



|  |    |
|--|----|
| Le bureau de la SARANF   | 2  |
| Le comité d'organisation   | 2  |
| Urgences   | 3  |
| Caractéristiques épidémiologiques des patients admis à l'unité d'accueil des urgences  | 3  |
| Aspects épidémiocliniques des Accidents vasculaires cérébraux (AVC) dans le Service d'accueil des urgences du CHU Gabriel Touré à Bamako-Mali                            | 4  |
| Prise en charge des traumatisés aux urgences du CHU de Yopougon pendant la crise post-électorale   | 5  |
| Epidémiologie, diagnostic et pronostic des complications du diabète aux urgences médicales du CHU de Cocody (RCI).   | 6  |
| Evaluation des connaissances et pratique des sapeurs-pompiers de la ville de Ouagadougou sur les gestes de premiers secours  | 7  |
| Prise en charge peropératoire des urgences abdominales aiguës à l'hôpital national de Niamey (HNN)   | 8  |
| Etude descriptive des accidents et incidents anesthésiques au CHU de Cocody (Abidjan - Côte d'Ivoire)  | 9  |
| Epidémiologie et prise en charge des traumatismes crâniens par accident de moto en réanimation au CHU de Bouaké (RCI)  | 9  |
| Le Patient vivant avec le VIH aux Urgences à Bamako(Mali): problématique de la Prise en charge   | 10 |
| Corps étranger laryngo-trachéal: urgences diagnostic et thérapeutiques à propos d'un cas au CHU de Yopougon  | 11 |
| Evaluation de la prise en charge initiale du patient gravement brûlé avant l'admission en réanimation au Centre Hospitalier Universitaire Sourou-Sanou de Bobo-Dioulasso | 11 |
| Pneumopathies aiguës communautaires(PAC) bactériennes aux urgences du C.H.U. Point-G : Profil épidémiologique, clinique et pronostique                                   | 12 |
| Urgences cardiovasculaires (UCV) au Service d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel Touré et au Service de Cardiologie du Luxembourg à Bamako/Mali                         | 13 |
| Délais de prise en charge des patients aux urgences du CHU Sourou Sanou de Bobo-Dioulasso  | 14 |

## 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 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)

#### 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)

# Urgences

## URG1

### Caractéristiques épidémiologiques des patients admis à l'unité d'accueil des urgences

Keita M<sup>1</sup>, Camara B<sup>1</sup>, Goita D, Dicko H<sup>1</sup>, Diallo D<sup>1</sup>, Diallo B<sup>1</sup>, Doumbia M<sup>2</sup>, Doumbia A<sup>2</sup>, Camaraz<sup>2</sup>, Coulibaly<sup>x2</sup>, Doumbia D<sup>2</sup>, Coulibaly Y<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Service Anesthésie – Réanimation et des Urgences CHU du Point G-Bamako-mali

<sup>2</sup> Unité d'Accueil des Urgences. E-mail [bilkeita@yahoo.fr](mailto:bilkeita@yahoo.fr)

#### Introduction :

Au Mali, les services d'accueil des urgences sont caractérisés par la cohabitation des maladies non transmissibles et des pathologies infectieuses traditionnelles. Cette étude décrit les caractéristiques épidémiologiques des patients admis à l'unité d'accueil des urgences (UAU) du CHU du Point G.

#### Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et analytique de suivi de tous les patients admis à l'unité d'accueil des urgences du CHU du Point G de Juillet à Août 2012. Pour recueillir les données cliniques et évolutives des patients à l'UAU, les patients et/ou leurs accompagnants ont été interrogés, les dossiers médicaux analysés. Les diagnostics ont été classés selon la classification internationale des maladies (ICD-9). La gravité de l'état des patients a été déterminée par la classification clinique des maladies des urgences (CCMU) modifiée. Les patients des classes P, 1 et 2 ont été jugés « bons », ceux des classes 3, 4 et 5 ont été jugés « graves ».

#### Résultats :

Nous avons colligés 367 dossiers de patients admis à l'unité d'accueil des urgences du CHU du Point G. L'âge médian était de  $46,02 \pm 19,95$  avec des extrêmes de 14 et de 95 ans.

