



| | |
|--|----|
| Le bureau de la SARANF | 2 |
| Le comité d'organisation | 2 |
| Anesthésie – réanimation mère – enfant (ARME) | 5 |
| La prise en charge péri-opératoire des cardiopathies congénitales | 5 |
| Les Near miss en réanimation au centre hospitalier régional de Ségou au Mali | 6 |
| Near miss en réanimation polyvalente au CHU de Brazzaville | 7 |
| Mortalité maternelle péri-opératoire au cours des urgences gynéco-obstétricales au CHU de Yopougon | 8 |
| Profil épidémioclinique des complications obstétricales en réanimation du C.H.U. Gabriel Touré | 9 |
| Les aspects épidémioclinique et thérapeutiques de l'éclampsie en réanimation au C.H.U. Gabriel Touré | 10 |
| Césarienne en urgence au CHU du Point G : évaluation de la prise en charge anesthésique | 11 |
| Eclampsie en réanimation au centre hospitalier universitaire du Point G | 12 |
| Traumatismes fœtaux au cours de la parturition : à propos de 27 cas colligés dans le service de gynécologie obstétrique du CHU de Cocody | 12 |
| Le laparoschisis : aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques au CHUPédiatrique (CHUP-CDG) de Ouagadougou (Burkina Faso) | 13 |
| Atrésie de l'œsophage au Burkina Faso : différence avec les pays développés | 13 |
| Prise en charge des urgences obstétricales à l'hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé | 14 |
| Maladie thrombo-embolique en obstétrique | 15 |
| Etude comparative de la douleur de l'accouchement chez les primipares en fonction de l'éducation reçue en salle de travail : cas de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY) | 16 |
| Impact de la check-list dans la survenue des complications per et postopératoires en chirurgie gynécologique et obstétricale | 17 |
| Les soins aux parturientes en salle de naissance: délais et facteurs de retard | 20 |

Le bureau de la SARANF

Présidente :Prof Elisabeth DIOUF
Vice-président Afrique de l'ouest:Docteur KANE MBAYE
Vice-président Afrique centrale :Docteur SOUSSA G
Secrétaire général :Professeur BROUH Yapo
Secrétaire général adjoint : **Adrien**Professeur SIMA ZUE Adrien
Trésorière générale:professeur ZE-MIKANDE Jacqueline
Trésorier adjoint :Docteur BAH Kalidou
Commissaires aux comptes :Professeur AMONKOU AKPO
Professeur LOKOSSOU Thomas.

Le comité scientifique du congrès

Le comité d'organisation

Président : Pr Mignonsin David (Côte d'Ivoire)

Vice-présidente : Pr Diouf Elisabeth (Sénégal)

Membres Nationaux

Dr Kane Mbaye (Côte d'Ivoire)
Dr Ehounou Hyacinthe (Côte d'Ivoire)
Dr Kouassi Jean (Côte d'Ivoire)
Pr Boua Narcisse (Côte d'Ivoire)
Pr Amonkou Akpo Antoine (Côte d'Ivoire)
Pr Soro Lacina (Côte d'Ivoire)
Pr Brouh Yapo (Côte d'Ivoire)
Pr Yves Yapobi (Côte d'Ivoire)

Membres Internationaux

Pr Tchoua Romain, (Gabon), Pr Sima Zué A (Gabon), Pr Bakary Diatta (Sénégal), Pr Oumar Kane (Sénégal), Pr Mamadou Diarrah Beye (Sénégal), Dr Massamba Diop (Sénégal), Pr Fidèle Binam (Cameroun), Pr Martin Chobli (Bénin), Pr Joachim Sanou (Burkina Faso)
Pr Youssouf Coulibaly (Mali), Pr Abdoulaye Diallo (Mali), Pr Mohamed Salah Ben Ammar (Tunisie)
Christophe Boisson (France), Pr Abdou Rahmann Aguemon (Bénin), Pr Thomas Lokossou (Bénin), Dr Philippe Mavoungou (France), Pr Jacqueline Ze Mikande (Cameroun), Pr Nazinigouba Ouedrago (Burkina Faso), Dr Aristide Talon (France)

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

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

Rédacteur en Chef

Brouh Yapo

Directeur de Publication

Elisabeth DIOUF

Comité de rédaction

Brouh Yapo, Elisabeth Diouf, Binlin-Dadié Renée

Kane Mbaye, Tetchi Yavo Denis

Comité de lecture de 2011

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

Diffusion –Publication : RAMUR

22 BP 1771 Abidjan 22- E-mail: ramur@yahoo.fr, brouhyapo@yahoo.fr

Tel : (+225) 22 48 12 50, 22 48 12 49, 05 73 37 73

Secrétariat de la rédaction

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

Impression

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

Anesthésie – réanimation mère – enfant (ARME)

ARME 1

La prise en charge péri-opératoire des cardiopathies congénitales

Fall Ml, Leye PA, Ba Pa, Dieng PA, Bah D, Ndiaye PI, Ciss AG, Sene E, Kane K, Kane O, Diouf E.

Introduction

Les cardiopathies congénitales sont responsables à elles seules, de la moitié de la mortalité infantile par malformation Leur incidence est voisine de 1 % des naissances d'enfants vivants, dont 30 % à 40 % sont des formes sévères. L'objectif de l'étude était d'évaluer notre pratique et de la comparer à celle de l'équipe suisse afin de proposer un schéma anesthésique adapté.

Matériel et méthode

C'est une enquête épidémiologique rétrospective, colligeant 19 cas de cardiopathies congénitales opérées dans le service de Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire (CTCV) du CNH de FANN, par l'équipe suisse durant la période de mai 2011 à novembre 2011.

Résultats

Notre échantillon est à prédominance masculine avec 73% versus 27% sexe féminin. La moyenne d'âge était de 9,6 ans avec des extrêmes de 6 et 17 ans. 73 % des patients étaient originaires de Dakar La dyspnée était le motif de consultation le plus fréquent. La tétralogie de Fallot (T4F) représentait la cardiopathie le plus fréquente. Seuls 7 de nos patients avaient un traitement antérieur et l'Avlocardyl® était le traitement le plus noté à la dose de 20 mg par jour. Tous les cas de tétralogie de Fallot ont bénéficié d'une cure complète. La durée moyenne de la chirurgie était de 4 heures (extrêmes 2H30 et 4H22). La durée moyenne de la CEC était de 1H30 (extrêmes 35 min et 2H12). La durée moyenne du clampage était de 50 min (extrêmes 40 min et 1h09). La température au cours de la CEC était en moyenne maintenue à 35°C (extrêmes 34 et 36°C). Deux cas de transfusion autologue. La plupart de nos patients était extubé dans un bref délai avant

la 6^{ème} Dans la quasi-totalité des cas la noradrénaline a été l'amine la plus utilisée (10 cas) versus Milrinone (Corotrope^x) (3 cas). Le remplissage vasculaire utilisait l'hydroxyl-éthyl-amidon (Voluven^{*}) et le ringer lactate. Le midazolam (Hypnovel[®]) a été la molécule la plus utilisée pour la sédation en post opératoire à des doses variables. Nous avons souvent utilisé l'analgésie multimodale à base de sulfate de Morphine et de Paracétamol chez tous nos patients pour un délai variable de 2 à 8 jours. La plupart de nos patients étaient sous diurétiques, essentiellement le furosémide (lasilix[®]). On notait un cas d'hématome rétro-auriculaire droit chez un des patients opérés pour une cure de T4F ; ce patient a été repris immédiatement, l'exploration ne mettait en évidence aucune particularité (défaillance technique) et l'évolution était favorable à J6 post-opératoire. On notait également un cas de dyspnée secondaire à une pleurésie avec un emphysème sous cutané chez un patient, ce qui a nécessité une ré-intubation avec un drainage pleural. Ce dernier a nécessité la mise sous Brévibloc[®], triple antibiothérapie (Augmentin[®], Imipenème, Vancomycine), prédnisolone, avlocardyl[®] et lasilix[®]. L'évolution était favorable à J5 post-opératoire. On notait également la survenue d'un syndrome palustre, dans un cas, d'évolution favorable à j5 post-opératoire. L'évolution était favorable chez tous nos patients, on notait la persistance d'un souffle systolique chez 5 patients vus en consultation entre 1 à 2 mois post-opératoire.

Conclusion

La prise en charge péri-opératoire des cardiopathies congénitales est très difficile dans nos conditions et nécessite un plateau technique et humain très relevé. L'investissement le plus accessible repose sur le diagnostic anténatal.

