les enfants d'âge inférieur à 15 ans, admis dans le service de réanimation médicale et toxicologie clinique de l'HU JRA pour une intoxication aigue. La période d'étude était de 24 mois allant de Janvier 2013 à Décembre 2014.

Cent cinquante-trois patients étaient retenus. L'âge moyen était de 6,23±4,67 ans. Le genre féminin représentait 53% des cas. Il s'agissait d'une circonstance accidentelle dans 66% et volontaire dans 27%. La nature du toxique était industrielle dans 56%, médicamenteuse dans 18% et végétale dans 12%. Tous les toxiques étaient ingérés. Le délai d'admission médian des malades étaient de 2 heures. Les manifestations digestives (77%) et neuromusculaires (38%) étaient les plus observées. L'intoxication était grave dans 36%. La durée de séjour médiane était de 18 heures. La mortalité associée était de 8%.

L'intoxication aigue chez l'enfant est souvent accidentelle et concerne surtout les produits domestiques et végétaux. Une accentuation de la surveillance parentale est encouragée avec une mise en place de mesures préventives.

La prise en charge anesthésique des lépreux à l'annexe du CHD2 de Moramanga 2002 à 2006

ANDRIANIRINA M, RASOLONJATOVO TY, RAVELOSON NE

La lèpre est une maladie infectieuse à tropisme neuro-dermatologique responsable des nombreuses lésions mutilantes aboutissant à des infirmités fonctionnelles définitives nécessitant une chirurgie réparatrice. Nous partageons à travers cette étude notre expérience dans la prise en charge anesthésique de cette chirurgie des complications de la lèpre dans un Centre Chirurgical isolé.

Il s'agit d'une étude rétrospective, transversale et descriptive réalisée à l'annexe du CHD2 de Moramanga sur une période de quatre ans incluant 33 cas d'interventions chirurgicales réparatrices chez des lépreux.

L'âge moyen était de 46,81 ans (extrêmes de 20 à 73 ans). Le sex-ratio était égal à 3. Les pathologies compliquant la lèpre étaient: huit cas d'hypertrophies nerveuses (24,25%), sept maux performants plantaires (21,21%), six algies chroniques rebelles à la corticothérapie (18,18%), quatre ulcères atones (12,12%), trois ostéites (9,09%), deux lagophtalmies (6,06%), deux gangrènes (6,06%) et une griffe cubitale (3,03%). Les techniques anesthésiques utilisées étaient : l'anesthésie générale (AG) (18,18%), l'anesthésie péridurale (APD) en une seule injection (39,39%), l'APD en une seule injection associée avec une sédation à la kétamine (12,12%), la rachianalgésie (6,06%), l'ALRIV (3,03%) et l'infiltration locale (21,21%). La kétamine

était le narcotique de choix lors d'une anesthésie générale et la lidocaïne au cours de l'ALR et/ou de l'AL.

La prise en charge anesthésique de la chirurgie lépreuse est faisable dans les centres isolés. Les techniques utilisées seront fonction de la compétence de l'anesthésiste et du contexte existant sur place.

Les soins pré-hospitaliers offerts aux victimes des accidents de la route nationale admis au CHU PZAGA Mahajanga

RASAMIMANANA NG, RALIHAJA BR, ANDRIAMALALA NC, RANDRIANIRINA JB, RAVELOSON NE

Les accidents routiers restent une grande préoccupation dans le monde. Cette étude a été réalisée afin d'établir une base de référence des accidents de la route survenant dans les portions rurales de la route nationale n°4 (RN4) et d'améliorer l'assistance aux victimes du lieu de l'accident jusqu'à leur admission à la salle d'urgence de l'hôpital.

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive réalisée au SUSI du CHUPZAGA du 1er Janvier 2011 au 31 Décembre 2012. Elle impliquait 299 victimes de 165 accidents différents.

Les blessés venant de la RN4 représentaient 24,96% des admissions pour accident de la circulation. Le sex-ratio était de 1,67, la tranche d'âge de 15 à 29 ans était la plus touchée. Les 55,85% étaient des occupants du véhicule. Les 2 roues ont été impliquées dans 42,42%. Seulement 21,07% des victimes ont reçu des soins pré-hospitaliers dans des centres de santé publiques (14 CSB, 2 CHD, 2CHRR) ou privés périphériques. Les médecins et les infirmières dans ces centres n'ont pas bénéficié de formations spécifiques. Plus de 80% des patients n'a pas reçu des soins appropriés. La durée moyenne du transport était de 4 heures 18minutes, 4,68% des patients ont bénéficié de transport en ambulance. Le score AIS 3 à 6 était trouvé chez 22,30% des patients. Le taux de létalité était de 3,01%.

La mise en place d'un système de soins pré-hospitaliers adaptés aux réalités locales se révèle être absolument nécessaire et devrait figurer parmi les priorités de l'Etat Malgache.

Implémentation des drones médicaux dans les systèmes de soins des îles de l'Océan Indien en 2016 : exemple de la transfusion en obstétrique.