Le sex-ratio était de 1,5 en faveur des hommes. Deux cent trente-trois patients soit 63,5% avaient fréquenté une à trois structures (s) de santé avant leur admission à l'UAU, la durée d'évolution de leur maladie était  $\leq 7$  jours dans 51% des cas, 65,1% étaient auto référée et 23,4% ont été amenés par ambulance. Plus de la moitié des patients (53,9%) ont été jugés « graves », 43,1% « bon », 4,9% sont arrivés décédés. La pathologie diagnostiquée était d'origine infectieuse (58%), non

infectieuse (32%) et frustrée (10%). La pathologie infectieuse était le motif de recours à l'UAU chez les patients jugés « graves » dans 51% des cas, 65,1% étaient auto référée et 23,4% ont été amenés par ambulance. Plus de la moitié des patients (53,9%) ont été jugés « graves », 43,1% « bon », 4,9% sont arrivés décédés. La pathologie diagnostiquée était d'origine infectieuse (58%), non infectieuse (32%) et frustrée (10%). La pathologie infectieuse était le motif de recours à l'UAU chez les patients jugés « graves » dans 56,8% des cas et dans 60% des cas chez les patients jugés « bon ». Les pathologies infectieuses rencontrées étaient les pneumopathies (32%), le paludisme (24%), le VIH (22%), le sepsis, l'hépatite, les méningites, les péritonites et les salmonelloses pour respectivement 6, 4 et 2%. Les principales maladies non infectieuses étaient cardiovasculaires (62,2%), rénales (12,6%), digestives (6,3%), endocrinologiques (3,6%). Deux cent soixante-dix-sept (79,4%) des patients ont été hospitalisés pendant une durée moyenne de  $2,61 \pm 5,30$  jours avec des extrêmes de 1 et 61 jour (s). la létalité (18,5%) était significativement plus importante parmi les patients chez lesquels l'état était jugé « grave » ( $p = 0,001$ ), elle n'était pas significative parmi les patients chez qui la principale cause était infectieuse.

#### Conclusion :

Notre étude montre que l'unité d'accueil des urgences du CHU du Point G est utilisée spontanément comme premier niveau des soins par des patients dont l'état clinique est jugé « grave ». Les pneumopathies, le paludisme, les pathologies cardiovasculaires et rénales sont les maladies les plus fréquentes.

**Mots clés :** Epidémiologie, Unité accueil, Urgence, Bamako

## URG 2

### Aspects épidémiocliniques des Accidents vasculaires cérébraux (AVC) dans le Service d'accueil des urgences du CHU Gabriel Touré à Bamako-Mali

Diango.D.M1, Mangane.M.II, Bibalou M1, Dembele A.S.2, Coulibaly Y. 3

Service d'accueil des urgences CHU Gabriel Touré Bamako,

Service d'anesthésie CHU IOTA Bamako

Département d'anesthésie réanimation CHU Point G

**Introduction** Les AVC constituent la première cause de handicap acquis non traumatique chez l'adulte, la deuxième cause de démence et la troisième cause de mortalité dans le monde. Ce qui en fait un problème important de santé publique. Au Mali en 2009, une prévalence de 12,11% avait été retrouvée [1]. Ainsi, le SAU constitue un maillon essentiel dans la prise en charge de ce type de patients

**Objectif:** Etudier les aspects épidémiologiques et cliniques des AVC.

**Patients et méthode** L'étude était descriptive et prospective, et s'était déroulée sur un échantillon de 163 patients recrutés sur une période de 9 mois (Octobre 2010 à Juin 2011). Etaient éligibles tout malade de tout sexe, et de tout âge admis dans le service d'Accueil des urgences, présentant un déficit neurologique d'apparition brutale ou progressif sans notion de traumatisme crânien et ayant réalisé un scanner cérébral.