ARME 2

Les Near miss en réanimation au centre hospitalier régional de Ségou au Mali

Beye SA, Traoré B, Traoré A, Diango MD Kokaïna C, Mallé A, Coulibaly Y.

Introduction : Le Near miss est une catastrophe obstétricale évitée de justesse. Il s'agit de toute femme dont le pronostic vital immédiat est mis en jeu pendant la grossesse ; l'accouchement ; le post partum ou le post abortum et qui a pu survivre grâce à des soins en milieu hospitalier et pré hospitalier. L'objectif était de décrire le profil clinique, biologique, thérapeutique et évolutif des nearmiss en milieu de réanimation.

Patientes et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive de janvier 2011 à Juin 2012 au centre hospitalier Nianankoro Fomba de Ségou. Toute femme admise pour une urgence obstétricale du pré, per et post partum mettant en jeu le pronostic vital était incluse. La collecte était faite à partir du dossier d'obstétrique ; du registre de compte rendu opératoire, la fiche d'anesthésie et le dossier de réanimation.

Résultats : Durant la période d'étude, 85 dossiers répondaient aux critères d'inclusion. L'âge moyen était de 25.6 ± 8.0 ans. Les femmes au foyer prédominaient (80.7%) suivies des élèves (14.5%). Il s'agissait d'une évacuation dans 51.8% des cas et une référence dans 48.2%. La distance parcourue lors des évacuations était supérieure à 100 km dans 70% des cas. Les motifs de l'évacuation étaient une hémorragie (49.4%) et une détresse neurologique (37.6%). L'admission des patients en réanimation était faite à partir du bloc opératoire (75.3%) ; la maternité (22.4%) et l'accueil des urgences (2 patientes). A l'admission, une hypertension artérielle (HTA) était retrouvée chez 50.6% des patientes et une hypotension (11.8%) ; 8 patientes étaient sous adrénaline en perfusion continue. Dans 23.5% des cas, le score de Glasgow était inférieur ou égal à 12. Une oligoanurie était retrouvée chez 10 patientes. A la biologie on notait une anémie (38 cas), une thrombopénie (7 cas) et une élévation à 2 fois la normale de l'urée, la créatinémie et des transaminases dans respectivement 6 et 7 cas. Les actes thérapeutiques étaient une intubation orotrachéale avec assistance ventilatoire (48 cas), une césarienne pour le

sauvetage maternel (47 cas), une hystérectomie d'hémostase pour une rupture ou une atonie utérine (17 cas) et une transfusion de sang dans 38 cas. La durée moyenne de ventilation était de 20.4 ± 10.8 heures et était supérieure à 24 heures dans 8 cas. L'évolution était émaillée de complications chez 26 patientes, œdème aigu du poumon OAP (2 cas), insuffisance rénale aiguë IRA (6 cas), pneumopathie acquise sous ventilation PAVM (4 cas), HELLP syndrome (7 cas) et psychose puerpérale (1 cas). Une patiente en anurie était referée au troisième jour d'hospitalisation pour hémodialyse. La durée moyenne de séjour était de 48 heures avec des extrêmes de 24 et de 96 heures.

Conclusion : La prise en charge des urgences obstétricales sévères est une question de technique mais aussi de conscience professionnelle. Elle doit être adaptée au degré d'urgence et à la gestion des détresses vitales. La réduction de la mortalité maternelle dans notre région passe par une meilleure organisation de la référence évacuation et le renforcement du plateau technique des structures de santé.

Mots clés : Obstétrique ; Nearmiss ; Réanimation

Références

1. **Robenosolo H, Raobijaona H, Rosolofondraibe A.** Near miss : épidémiologie et prise en charge. 100 cas vus au CHU de Tananarive. Med. Afr. Noire 2006 : 623-629.
2. **Katerini TS, Drabo S, Rasmané G et al.** Mortalité suite aux complications obstétricales évitées de justesse au Burkina Faso : facteurs médicaux, sociaux et sanitaires. Bulletin OMS 2012, 90 :401-476.
3. **S Mayi-tsonga, J Meye, A Tagne et al.** Audit de la morbidité obstétricale grave »near miss « au Gabon. Clinics in Mather and Child Health 2007; 4(2):717-722.

ARME 3

Near miss en réanimation polyvalente au CHU de Brazzaville

Mahoungou-Guimbi KC1, Otiobanda GF1, Ellenga Mbolla BF2, Ontsira-Ngoyi NE3, Mawandza P1, Biez U1, Soussa RG1
1-Service d'anesthésie-réanimation 2-Service des urgences 3-Laboratoire de Biochimie, CHU de Brazzaville

Introduction :

les taux de mortalité maternelle sont élevés dans les pays en développement, comparés à ceux des pays développés.

Objectif :

améliorer la prise en charge de la femme dans le contexte obstétrical.

Patients et méthode :

étude prospective de 5 mois, menée chez les patientes admises en réanimation pour des complications obstétricales du péri-partum. Les patientes décédées des suites de ces complications, de même que celles admises pour une pathologie non obstétricale ont été exclues de l'étude.

Résultats :

43 patientes ont été incluses dans l'étude. L'âge moyen était de $23,1 \pm 6,1$ ans (extrêmes : 15 et 42ans), et la parité

Mots clés : Near-miss, pré-éclampsie, réanimation

moyenne de 1,4. Le taux de césarienne s'élevait à 60,5% alors que la chirurgie d'urgence a concerné 25 cas (58,1%) patientes. Toutes les interventions s'étaient déroulées sous anesthésie générale. Le taux de transfusion homologue était de 9,3%. La pré-éclampsie et ses complications représentaient les principaux diagnostics (40 cas, soit 88,8%). Le sulfate de magnésium a été utilisé chez 30 (66,66%) patientes ; et la nicardipine chez 38 (84,44%) patientes. Le taux de complications précoces était de 17,7%. La moyenne du taux des SGOT était 361,7 UI (extrêmes : 17 et 2065 UI/l). La durée du séjour en moyenne était de $3,8 \pm 2,4$ jours.

Conclusion

la pré-éclampsie semble responsable de complications obstétricales justifiant l'admission en réanimation. Une prise en charge rigoureuse de la pré-éclampsie permettrait de réduire cette morbidité.

ARME 4

Mortalité maternelle péri-opératoire au cours des urgences gynéco-obstétricales au CHU de Yopougon

Bouh J, Mawandza PDG, Aye YD, Soro L, Yao A, Konan KJ
Service de réanimation CHU de Yopougon

Introduction: Chaque année, près de 600000 décès maternels surviennent dans le monde dont 99% dans les pays en voie de développement. En Côte-d'Ivoire, le taux de décès maternel est estimé à 597 décès pour 100000 naissances vivantes. A la recherche des facteurs de mortalité et dans l'optique de réduire la mortalité péri-opératoire, nous avons mené cette étude.

Matériel et méthode : il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive allant de janvier 2006 à décembre 2009 qui s'est déroulée au bloc opératoire de gynéco-obstétrique du CHU de Yopougon. Ont été incluses toutes les Patientes décédées au cours ou au décours (dans les 24 heures) d'une intervention chirurgicale pour urgence gynéco-obstétricale. Les données démographiques, l'indication opératoire, le délai de prise en charge anesthésique, la technique anesthésique, les incidents et accidents per- opératoires, les complications en postopératoire immédiat et la cause du décès ont été les paramètres étudiés.

Résultats : au cours de la période d'étude, nous avons enregistré 113 décès sur 5685 anesthésies réalisées en urgence soit 19,88 décès pour 1000 anesthésies. L'âge moyen des patientes était de $28,97 \pm 7,55$ ans avec des extrêmes de 14 et 44 ans. 82,8% des patientes ont été

référéés par les centres de santé avoisinants. Il s'agissait d'affection obstétricale dans 95% des cas avec en tête de liste les hémorragies obstétricales (59,3%) et l'éclampsie (27%). La visite pré-anesthésique a été réalisée dans 65% des cas et les patientes étaient classées ASA 3 et 4 (84%). Le délai moyen de prise en charge anesthésique était de $4,18 \pm 3,66$ heures. L'anesthésie a été réalisée par les infirmiers dans 77,8% des cas L'anesthésie générale a été pratiquée dans 99% des cas .Les décès sont survenus en postopératoire dans 65% des cas et la principale cause de décès était le choc hémorragique. **Conclusion :** Le choc hémorragique est nettement en tête des causes des décès péri-opératoire. Ces décès, pour la plupart évitables sont favorisés par les mauvaises conditions de travail et un environnement déficitaire

Mots clés : mortalité maternelle, urgences gynéco-obstétricales, péri-opératoire

Référence :

Horo A, Toure-Ecra F, Mohamed F, Adjoussou S, Koné M. Dysfonction et mortalité maternelle. Analyse de 35 cas à la maternité du CHU de Yopougon (Abidjan, Côte-d'Ivoire). Med.Afr.Noire. 2008; 55: 8-9

ARME 5**Profil épidémiologique-clinique des complications obstétricales en réanimation
du C.H.U. Gabriel Touré**

Samaké B.M., Mangané M., Togola M., Maiga H., Ngagoue Tchani C., Diallo A.