RAFANOMEZANTSOA TA, LEGALL A, LOUISO H, FILISETTI C, GINDREY C, RAKOTOARISON RCN

La réduction des « déserts médicaux » est une priorité de nos gouvernements. La morbi-mortalité obstétricale par hémorragies du postpartum reste parmi les plus

élevées. Or les drones médicaux peuvent avoir de multiples applications en Anesthésie-Réanimation, en Obstétrique surtout, grâce à leur vitesse et à leur agilité à relier des hôpitaux ou maternités. Ces outils permettront des transferts urgents de produits sanguins labiles. Une veille technologique et scientifique est renforcée : 1-sur les applications des systèmes de drones transporteurs de produits sanguins ; 2-sur les innovations dans le domaine des pansements hémostatiques au chitosan, le plasma lyophilisé type PLYO^o ou l'hémoglobine lyophilisée de type HEMO2 Carrier^o d'HEMARRINA ; 3-sur l'évolution des projets en cours concernant leur motorisation hydrogène.

Au Rwanda, en France, aux USA : dans tous ces pays, les circuits de distribution de sang par drone se mettent en place, le Rwanda étant le premier à avoir établi son réseau inter maternités. En France, les CHU de Bordeaux (consortium « Drone for Life ») ceux de Toulouse, de Marseille sont des projets similaires.

La sécurisation de la naissance est favorisée par ces innovations réduisant la morbi-mortalité obstétricale. Les progrès concernent les usages des drones, la portabilité l'autonomie (moteur hydrogène). Cela devrait permettre très prochainement de tester dans chacune des îles de l'Océan Indien, progressivement, les applications les plus pertinentes dans le cadre de procédures d'expérimentations autorisées.

Evaluation de la douleur après une circoncision collective sous bloc pénien au CHU Andrainjato-Fianarantsoa : étude préliminaire

RAZAFINDRABEKOTO LDE, RAKOTOVAO MA, RANDRIAMANTENA T, RALAHY MF, RAZAFIMAHEFA SH, RIEL AM.

A Madagascar, la circoncision est une tradition ancestrale souvent pratiquée sans anesthésie. Cependant, cette intervention est douloureuse pour l'enfant qui peut garder un mauvais souvenir de l'évènement. Notre objectif est d'évaluer la douleur après une circoncision collective réalisée sous bloc pénien.

Il s'agit d'une étude préliminaire, prospective, observationnelle et analytique. Un bloc pénien bilatéral a été pratiqué avant chaque intervention par le chirurgien sous la supervision d'un médecin anesthésiste, avec de la lidocaïne 2% non adrénalinée. La chirurgie a été effectuée avec la technique « par utilisation de pinces » sous bistouri électrique. La douleur a été évaluée en fin d'intervention selon le score OPS (*Objective Pain Scale*). Un score supérieur à 3 nécessite un traitement antalgique.

Nous avons inclus 19 garçons. L'âge médian était de 32 mois [13 mois ; 5 ans]. L'intervention a duré en moyenne 6mn. La quantité moyenne de lidocaïne utilisée a été de 44±14 mg par côté. Aucune anesthésie supplémentaire n'a été rajoutée. La douleur a été évaluée en moyenne 13mn après infiltration. Le score

OPS moyen a été de 1±0,8.

Le bloc pénien est efficace pour l'analgésie lors d'une circoncision collective. D'ailleurs, il est facile à réaliser. Une étude à plus grande échelle permettrait de confirmer ces résultats.

Déterminants et impacts psychologiques des décès périnataux à la maternité de Befelatanana, Antananarivo.

RASOANANDRIANINA BS, RAKOTOZANANY B, RAMAHAZOSOA AH, TSIFIREGNA RS, RAFAMANTANANTSOA JF, RAHARIVELO A, ANDRIANAMPANALINARIVO HERY R, FENOMANANA MS

La mortalité périnatale représente un problème majeur de santé publique dans les pays en voie de développement, notamment à Madagascar. Cette étude vise à déterminer les facteurs associés aux décès périnataux et d'évaluer ses répercussions psychologiques maternelles.

Il s'agit une étude type « cas-témoins » allant du mois d'Octobre 2014 au mois de Juin 2015. La prévalence de la mortalité périnatale a été de 36,48 pour mille naissances avec prédominance de mort fœtale in utero. Les facteurs déterminant sont représentés par l'antécédent d'hypertension artérielle (OR=9,4 ; $p=0,003$), les pathologies hypertensives pendant la grossesse (OR=144 ; $p<0,05$), la présentation non céphalique (OR=21,92 ; $p=0,00008$), le liquide amniotique méconial (OR=16 ; $p<0,05$), la prématurité surtout avant 32 SA (OR=83,31 ; $p=0,000000$), le faible poids de naissance surtout si PPN<1 500g (OR=203 ; $p=0,00000$), l'indice d'Apgar inférieur à 7 à la 5^e minute (OR=122,14 ; $p=0,00000$) et le nombre de consultations prénatales inférieure à 4 fois (OR=2,89 ; $p=0,005$) ainsi que sa réalisation dans un centre de santé de base pour les femmes à risque (OR=5,91 ; $p=0,00006$). Les impacts psychologiques du décès périnatal ont été plus importants à six semaines avec une prévalence dépressive de 37,5% contre 25% chez les mères avec enfant vivant. La réduction de la mortalité périnatale à Madagascar passe par la prise en charge précoce et adaptée des facteurs de risque. Le tout devrait être encadré par des soins prénataux de qualité, l'application des mesures d'asepsie et un accompagnement psychologique des parents endeuillés.