#### Résultats

163 patients avec un sex-ratio de 1,2, l'âge moyen était de 68,3 ans (106 et 19ans). 92,6% des patients provenaient de leur domicile. L'altération de la conscience était le motif d'admission le plus retrouvé (49,1%). L'HTA fut le facteur de risque prédominant (71,2%), suivie du Tabac (26,4%) et du Diabète (20,9%). 18,4% des patients avaient un Score de Glasgow inférieur à 8. La prise en charge fut instaurée plus de six heures après le début des symptômes chez 54,6%. L'AVC ischémique était représenté à 58,3% chez les quels 50,3% ont bénéficié d'une héparinothérapie, 38,7% d'antiagrégants plaquettaires, 14,7% d'anti-vitamine K, un neuroprotecteur à base de Citicholine à 44,3% et l'AVC hémorragique était

représenté à 33,1% dont 42,3% des patients avaient bénéficié d'une analgésie, 54% d'un traitement antihypertenseur, d'une osmothérapie à 0,6%. Nous avons enregistré 16,6% de décès dont 11,7% d'hommes et 5,5% de femme.

#### Discussion

Le sexe n'a pas été un facteur déterminant. L'âge avancé de la population d'étude a été retrouvé chez d'autres auteurs [2,3]. L'HTA fut le facteur de risque prédominant. Les moyens thérapeutiques limités (Thrombolyse) non conforme aux résultats rapportés par Guillon B. et coll. [4].

#### Références

1. **GOITA A.**, Bilan médical de la première année d'activité du service d'accueil des urgences du CHU Gabriel Touré. Thèse de médecine, 2009-2010
2. **JAIM CARO ET COLL**, The time course of subsequent hospitalizations and associated costs in survivors of an ischemic stroke in Canada. BMC Health Services Research, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/99>
3. **Sene Diouf**, pronostic des hémorragies intracérébrales avec coma dans une unité de neuro-réanimation.
4. *Revue médécinetropicale.com*, [www.revuedecinetropicale.com](http://www.revuedecinetropicale.com).
5. **Guillon B., Planchon B., Woimant F., Magne C., Barrier J H.**, Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en service de Médecine Interne Générale. Résultats d'une enquête pratique. *Revue de Médecine Interne* 2001 ; 22 : 830-44

## URG 3

### Prise en charge des traumatisés aux urgences du CHU de Yopougon pendant la crise post-électorale

Konan K. Jean<sup>1</sup>, Soro L.<sup>2</sup>, Koffi M.<sup>1</sup>, Affa Y. Martial<sup>2</sup> ; Ehua S.F.<sup>1</sup>

1 : Service des urgences CHU de Yopougon RCI

2 : Service d'anesthésie-réanimation CHU de Yopougon RCI

Auteur correspondant: E-mail : jnkouassik@yahoo.fr TEL: 225 23 53 75 50 Poste 492. 23 BP 632 Abidjan 23 Côte d'Ivoire

#### Introduction

La crise est une situation caractérisée par la manière brutale et inattendue avec laquelle elle survient (1). Elle engendre le plus souvent de nombreuses victimes. La Côte d'Ivoire a vécu un conflit armé dans la période qui a suivi les élections de Novembre 2010.

Cette crise armée a engendré de nombreux traumatisés qui ont été prise en charge dans les services d'urgences dont le nôtre. L'objectif de ce travail était de rapporter notre expérience dans la gestion d'une telle situation.

#### Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective ayant porté des patients traumatisés reçus dans le service des urgences pendant la période de la crise post-électorale.

Nous avons étudié les données épidémiologiques et cliniques ainsi que le pronostic.

#### Résultats

- Pendant cette période nous avons reçu et traité 938 traumatisés. L'âge moyen des patients était de 29,27 ans avec des extrêmes de 1 et 78 ans et un sex-ratio de 2,67

- Les commerçants (17,7%), les élèves et étudiants (17,2%) ont été les plus touchés. La majorité des patients (81%) provenaient de la commune de Yopougon. Le transfert vers l'hôpital s'est fait par ambulances dans 38,70 %.

- Le traumatisme était lié à une arme à feu dans 30,2 %

des cas et à 1 AVP dans 53,4 % des cas.

- A l'admission 5,8 % des patients étaient dans le coma, 3,4 % présentaient un état de choc hypovolémique et les lésions prédominaient aux membres dans 41,9 % des cas.

- 67,18 % des patients ont bénéficié de pansement, 25,25 % d'une suture simple. 62,9 % étaient sortis à partir des urgences, 21 patients sont décédés soit 2,5 %.