Service anesthésie réanimation C.H.U. Gabriel Touré

Auteur correspondant : Docteur Broulaye M. Samaké, Email : samakebroulaye@yahoo.fr . BP : 267 Bamako

Introduction

Dans les pays développés, les pathologies graves, liées à la grossesse ou survenant chez la femme enceinte, représentent moins de 1 % des motifs d'admission en réanimation. Au Burkina Faso, une étude effectuée sur le transfert des patientes en état gravidopuerpéral en réanimation a rapporté une incidence de 1,34%. L'admission en réanimation d'une patiente souffrant d'une complication de la grossesse est une éventualité assez grave.

L'objectif de notre étude était de déterminer la fréquence des admissions des patientes en réanimation pour complication obstétricale.

Patients et méthode : Il s'agissait d'une étude transversale prospective de juin 2010 à septembre 2011 au centre hospitalier universitaire Gabriel Touré. Les femmes admises pour complication obstétricale survenue pendant la grossesse, durant l'accouchement ou dans les 42 jours qui suivent le post-partum étaient incluses. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 17.0 et le test de χ^2 pour comparer nos résultats avec une valeur de $P < 0,05$ considérée comme seuil de signification.

Résultats : 76 patientes ont été colligées. Elles ont représenté 12,3 % des admissions dans le service de réanimation. La moyenne d'âge était de $21,7 \pm 6,2$ ans et des extrêmes de 15 ans et 42 ans. Les primigestes étaient majoritaires avec 57,9% des patientes. Elles étaient primipares dans 53,9%. Les complications hypertensives représentaient 88,2% des cas. Les complications étaient survenues dans le post-partum dans 92,1% des cas. L'évolution était favorable dans 92,1% des cas. Les complications hypertensives étaient constatées chez 95 % des primigestes, 82 % des paucigestes et 73% des multigestes avec $P=0,03$. Les complications anesthésiques avaient évolué favorablement dans 100 %

des cas contre 77,6 % des complications hypertensives, 50 % des complications hémorragiques et 40 % des complications infectieuses avec $P = 0,0001$. Les primigestes avaient évolué favorablement dans 100% des cas contre 94,1 % des paucigestes et 66,7 % des multigestes avec ; $P = 0,0001$. Les nullipares et primipares avaient évolué favorablement dans 100 % des cas contre 88,9 % des paucipares et 71,4 % des multipares avec $P=0,007$.

Conclusion : Les complications obstétricales sont des motifs fréquents d'admission en réanimation. Elles surviennent chez des patientes d'âge jeunes, primigestes, nullipares. Les complications hypertensives prédominent parmi ces complications.

Mots clés : Complications obstétricales, Réanimation

Références

Fourrier F. Pathologie obstétricale en réanimation: Des généralités aux principes. Science, 2007: <http://France.elsevier.com/direct/REAURG>.

Pruval A. Grossesse et accouchement en Afrique de l'ouest vers une maternité à moindre risque ? *Santé publique* 1999; 11: 167-185

Traore B., Thera Ta., Kokaina C., Beye Sa., Mounkoro N., Teguite I., Dolo A. Mortalité maternelle au service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier régional de Ségou au Mali étude rétrospective sur 138 cas. *Mali Médical* 2010 tome xxv n° 2.

AMRE 6**Les aspects épidémiologique et thérapeutiques de l'éclampsie en réanimation au C.H.U. Gabriel Touré**

Samaké B.M1., Mangané M1., Togola M1., Dembélé M.1, Nnenmbeng Flamine J., Diallo A1.

Service anesthésie réanimation C.H.U. Gabriel Touré

Auteur correspondant: Docteur Broulaye M. Samaké. Email: samakebroulaye@yahoo.fr. BP: 267 Bamako

Introduction : Aujourd'hui, grâce à des avancées considérables à la fois dans le suivi obstétrical des parturientes et dans la prise en charge hospitalière les taux d'éclampsie ont pu régresser à des taux tels 2,7 pour 10000 naissances en 2005. L'éclampsie est une cause de décès maternel et les pourcentages répertoriés en Afrique sont le miroir de nos déficits.

Objectif: Etudier les aspects cliniques et thérapeutiques de l'éclampsie dans le service de Réanimation du CHU Gabriel Touré

Patients et méthode : Il s'agissait d'une étude transversale et prospective de cas consécutifs hospitalier d'éclampsie au service de réanimation du C.H.U. Gabriel Touré de Bamako de juin 2010 à août 2011. Ont été incluses toutes les patientes admises dans le service pour crise d'éclampsie survenue en anté, per- ou post-partum. Elles ont toutes reçu une réhydratation hydro-électrolytique et du Sulfate de magnésium. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 18.0. Le test statistique utilisé pour la comparaison des variables qualitatives a été le chi2 avec un seuil de signification fixé à une valeur inférieure ou égal à 0,05.

Résultats : Pendant la période d'étude 58 cas d'éclampsie ont été colligés sur un total de 588 admissions en réanimation soit une fréquence de 9,86%. L'âge moyen était de 20,33 ans avec des extrêmes de 15 et 36 ans. Les primigestes étaient plus représentées avec 67,2%. L'âge gestationnel était supérieur ou égal à 37 semaines d'aménorrhée chez 67,2 % des patientes. La crise était survenue dans 65,5 % des cas dans l'anté-partum. A

l'admission les patientes avaient un score de Glasgow à 15 dans 48,3 % des cas. La pression artérielle systolique (PAS) moyenne était de 160 avec des extrêmes de 100mmHg et 200 mmHg. La pression artérielle diastolique (PAD) moyenne a été de 100 avec des extrêmes de 70 mmHg et 150mmHg. La létalité était de 5,1%. Les complications maternelles étaient constatées dans 60 % des cas à un âge inférieur à 30 ans et 40 % à un âge supérieur à 30 ans (P = 0,001).

Conclusion : L'éclampsie constitue une part non négligeable des pathologies traitées en réanimation. Les femmes jeunes sont touchées, prioritairement les primigestes. La létalité est importante dans notre service de réanimation.

Mots clés : Eclampsie, Aspects cliniques, Réanimation

Référence

1. **Knight M. , UKOSS**. Eclampsia in the United Kingdom 2005, BJOG: An Inter J of Obstet & Gynaecol; 2007; 114, Issue 9: 1072–1078
2. **Agnidé M**. Prise en charge et pronostic de l'éclampsie en Réanimation polyvalente au centre Hospitalier-Universitaire du Point G, Thèse de doctorat en médecine, Bamako, 2010, p 134,
3. **Atade J, Adisso S**. L'éclampsie à la maternité du CHDU de Parakou Bénin. Incidence et létalité, Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales. http://www.gfmer.ch/Membres_GFMER/pdf/Eclampsie_Adisso_2006.pdf ; 2006,

AMRE 7

Césarienne en urgence au CHU du Point G : évaluation de la prise en charge anesthésique

Coulibaly Y, Goita D, Dicko H, Keita M, Doumbia D, Diallo A
Service Anesthésie-réanimation et Urgences, CHU du Point G BP 333, Bamako Mali

Introduction

L'anesthésie pour césarienne est une situation très fréquente en anesthésie obstétricale. Plus de 50 % des césariennes se pratiquent en urgence d'où la nécessité de mettre en œuvre tous les moyens qui permettent d'aboutir à la naissance d'un enfant bien portant et de sauvegarder la vie de la mère.

Le but de cette étude était de faire l'état des lieux des pratiques de la prise en charge anesthésique de la césarienne en urgence au CHU Point G (centre de prise en charge des évacuation-références en obstétrique au Mali)

Matériels et méthode

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive menée sur 12 mois à partir des dossiers de césariennes réalisées en urgence. L'inclusion des patientes a été exhaustive. La collecte des données a été réalisée à partir du dossier obstétrical, la fiche d'évaluation préopératoire, la fiche d'anesthésie, la fiche de traitement en Salle de Surveillance Postopératoire et le dossier médical de réanimation.

Les paramètres analysés étaient : l'indication de la césarienne, la technique anesthésique, les événements indésirables et le motif de transfert en réanimation.