Critères d'admission en réanimation des patients atteints de cancer : Exemple des cancers bronchiques

RANDRIAMALALA NCR, REFENO V, RAKOTOARIVO T, TIKA L, RIEL A, RAFARAMINO F, RAJAONERA TA

Le cancer bronchique est le cancer le plus fréquent et le plus mortel dans le monde. Selon estimation, il se

rait le deuxième cancer le plus fréquent et le plus mortel à Madagascar. Les progrès en médecine et de biologie moléculaire ont permis d'améliorer son pronostic. Néanmoins, l'admission en réanimation d'un patient atteint de cancer à plus forte raison de cancer bronchique est souvent discutée. A Madagascar, il n'y a pas encore de recommandations ni de consensus quant au patient à adresser ou non en réanimation. Présenter un algorithme décisionnel par rapport à l'admission en réanimation des patients atteints de cancers bronchiques afin d'en discuter sa pertinence par rapport à notre contexte. La décision est en fonction du stade : cancer bronchique non métastatique ou cancer bronchique métastatique

L'algorithme proposé englobe les paramètres cliniques et thérapeutiques mais ne prend pas en compte les paramètres socio-économiques des patients tels que l'accessibilité ou la disponibilité des médicaments qui influencent l'évolution de la maladie cancéreuse. Ainsi, les décisions de transfert en réanimation des patients atteints de cancer devront être discutées au cas par cas en concertation entre réanimateurs, oncologues, chirurgien thoracique, patient et sa famille en attendant de concevoir un consensus adapté au contexte.

Anesthésie ambulatoire pédiatrique à Antananarivo

RAKOTOARIVONY NS, RANDRIAMIZAO HMR, RAJAONERA TA

L'anesthésie ambulatoire est une réelle alternative à l'hospitalisation traditionnelle. Notre objectif est d'évaluer la faisabilité de l'anesthésie ambulatoire dans les pays en développement.

Une étude prospective descriptive et analytique sur une période de 5 jours allant du 26 au 30 Aout 2014 dans le cadre du projet Tolotanana a été réalisée. Les paramètres analysés ont été : les données épidémiologiques, cliniques des patients, les caractéristiques des interventions, le devenir des patients.

La tranche d'âge dominante est de 0-60mois avec un taux de 74,2% et une prédominance masculine dans 59,6%. Presque tous nos patients sont ASA I et 62,9% habitent dans la capitale et sa périphérie. L'anesthésie générale domine dans 98% des cas. La cure de fente labiale est la plus réalisée et les interventions durent en moyenne 30-60 minutes. Aucune complication peropératoire n'a été observée. Les complications postopératoires sont moindres (6,7%). 32,6% des patients sont

réadmis à cause des interventions dans l'après-midi et des complications post-opératoires (12,4%).

Le concept d'ambulatoire est une culture de l'excellence qu'il faudrait développer. Avec les moyens que nous disposons, il est tout à fait réalisable même dans les pays en développement notamment à l'HUJRA. Certains critères restent à adapter à notre contexte.

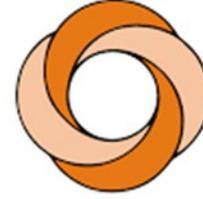
REMERCIEMENTS

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

- La Primature
- Son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique ;
- Son Excellence Monsieur le Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique ;
- Le CROM de Toamasina
- Monsieur le Doyen de la Faculté de Médecine de Toamasina ;
- La Faculté de Médecine d'Antananarivo
- Monsieur le Directeur Général des CHU
- Tous les intervenants ;
- Nos Sponsors Officiels :
 - ABBVIE
 - FRESENIUS
 - IBL
 - MERIL
 - SUN PHARMA
- Les laboratoires et sociétés participants :
 - AJANTA PHARMA
 - CLARIS
 - DENK PHARMA
 - DSF
 - GSK
 - IFSPR
 - INSPNMAD
 - ISPPS
 - M GENERIC
 - MEDA PHARMA
 - MICROLABS
 - PIERRE FABRE
 - SANOFI
 - SKS
 - VYGON
- ainsi qu'aux nombreuses personnes qui ont collaboré, de près ou de loin, à la réalisation de ce Congrès.

SPONSORS OFFICIELS

abbvie



**SUN
PHARMA**



**FRESENIUS
KABI**

TOGETHER

caring for life

PARTENAIRES



GlaxoSmithKline



Claris



douleurs
sans frontières



SANOFI