Résultats

L'analyse a concerné 737 dossiers de césariennes réalisées en urgence sur 1215 accouchements soit un taux de césarienne de 60,65%. L'âge moyen était de 25,44 ans avec des extrêmes de 14 ans et de 44ans. A l'évaluation pré anesthésique réalisée sur table opératoire, 98% des parturientes étaient classées ASA1U. Il s'agissait des référence-évacuations dans 95% des cas pour des complications de la grossesse. Avec une prédominance des pauci gestes (45 ,6

%). L'anesthésie générale a été réalisée chez 56,04% des parturientes avec la kétamine ou le thiopental, le suxaméthonium ou le Vécuronium et le fentanyl après clampage du cordon. La rachianesthésie était réalisée chez 42,20 % des patientes. La Bupivacaïne 0,5% isobare était l'anesthésique local utilisé à la dose de 10 mg (2ml) et 7,5 mg (1,5 ml). L'anesthésie péridurale lombaire était réalisée avec la Bupivacaïne 0,5% à la dose de 15 ml (75mg) chez 1,76 % des patientes. Les urgences absolues étaient majoritaires dans les indications de la césarienne avec 56,72%. L'APGAR était supérieur ou égal à 8 chez 75 % des nouveaux-nés. Les événements indésirables étaient dominés par l'hypotension artérielle 64,16% (N=226). Les patientes transférées en réanimation étaient de 14,38 %. L'arrêt cardiaque a été enregistré sur table chez deux patientes soit 0,3% dont l'évolution a été fatale.

Conclusion: L'anesthésie pour la césarienne en urgence reste une anesthésie particulièrement délicate.

Mots clés : Anesthésie, césarienne, Urgence

Références

1. **Amonkou A.**
Anesthésie pour césarienne en urgence.
Revue africaine d'anesthésie –
réanimation et de médecine d'urgence.
XXIV^{ème} congrès SARANF 22-24
novembre 2007 Bamako, Mali
2. **F Duflo, B Allaouchiche, D Chassard.**
Urgences anesthésiques obstétricales
Conférences d'actualisation SFAR 2000
p43-60
3. **C.C.Arvioux, B .Rossignol, G. Gueret,
M .Havaux**
Anesthésie pour césarienne en urgence.
Conférences d'actualisation SFAR 2001
P.9-25

ARME 8**Eclampsie en réanimation au centre hospitalier universitaire du Point G**

Keïta M, Diallo B M , Goïta D, Dicko H, Diallo D, Coulibaly Y¹

Service d'Anesthésie réanimation et des Urgences : CHU du Point – G, BP333, Bamako, Mali

Introduction L'éclampsie, complication neurologique majeure de la pré-éclampsie, est définie par une manifestation convulsive et / ou des troubles de conscience survenant dans un contexte de pré éclampsie et ne pouvant pas être rapportés à un problème neurologique préexistant.

Objectif: Décrire le profil épidémiologique de l'éclampsie en milieu de réanimation

Patientes et méthode – Toutes les patientes hospitalisées pour éclampsie de septembre 2009 à février 2011 ont été incluses. Les paramètres suivants ont été étudiés : âge, parité, délai d'admission, score de Glasgow à l'admission, délai de survenue de l'éclampsie par rapport au terme de la grossesse, mode d'accouchement, pression artérielle à l'admission, protéinurie complication et l'évolution.

Résultats : cent cinquante-huit patientes, d'âge moyen 20 ans \pm 4,05 ont été hospitalisées. Cent quatre patientes étaient des primipares soit 65,8%. La prévalence de l'éclampsie au service de réanimation était de 22,50%. Le délai d'admission était supérieur à 6 heures dans 57% des cas. Soixante-neuf patientes ont présenté leur première convulsion en antépartum, 4 en perpartum et 85 en postpartum. Cent vingt-deux patientes soit 77,2% avaient présenté des troubles de la conscience à l'admission, 12 patientes avaient bénéficié d'une ventilation artificielle. Le mode d'accouchement était par voie basse chez 93 patientes et une césarienne dans 65 cas. Les complications associées aux crises étaient les suivantes : Insuffisance rénale (25 cas), HELLP-syndrome (15 cas), Sepsis (6 cas), Accident vasculaire cérébral (4 cas), Œdème aiguë du poumon (3 cas) et 1 cas de Coagulopathie.

La létalité maternelle et infantile était respectivement de 9,5 % et de 10,76 %.

Conclusion L'éclampsie représente une cause majeure de mortalité maternelle. Cette complication majeure reflète la mauvaise gestion de l'hypertension artérielle chez la femme enceinte en Afrique Noire, et la différence effrayante entre l'Afrique et l'Occident dans la prise en charge de l'hypertension artérielle chez la femme enceinte.

Mots clés: Eclampsie; Epidémiologie; Réanimation

Références

Beye M.D, E.Diouf, O.Kane, M.D. Ndoeye, A. Seydi, P.I. Ndiaye, B.K. sall.

Prise en charge de l'éclampsie grave en réanimation en milieu tropical africain. A propos de 28 cas. Annales françaises d'Anesthésie et de Réanimation 22 (2003) 25 - 29

Pambou O, Ekoundzola J.R, Malanda Jp, Buambo S.

Prise en charge et pronostic de l'éclampsie au CHU de Brazzaville. Médecine d'Afrique Noire : 1999, 46 (11)

Cissé C T, Ewagnignon E, Hojeige A, Diadhiou F. Eclampsie en milieu africain. Sem Hop Paris 1997 ; 73 : 1062 -7

ARME 9**Traumatismes fœtaux au cours de la parturition : à propos de 27 cas colligés dans le service de gynécologie obstétrique du CHU de Cocody**

Kouakou F, Adjoby R, Loue V, Kouamé A, Konan J, Mian B, Koffi S, Alla C, Nguessan KLP

Objectifs : Décrire les lésions selon le type de présentation et selon la voie d'accouchement puis préciser leur mécanisme de survenue et les implications médico-légales.

Matériels et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive de 27 cas de traumatismes de nouveau nés. Elle a été menée sur une période de 5 ans consécutifs du 1er Janvier 2005 au 31 Décembre 2009 à la maternité du CHU de Cocody.

Résultats : L'incidence globale des traumatismes fœtaux était de 0,13%. On notait 14 lésions nerveuses (51,85%), 7 traumatismes crâniens (25,93%), 3 lésions osseuses (11,11%) et 3 lésions des parties molles (11,11%). Les lésions prédominaient après un accouchement par voie basse (22 cas) et en cas de présentations céphaliques (66,7%). Les elongations du plexus brachial s'observaient chez 5 cas (18,5%). Elles étaient secondaires aux manœuvres obstétricales dans 8 cas (33,3%) et à une extraction instrumentale dans 6 cas (6 cas de forceps).

Conclusion: La majorité de ces traumatismes néonataux étaient évitables. Des efforts doivent être consentis pour les prévenir. Cela passe par un suivi prénatal de qualité afin de déceler les facteurs de risque néonataux lors de l'accouchement.

Mots clés: Traumatisme obstétrical, Nouveau-né, Dystocie des épaules, Manœuvre obstétricale, Forceps.

ARME 10

**Le laparoschisis : aspects
épidémiologiques, cliniques,
thérapeutiques et pronostiques au
CHUPédiatrique (CHUP-CDG) de
Ouagadougou (Burkina Faso)**

Bandré E*, Wandaogo A*, Kaboré RAF*, Ouedraogo I*,
Béré B*, Tapsoba TW*, Ouedraogo FS*, Ouedraogo N**.

* Service de chirurgie pédiatrique du CHU Pédiatrique
(CHUP-CDG) BP 1198 Ouagadougou (Burkina Faso)

** Service d'anesthésie réanimation du CHU Yalgado
Ouedraogo BP7020 Ouagadougou (Burkina Faso)

Introduction : Le laparoschisis est une pathologie peu fréquente dans le service de chirurgie du CHUP-CDG.

Méthodologie: il s'est agi d'une étude rétrospective sur une période de 6 ans(1^{er} Janvier 2006 au 31 décembre 2011) de tous les nouveau-nés admis pour laparoschisis au CHUP-CDG.

Résultat: dix-huit cas de laparoschisis ont été colligés. Le sex ratio a été de 1. L'âge moyen des mères des patients a été de 22,47ans avec des extrêmes de 17 et 40 ans. Le nombre moyen de grossesse des mères a été de 2,5 avec des extrêmes de 1 et 11. Une grossesse a bénéficié d'une échographie anténatale qui n'a pas posé le diagnostic. L'accouchement a eu lieu dans 17 cas à la maternité et dans un cas à domicile. Le poids moyen à la naissance a été de 2445,55g. Dix patients ont eu un petit poids de naissance. Le défaut a été latéro-ombilical droit dans 14 cas, gauche dans 2 cas et sus ombilical dans 2 cas. Selon la classification de Lefort et Borde 4 nouveau-nés ont présenté un laparoschisis de type I, 10 de type II, 1 de type III et 3 de type IV. Treize patients ont été opérés et 5 sont décédés avant l'intervention chirurgicale. Le délai moyen d'intervention a été de 2 jours avec des extrêmes de 1 et 6 jours. La technique chirurgicale utilisée a été une réintégration avec fermeture primitive dans 8 cas, une fermeture sous peau selon la technique de Gross ou Meeker dans 3 cas et une fermeture progressive selon la technique de Allan Wreen (Silo) avec du matériel de fortune dans 2 cas. En postopératoire la détresse respiratoire a été la complication majeure dans 9 cas. Seize patients sont décédés sur les 18.

Conclusion : Le pronostic du laparoschisis reste encore sombre au Burkina Faso. Une meilleure organisation de la prise en charge et la création d'une unité de réanimation et de soins intensifs néonataux permettra d'améliorer son pronostic

Mots clés : laparoschisis, clinique, traitement, pronostic

ARME 11

**Atrésie de l'œsophage au Burkina
Faso : différence avec les pays
développés**

Bandré E*, Wandaogo A*, Kaboré RAF*, Kaboré R*,
Ouedraogo I*, Béré B, Tapsoba W. T*, Ouedraogo F S*,
Ouedraogo N**.

*Service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier
Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulle BP 1198
Ouagadougou- Burkina Faso

** Service d'anesthésie réanimation du Centre Hospitalier
Universitaire Yalgado Ouedraogo BP7020 Ouagadougou
(Burkina Faso)

Introduction : Les atrésies de l'œsophage posent de difficiles problèmes de prise en charge dans les pays en développement. Le but de cette étude est de comparer à travers une étude multicentrique la prise en charge et l'évolution de cette malformation dans un pays en développement et un pays développé.

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude rétrospective sur dossiers de tous les cas d'atrésie de l'œsophage colligés dans le service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulle (CHUP-CDG) de Ouagadougou (Burkina Faso) et le service de chirurgie infantile du CHU de Rouen (France

sur une période de 9 ans (1^{er} janvier 2000 au 31 Décembre 2008).

Résultats : Vingt-sept cas d'atrésie de l'œsophage ont été colligés au CHUP-CDG de Ouagadougou contre 33 cas au CHU de Rouen durant la période d'étude. Le sex-ratio de notre série était 1,1 de contre 1,54 au CHU de Rouen. Le poids moyen à la naissance était de 2480g dans notre série contre 2635g pour celle du CHU de Rouen. Contrairement aux patients de notre série qui ont eu un délai de diagnostic long (6 jours en moyenne), celui-ci a été fait immédiatement après la naissance dans la série de Rouen. Le type III a été rencontré chez tous nos patients contre 85% pour ceux de Rouen. Le délai moyen d'intervention était de 59,7 heures à Ouagadougou contre 12 heures à Rouen. Le taux de mortalité a été de 81% à Ouagadougou contre 4,5% pour la série de Rouen.

Conclusion : Le pronostic de l'atrésie de l'œsophage dans les pays en développement est sombre. Il pourrait s'améliorer par : la vérification systématique de la perméabilité œsophagienne chez tout nouveau-né après la naissance et l'amélioration du plateau technique des services de réanimation et de chirurgie pédiatriques.

Mots clés : atrésie de l'œsophage- prise en charge- étude multicentrique.

ARME 12**Prise en charge des urgences obstétricales à l'hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé**

Nnomoko E, Ze Minkandé J, Bengono R, Metogo Ntsama JA, Penlap E, Afane Ela A.

Introduction : Les urgences obstétricales, situations fréquentes, mettent en jeu le pronostic vital maternel et fœtal. Seize mille femmes meurent quotidiennement des suites d'accouchement, 8000000 nouveau-nés par an sont mort-nés ou meurent quelques temps après leur naissance. Ces urgences se développent rapidement et de façon dramatique. Elles nécessitent une prise en charge rapide, efficace et adaptée. Le but de notre étude était de décrire la prise en charge et l'évolution des urgences obstétricales à HGOPY.

Méthodologie : Notre étude était rétrospective et descriptive. Les dossiers des patientes reçues pour urgence obstétricale en Anesthésie-Réanimation du 1^{er} janvier au 30 juin 2012 étaient étudiés. Étaient exclus les dossiers incomplets, et ceux des patientes décédées à l'entrée. Les variables étudiées étaient : le type d'urgence, l'indication opératoire, la prise en charge, les complications et l'évolution.

Résultats : 267 patientes d'âge moyen $28,40 \pm 5,79$ ans étaient reçues en urgence. Nous avons 187 cas de césariennes dont les principales indications étaient la souffrance fœtale aiguë (85/187) et la disproportion céphalo-pelvienne. Les césariennes étaient opérées sous anesthésie générale dans 88,23% des cas, 21 (14,43) patientes sous rachianesthésie et une seule sous péridurale. Douze morts fœtales (score D'APGAR variait de 3 à 10) ont été répertoriés. Nous avons 67 grossesses extra-utérines traitées par laparotomie. Aucun traitement n'a

débuté en pré-hospitalier. Vingt-cinq cas de toxémie gravidique dont 12 ont reçu un traitement chirurgical. La nicardipine était la principale molécule utilisée pour la stabilisation des chiffres tensionnels, et le sulfate de magnésie dans la prévention de l'éclampsie. Trois cas d'hémorragie après césarienne ont nécessité une hystérectomie d'hémostase. Les complications étaient: la CIVD, l'éclampsie, l'embolie pulmonaire. Trois patientes sont décédées.

Conclusion : La prise en charge des urgences obstétricales à HGOPY se heurte à de nombreux problèmes : l'arrivée tardive des patientes à l'hôpital, le retard de la prise en charge, le manque de moyens financiers et la non utilisation des services de prise en charge pré-hospitaliers des urgences.

Mots-clés : urgences obstétricales, traitement, complications

Références

1. **Cox C, Duckett JRA.** Obstetric emergencies in the field. J R Army Med Corps 2000; 146:71-5.
2. **Woollard M, Huishaw K, Simpson H, Wicteska S.** Prehospital obstetric Emergency. 1st edition, UK; Blackwell publishing 2010: 1-6.
3. **Tsen LC, Pitner R, Camann WR.** General anesthesia for cesarean section at a tertiary care hospital 1990-1995: indications and implications. Int J Obstet Anesth 1998; 7: 147-52.

ARME 13

Maladie thrombo-embolique en obstétrique

Ze Minkandé J, Nnomoko E, J.A. Metogo Mbengono JA, Metogo Ntsama JA, Foumane P, Mboudou E.

Introduction :

La maladie veineuse thromboembolique est une pathologie grave, de plus en plus fréquente. L'hypercoagulabilité et la compression des vaisseaux liées à la grossesse exposent la femme enceinte à un risque de thrombose veineuse profonde (TVP). En obstétrique, les complications sont graves, pouvant aller jusqu'à la mort de la maman et son fœtus. Nous présentons cinq cas de TVP sur grossesse colligée en réanimation en 11 mois.

Présentation des cas :

N°1 : patiente de 25 ans, 29 semaines d'aménorrhée, admise pour TVP de l'iliaque externe avec une fémorale gauche complètement obstruée.

N°2 : patiente de 21ans, 27 semaines d'aménorrhée, admise pour TVP de la veine fémorale droite

N°3 : patiente de 34 ans, aménorrhée de 8 semaines, présentant TVP fémorale gauche

N°4 : patiente de 29 ans, aménorrhée de 8 semaines, admise pour TVP ilio-fémorale droite

N°5 : patiente de 30 ans, admise pour suivi postopératoire d'une césarienne en urgence suivie d'une hémorragie due à une atonie utérine, compliquée d'une embolie pulmonaire au deuxième jour postopératoire.

Le traitement consistait en : arrêt de la grossesse après consentement, et administration des anticoagulants (énoxaparine, acénocoumarol) pour les cas de TVP au 1er trimestre ; administration des anticoagulants et césarienne sous rachianesthésie à la 36ème semaine pour celles avec TVP aux 2èmes et 3èmes trimestres de la grossesse ; anticoagulants, tonicardiaques, remplissage vasculaire et vasopresseurs pour celle qui a eu l'embolie pulmonaire. Le traitement antalgique et les bas de contention étaient systématiques. La cinquième patiente a présenté une hémorragie grave sur pansement d'escarre, elle était traitée par transfusion de sang frais et PFC, arrêt momentané d'anticoagulants et administration de vitamine K.

L'évolution a été favorable dans tous les cas.

Conclusion :

La maladie thromboembolique veineuse est une pathologie à haut risque pendant la grossesse. Le traitement comporte l'administration des anticoagulants aux deuxième et troisième trimestres. Au premier trimestre, les impératifs de l'organogénèse peuvent nécessiter l'interruption de la grossesse. Le meilleur traitement est préventif (facteurs de risque, surveillance rapprochée des femmes enceintes).

Mots clés :

thrombose veineuse profonde, grossesse, prise en charge

References:

1. **Gates' S, Brocklehurst P, Davis LJ.** Prophylaxis for venous thromboembolic disease in pregnancy and the early postnatal period. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; 2: *CD001689*
2. **Ginsberg JS, Greer I, Hirsh J.** Use of antithrombotic agents during pregnancy. *Chest* 2001; **119** (suppl1): 122s-131s.
3. **Doyle NM, Monga M.** Thromboembolic disease in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2004; **31**: 319-44

ARME 14

Etude comparative de la douleur de l'accouchement chez les primipares en fonction de l'éducation reçue en salle de travail : cas de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY)

Ze Minkandé J, Foumane P, Afane Ela A, Nyangono Zouamnyate Y, Nnomoko E, Metogo Ntsama JA, Mboudou E, Binam F.

Introduction : La douleur de l'accouchement est universelle, son soulagement est devenue une nécessité d'où le rôle accompagnateur et éducateur du personnel en salle d'accouchement. Nous avons mené une étude qui avait pour objectif de comparer la douleur de l'accouchement dans deux groupes de primipares en fonction de l'éducation reçue en salle de travail.

Méthodologie : Notre étude prospective comparative était menée dans la salle d'accouchement de HGOPY de novembre 2010 à avril 2011. Deux groupes (A et B) de 41 parturientes chacun étaient constitués de façon aléatoire. Les deux avaient reçu les soins habituels dispensés pendant le travail, le groupe A avait reçu en plus une éducation (conseils, informations, techniques de respiration, techniques de déambulation et présence continue auprès de la parturiente). L'évaluation de la douleur avec l'EVA était faite dans les 2 groupes en continue. **Résultats** : A 3-4 cm de dilatation cervicale, 63,4% du groupe A avaient ressenti une douleur légère ($1 \leq EVA \leq 3$) contre une douleur modérée ($3 \leq EVA \leq 7$) pour 51,2% du groupe B ($P=0,014$). A 6-7 cm de dilatation, 41,5% du groupe A avaient ressenti une douleur modérée contre une douleur intense ($7 \leq EVA \leq 10$) chez 56,1% du groupe B ($P=0,043$). A 9-10 cm de dilatation, 61,0% du groupe A avaient ressenti une douleur très intense ($7 \leq$

$EVA \leq 10$) contre 87,8% pour le groupe B ($P=0,043$). Pendant la 2^{ème} phase du travail, toutes les parturientes ont eu une douleur très intense. A la 3^{ème} phase, 63,4% du groupe A n'avaient pas ressenti de douleur ($EVA=0$) contre une douleur légère chez 56,1% du groupe A ($P=0,000$).

Conclusion : L'éducation en salle de travail permet la diminution de la sensibilité des parturientes à la douleur pendant les 1^{ère} et 3^{ème} phases de travail.

Mots clés : Accouchement, éducation, évaluation douleur des phases du travail.

Références

1. **Adachi K., Shimada M., Usui A.** The relation between the parturients positions and perceptions of labor pain intensity. *Nurs Res* 2003; 52:47-51.
2. **Lang AJ, Sorrel JT, Rodgers CS.** Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. *Eur J Pain* 2006 ;10:263-70
3. **Aya AG, Vialles N, Mangin R.** Chronobiology of labour pain perception: an observational study. *Br J Anaesth* 2004; 93:451-3.

ARME 15

Impact de la check-list dans la survenue des complications per et postopératoires en chirurgie gynécologique et obstétricale

Zé Minkande J, Mboudou E, Afane Ela A, Metogo Mbengono JA, Binam F, Nko, o Amvene S.

Introduction : Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, 234 millions d'interventions chirurgicales sont menées dans le monde chaque année. Les complications péri opératoires restent fréquentes. C'est dans le cadre de la prévention de ces événements que la check-list, déjà bien connue des milieux industriels et aéronautique fait son apparition dans le domaine médical en l'an 2009. Il s'agit d'un outil simple, facile d'emploi dont l'efficacité a été prouvée dans les pays développés. Dans les pays en voie de développement et en particulier au Cameroun, l'utilisation de la check-list au bloc opératoire n'est pas systématique. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'impact de l'utilisation de cette check-list dans la survenue des complications en périodes per et post opératoires en chirurgie gynécologique, obstétricale à Yaoundé.

Méthodologie : Il s'agissait d'un essai clinique contrôlé non randomisé étendu sur une période de 4 mois allant de Novembre 2011 à Février 2012 dans les blocs opératoires et les services de réanimation et de gynécologie de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé et de l'Hôpital Central de Yaoundé. Etaient incluses toutes les patientes devant subir une intervention chirurgicale d'urgence ou élective en gynécologie, en obstétrique ou en sénologie. Deux groupes de patientes ont été formés en fonction de l'utilisation (groupe B) ou non (groupe A) de la check-list par les équipes des blocs opératoires. Les patientes étaient suivies jusqu'à la sortie. Les données étaient recueillies dans une fiche de collecte de données. Le test du Chi carré a été utilisé pour comparer les fréquences ($p < 0,05$).

Résultats : Nous avons recruté 388 patientes dont 194 patientes par groupe. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 20 à 30 ans. Les interventions les plus pratiquées dans les deux groupes étaient les césariennes (59,80%) en chirurgie obstétricale, suivies des laparotomies pour grossesse extra-utérine (43,60%) en gynécologie. En période per opératoire, la proportion des complications était de 40,2% dans le groupe des patientes chez qui la check-list n'a pas été utilisée (A) contre 16,0% dans le groupe opposé (B). Pendant cette période, les principales complications dans les deux groupes de patientes étaient : l'hémorragie, l'hypotension artérielle. En période post opératoire, la proportion des complications

dans le groupe A était de 29,9% contre 7,2% dans le groupe des patientes chez qui la check-list a été utilisée (B). L'anémie était la principale complication suivie des troubles du transit et des infections du site opératoire. Près de la moitié des utilisateurs de la check-list (43,80%) ont pensé qu'elle améliore la qualité des soins.

Conclusion : L'utilisation de la check-list est associée à une réduction significative de proportion des complications per et post opératoires en chirurgie gynécologique et obstétricale. Une utilisation permanente de cet outil doit être encouragée de même que la recherche sur l'évaluation du contenu de la check-list et la critique objective des résultats.

Mots-clés : *Impact- Check-list- Complications per et post-opératoires- opératoires- Chirurgie gynéco-obstétricale.*

Références

1. **Haynes A B, Weiser Thomas G , Berry William R , Lipsitz Stuart R, Abdel-Hadi S et al.** A Surgical Safety Check-list to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 2009; 360(5): 491-9.
2. **OMS.** "Safe Surgery Saves Lives". www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/ . Consulté le 09/11/11.
3. **Zé Minkande J, Noah L, Njanang J.** Notre expérience de la chek-list. *Rev Afr Anesth Med Urg* 2004 ; 12 (48) : 10-11.

ARME 16**Difficultés de prise en charge anesthésiques des urgences obstétricales au CHU de Cocody****(Abidjan - Cote d'Ivoire)**

Abhé CM, Binlin-Dadié R, Ouattara A, N'Guessan YF, Tetchi YD*, Brouh Y

Service de réanimation (CHU de Cocody, Abidjan-RCI)

*Service des urgences (CHU de Cocody)

Introduction: En Afrique subsaharienne, les taux de mortalité maternelle sont très élevés**Objectif:** évaluer les délais de prise en charge des urgences obstétricales**Patients et méthodes:** étude prospective descriptive réalisée au bloc des urgences du CHU de Cocody de juillet 2011 à juin 2012**Résultats:** 807 patientes ont été recensées. L'âge moyen était de 28,3±5,9 ans (extrêmes 16 et 44 ans). 34,5% des patients étaient des ménagères. Les indications à la césarienne étaient les présentations dystociques (31,9%), la souffrance fœtale aigue (23,5%) et la grossesse extra-utérine (10,8%). 54,3% des patientes étaient classées ASA Iu. 64,4% des femmes ont été opérées sous rachianesthésie. Les délais moyens de prise en charge étaient de 202,3±229,9 minutes (extrême 5 et 1320min) de l'admission en maternité à la consultation pré-anesthésique, de 272,7±323,2 minutes (extrême 5 et 1438 min) de la consultation pré-anesthésique à l'entrée au bloc opératoire, de 18,2±13,6 minutes de l'entrée au bloc opératoire à l'induction anesthésique. Le délai global de prise en charge moyenne était de 7,7±5,8 heures. Le taux de décès maternel (hémorragie de la délivrance, éclampsie, HELLP syndrome, rupture utérine, grossesse extra-utérine) était de 0,6%. Parmi les naissances, 7,5% étaient des mort-nés.**Conclusion:** les longs délais dans la prise en charge opératoire des urgences obstétricales sont un élément péjoratif, qui pourrait être minimisé par la mise à disposition rapide des matériels, des médicaments et par le renforcement des équipes chirurgicales**Mots Clés:** urgences obstétricales - anesthésie - mortalité**Reference**

1. **Chestnut DH.** Anesthesia for fetal distress. In: Chesnut DH, ed. Obstetric anesthesia. St Louis: Mosby; 1999: 493-507
2. **Dufflo F, Allaouchiche B, Chassard D.** Urgences anesthésiques obstétricales. Conférences d'actualisation, SFAR, 2000, p. 43-60

ARME 17**Profil clinique et évolutif des enfants admis en réanimation polyvalente du CHU de Cocody**

Ouattara A, Djivohehoun A, Netro D, Coulibaly K.T, Abhé C.M, Brouh Y.

Service de Réanimation, CHU Cocody Abidjan (RCI)

Auteur correspondant: Ouattara Abdoulaye.E-mail: doc_ablo@yahoo.fr Tél. 00 225 0163 80 45**Introduction :** En l'absence de service de réanimation pédiatrique en Côte d'Ivoire, les enfants sont admis dans les services de réanimation polyvalente.**Objectif :** évaluer la prise en charge des enfants admis en réanimation polyvalente**Matériels et méthodes :** Etude rétrospective descriptive réalisée sur 5 ans (1er Janvier 2007 – 31 Décembre 2011) dans le service de réanimation polyvalente du CHU de Cocody. Elle a porté sur tous les enfants de moins de 15 ans. Ont été exclus les patients dont le dossier médical était insuffisamment rempli et les adolescentes admises pour des raisons obstétricales. Les paramètres étudiés ont porté sur les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs.**Résultats:** 393 patients ont constitué notre effectif sur un total de 435 admissions pédiatriques et de 2235 admissions tout âge confondu. On notait une légère prédominance du sexe masculin (sex ratio = 1,09) avec un âge moyen de 60,78 +/- 52,24 mois (extrêmes : 1j et 15 ans) et les enfants d'âge scolaire (2 à 12 ans) étaient les plus nombreux (48, 85 %). Les motifs d'admission étaient fonction de la tranche d'âge. Chez les nouveaux nés, les complications cardio respiratoires post opératoires des malformations (55%) prédominaient et chez le nourrisson on notait les complications infectieuses (45%) et les anémies décompensées (39 %). Les intoxications accidentelles domestiques (42 %) et les polytraumatismes (14,6 %) étaient l'apanage des enfants d'âge scolaire. Chez les adolescents, on notait une prédominance des polytraumatismes (46 %) ; Les enfants provenaient pour la plupart des centres périphériques (38 %), de leur domicile ou du lieu de l'accident (20,4 %) et des urgences (19,8 %). 32 % des enfants présentaient à leur admission une détresse d'une grande fonction (détresse respiratoire = 81 % ; détresse neurologique = 24 % ; détresse cardiovasculaire=16 %). 78 ont été intubés, 41 ont bénéficié d'une ventilation mécanique et d'une sédation et un seul a bénéficié d'une voie centrale. Le délai d'admission moyen était de 9,66 h +/- 9,75 (extrêmes : 1h et 24h) et la durée d'hospitalisation moyenne de 3,32 j +/- 3,6 (extrêmes : 12 h et 35 j). La létalité globale était de 17,9 %, elle était plus importante chez les nouveau-nés (80 %).**Conclusion:** Les causes de la mortalité des enfants sont diverses. La création d'unités de réanimation pédiatrique et leur équipement pourraient améliorer le pronostic**Mots clés :** Réanimation polyvalente, prise en charge, Réanimation pédiatrique

ARME 18**Pronostic des éclampsies graves en réanimation polyvalente au CHU de Bouaké**

Pete Y, Kouamé K E, Koffi N, Ouattara A, Abhé C M, Brouh Y

Service d'anesthésie-réanimation-CHU de Bouaké (RCI)

Introduction : Le pronostic des éclampsies graves en occident s'est nettement amélioré aujourd'hui grâce aux progrès de la science. Dans notre continent, l'éclampsie demeure toujours un problème de santé publique.

Le but de notre étude est de d'analyser le pronostic des éclampsies admises dans notre service.

Matériel et méthode : il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, réalisée au service de réanimation polyvalente du CHU de Bouaké sur une période de 30 mois (Jan 2010-Juin 2012). Elle a concerné toutes les patientes admises pour éclampsie grave. Les paramètres étudiés étaient : épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et surtout pronostic. Les résultats ont été exprimés en fréquences et en valeurs moyennes.

Résultats : Sur les 2113 patients admis durant la période, on dénombre 75 éclampsiques soit une prévalence de 3,5 % .L'âge moyen était de 21 ans (extrêmes 12 et 37) ; et 78,4 % étaient primigestes. Les principaux motifs d'admission étaient le trouble de la conscience (58%) et la détresse respiratoire (36,6%). Près de la moitié des patientes (47,1%) avaient un score de GLASGOW inférieur 7 ; 34 % présentaient une détresse respiratoire, et 18 % une oligoanurie. Une intubation a été réalisée chez 22,6% des patientes et 18 % ont été ventilées. 72 % ont bénéficié d'un remplissage vasculaire correct. Le diazépam a été l'anticonvulsivant le plus utilisé (97%), associé au Gardéнал (34%). La durée moyenne d'hospitalisation était de 3 jours. La létalité globale était de 22,6%. Mais on note une baisse progressive de la létalité qui est passé de 28,57 % en 2010, à 25 % en 2011 puis de 13,6% en cours d'année 2012.

Conclusion : Malgré la baisse du taux de létalité, les éclampsies graves demeurent une préoccupation dans notre service. Une bonne politique de prévention en amont, couplée à la rédaction de protocoles de prise en charge ainsi qu'à l'équipement des services de réanimation contribueront certainement à améliorer le pronostic.

Mots clés : Eclampsie grave-pronostic-réanimation polyvalente

ARME19**Complications obstétricales des deux premiers trimestres de la grossesse et leur prise en charge au CHU de Cocody.**

Kouakou F, Konan J, Adjoby R, Kouame A, Loue V, Alla C, Gbary E, Kasse K, Koffi S, Mian B, Kakou C, Abauleth, Boni S

Objectifs : Déterminer le profil épidémiologique des patientes et Recenser les différentes complications des deux premiers trimestres de la grossesse et énumérer les éléments de la prise en charge et de pronostic.

Patientes et méthode : C'est une étude descriptive et transversale portant sur 205 patientes admises aux urgences gynécologiques et obstétricales du CHU de Cocody. Elle s'est déroulée sur une période de six mois allant du 1^{er} Juillet au 31 Décembre 2005.

Résultats: La fréquence des complications des deux premiers trimestres de la grossesse représentait 18,96% des admissions aux urgences de gynécologie et d'obstétrique.

Les patientes étaient jeunes avec une moyenne d'âge de 25,38 ans. Elles avaient un bas niveau socio-économique dans 57,1% des cas et exerçaient dans le secteur informel dans 54,1% des cas. Elles étaient sans niveau d'instruction (30,7%), avec une prédominance des paucigestes 43,4% et des nullipares 49,8%. Les motifs d'admission les plus rencontrés étaient les métrorragies dans 40% des cas et les douleurs pelviennes dans 37,1% des cas. Les complications étaient dominées par les avortements (43,9%) suivis de la menace d'avortement (22%) et de la GEU (19,5%). La prise en charge des avortements a consisté en un curetage évacuateur dans 70% des cas. Tous les cas de GEU ont été traités essentiellement par laparotomie représentant 35,5% des interventions chirurgicales. La létalité maternelle était de 0,97% correspondant à deux décès.

Conclusion: Les complications obstétricales au cours des deux premiers trimestres de la grossesse sont fréquentes et diverses. La population vulnérable est constituée des femmes jeunes vivant dans des conditions précaires. Ce qui a rendu la prise en charge thérapeutique difficile.

Mots clés: Avortements – Grossesse extra utérine – Métrorragies – Vomissements gravidiques.

ARME 20**Les soins aux parturientes en salle de naissance: délais et facteurs de retard**

Kouakou F, Alla C, Loue V, Kakou C, Adjoby R, Koimé H, Angoi V, Kasse K, Koffi S, Kouamé A, Gondo D, Gbary E

Objectifs: Le but de cette étude était de mesurer les délais d'attente des parturientes aux différentes étapes de leur prise en charge, préciser les dysfonctionnements relatifs à ces délais, puis identifier les facteurs influençant.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude prospective et descriptive portant sur la mesure des délais d'attente des clientes à chaque étape de leur prise en charge à la salle de naissances du CHU de Cocody, du 1er mars au 30 novembre 2010 (neuf mois).

Résultats : Environ 70% des patientes ont été examinées par le médecin dans un délai de 10 minutes après l'admission (moyen : 17 minutes /maximum: 56 minutes). La prescription des médicaments a suivi immédiatement dans 66,85% des cas. Seulement 32% des patientes disposaient de leurs produits au plus 30 minutes après prescription.

Quarante-six patientes (18%) ayant accouché par voie basse ont reçu les premiers soins au plus 45 minutes après leur admission et 14% (n=36) après 3heures (minimum: 45minutes/maximum:254minutes [4heures23minutes]/moyen: 83minutes). Dans 80,8% des cas, le médecin anesthésiste a été joint immédiatement après l'indication de césarienne par l'obstétricien. La consultation préanesthésique (CPA) débute dans un délai de 5minutes pour 11,6% des parturientes. La prescription des kits opératoires a été faite 10 minutes au plus chez 81,7% des patientes après la CPA. Les kits opératoires ont été disponibles pour 61,5% des parturientes après 120 minutes suivant la prescription.

Un quart des parturientes (25,6%) ont subi la césarienne dans un délai de 180 minutes (3heures) au plus après indication.

Temps (min) Effectifs %

Conclusion : Les délais de prestations des soins aux parturientes en salle de naissances du CHU de Cocody à Abidjan, anormalement longs, sont liés à la persistance des facteurs de retard, d'ordres matériel, humain, organisationnel et financier.

Mots clés : SONU – salle de naissance – urgence - délais- facteurs de retards

ARME 21**Dystocie des parties molles**

Kouakou F, Loue V, Kouamé A, Konan J, Gbary E, Koffi S, Koffi A, Adjoby R, Nguessan KLP

Objectifs: Etudier les aspects étiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des dystocies des parties molles.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude prospective et descriptive s'étendant du 31 juillet 1997 au 30 juillet 2002.

Résultats : La prévalence était estimée à 1,41%. Le profil retrouvé dans notre étude : une gestante de 31 ans, ménagère, paucigeste, nullipare, évacuée d'urgence d'une maternité périphérique. Le diagnostic est réalisé dans 53,07% des cas au cours des consultations prénatales. Les causes utérines sont les plus fréquentes (50,77%) et représentées en majorité par le myome prævia (81%). Le mode d'accouchement était dominé par la césarienne dans 82,31%. L'impact maternofoetal est important : 5,60% de mort foetale, 0,77% de décès maternels et 27,91% de traumatismes obstétricaux surtout lors d'un accouchement par voie basse.

NB : Temps (min), Effectifs (%)

Conclusion : La dystocie des parties molles est une affection obstétricale peu décrite dans la littérature africaine.

Mots clés : Dystocies- parties molles- accouchements- obstacles prævia

ARME 22**La césarienne d'indication élective exécutée en urgence : raisons et pronostic maternel et fœtal à la maternité du CHU de Cocody**

Adjoby R, Kouakou F, Kouame A, Loue V, Gondo D, Kakou C, Koime H, Mian B, Koffi A, Boni S

Objectif: Le but de cette étude est de recenser les facteurs favorisant la mutation césarienne élective en césarienne d'urgence, de déterminer la fréquence des césariennes d'indication élective exécutée en urgence, de décrire le profil épidémiologique de la parturiente et d'établir le pronostic maternel et fœtal.

Matériel et méthode : il s'agit d'une étude prospective cas-témoin réalisée dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU de Cocody du 1^{er} novembre 2004 au 31 octobre 2005. Les gestantes ayant bénéficié d'une césarienne en urgence d'indication préalablement élective ont été nos cas et celles ayant bénéficié d'une césarienne élective, nos témoins.

Résultats : la césarienne d'indication élective exécutée en urgence représente 17,8% des césariennes totales durant la période d'étude. Le profil épidémiologique est celui d'une jeune femme de bas niveau socio-économique, évacuée en urgence d'une maternité périphérique, nullipare, non scolarisée, ayant un nombre correct de consultation prénatale (CPN). Le motif le plus souvent évoqué pour la non réalisation de la césarienne élective a été le manque d'information sur ses avantages. Les indications opératoires sont dominées par : le bassin généralement rétréci, la césarienne itérative sur bassin rétréci, le siège chez nullipare et la présentation transversale. La morbidité (23,8%) et la mortalité (1,6%) maternelles sont plus élevées dans le groupe de césariennes d'indication élective exécutées en urgence par rapport à celles des césariennes électives avec 1,6% de complications et 0% de létalité.

Conclusion : Le taux de césarienne d'indication élective exécutée en urgence devrait nettement diminuer au profit des césariennes électives, réduisant ainsi les taux de morbidité et de mortalité aussi bien maternelles que fœtales.

Mots clés : césarienne - indication élective – urgence - césarienne élective-pronostic maternel et fœtal

ARME 23**Conditions des césariennes en hôpital régional de Sarh, Tchad**

Madjitoloum N1, .Beningar R1, Koulma B.1, Clavier N2.

(1) Centre Hospitalier Régional de Sarh, Tchad

(2) Centre Hospitalier Public du Cotentin, Cherbourg, France

Auteur correspondant: Email madjitoloumn@yahoo.com

Introduction : Avec 1200 morts pour 100 000 naissances vivantes, la mortalité maternelle est trop élevée au Tchad [1]. Le taux de naissance par césarienne (0,4%) est un des plus bas. Pour tenter de comprendre les facteurs limitant, nous avons observé les conditions dans lesquelles se déroulent les césariennes.

Matériel et méthodes : Dans cette étude préliminaire, nous avons prévu de relever, pour 100 césariennes consécutives effectuées à l'hôpital régional de Sarh, les données démographiques anonymes des mères, les indications et délais, personnels et matériels présents, modalités de l'anesthésie et complications éventuelles.

Résultats : Seules 41 césariennes ont été relevées entre octobre 2011 et juin 2012, toutes effectuées dans un contexte d'urgence. L'âge médian était de 22,5 ans (15 et 40 ans), la parité de 2 (1 et 7). Les indications étaient surtout de sauvetage maternel (tableau). Le délai médian entre la décision de l'indication et le début de l'anesthésie, lorsqu'il était disponible (n=15) était de 2 h (1 et 3h). La majorité des césariennes étaient réalisées sous rachianesthésie, seules 10 l'ont été sous anesthésie générale, avec le même matériel disponible dans tous les cas. Les césariennes étaient effectuées par un médecin généraliste (n=38) ou par un chirurgien (n=3), souvent assisté d'une deuxième personne (médecin généraliste (n=24) ou infirmier (n=15)). L'anesthésie était effectuée par un infirmier technicien d'anesthésie dans tous les cas.

Tableau : indication des césariennes

| | |
|---|---|
| <i>Eclampsie et HRP</i> | 3 |
| <i>Rupture utérine</i> | 3 |
| <i>Utérus cicatriciel</i> | 4 |
| <i>Dysproportion foeto-pelvienne</i> | 9 |
| <i>Dystocie et anomalie de présentation</i> | 1 |
| <i>SFA</i> | 6 |

Conclusion : Les résultats de l'étude indiquent un déficit en personnel de santé et des défauts d'organisation. La formation des personnels et les recommandations de prise en charge doivent prendre en compte les conditions réelles de pratique des acteurs de santé, sous peine de les voir s'épuiser rapidement, alors même qu'il est si difficile de les recruter.

Mots-clé : mortalité maternelle, césarienne, épidémiologie