#### Conclusion

La crise armée survenue dans la période post-électorale a engendré 2 types de traumatisés: Les victimes du conflit armé et les traumatisés de tous les jours. La prise en charge de ces patients s'est effectuée dans des conditions précaires du fait des insuffisances en matériel et en personnel.

**Mots-clés** : urgences – conflits armée – traumatisme

#### Références

1. **Robert Askenasi, Philippe Lheureux.** Organisation de l'hôpital en prévention d'une catastrophe. In Manuel de Médecine d'urgence. Ed de l'Université de Bruxelles. Malocine 4<sup>e</sup> édition 1997
2. **C. Gannou, M. BALDAN** : La chirurgie de guerre : Travailler avec des ressources limitées dans les conflits armés et autres situations de catastrophe-volume 1. Comité Internationale de la Croix-Rouge. Juin 2010.

## URG 4

### Epidémiologie, diagnostic et pronostic des complications du diabète aux urgences médicales du CHU de Cocody (RCI).

Nétro D., Coulibaly K., Mobio N., Ogondon B., Latt E., Pr Tetchi Y.

Auteur correspondant: E-mail:netrodjohoui@yahoo.fr,

**Introduction :** Le diabète est une maladie métabolique chronique dont les complications aiguës constituent le plus souvent un motif d'admission au service d'accueil des urgences.

**Objectif:** Décrire le profil épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et pronostique de ces complications.

**Matériels et méthode:** Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive sur 03 ans (2010-2012) réalisée aux urgences médicales du CHU de COCODY. Tous les dossiers des patients admis pour complications de diabète ont été recensés. Les paramètres étudiés étaient épidémiologiques, diagnostiques et pronostiques.

**Résultats :** Nous avons recensé 222 dossiers sur 9000 entrants (2,46%). Le sex-ratio était de 1,28. L'âge moyen était de  $58,49 \pm 13,92$  ans (extrêmes : 15 et 88 ans). La tranche d'âge de 45 à 75 ans prédominait avec 71,10% (158) de cas. La majorité des patients était sans emploi (42,4%). Les communes de Cocody, Abobo et Yopougon constituaient les principaux lieux de résidence avec respectivement 19,4% ; 18% et 14,9%. Les patients non

référés étaient 139 (62,61%). L'HTA étaient associée chez 107 patients (48,2%). Dans 14,9% des cas, ces complications révélaient le diabète. Le motif de consultation était dominé par le trouble de la vigilance à 46,85%. Les complications rencontrées étaient : l'acidocétose (34,23%), l'hypoglycémie (23,87%), acidose lactique (1,8%), coma hyperosmolaire (1,8%) et les infections (38,3%). Le décès a été constaté dans 48,65% des cas. La durée moyenne de séjour était de 3,13 (extrêmes : 1 et 15 jours).

**Conclusion :** Le taux de décès lié aux complications du diabète est élevé aux urgences médicales du CHU de Cocody. Cette mortalité est liée à la vétusté des urgences, aux problèmes d'organisation, au déficit des ressources matérielles et personnelles. La correction de ces facteurs pourrait significativement améliorer le pronostic

**Mots clés :** diabète, complications, urgences

#### Référence

Allanic H, Heim J. Diabète et grossesse. Encycl. Méd. Chir ; CP glandes Nutrition, 1995,4, p:4-12.

## URG 5

### Evaluation des connaissances et pratique des sapeurs-pompiers de la ville de Ouagadougou sur les gestes de premiers secours

Kb Ki1, Raf Kabore2, Ai Traore1, Ct Bougouma3, P Bonkougou4, N Ouedraogo4

1 : CHU Sourô Sanou, 2 : CHU Charles de Gaulle, 3 : CHN Blaise Compaoré, CHU Yalgado Ouédraogo

#### Introduction

Le pronostic des patients présentant une détresse vitale hors de l'hôpital dépend de la qualité de la prise en charge préhospitalière. A Ouagadougou, en l'absence de système médicalisé de prise en charge préhospitalière, ce sont essentiellement les sapeurs-pompiers qui assurent le transfert des patients vers l'hôpital.

#### But de l'étude

Evaluer les connaissances et pratique des sapeurs-pompiers de Ouagadougou sur les gestes de premiers secours.

#### Méthodologie

Enquête par questionnaire anonyme auto-administré aux sapeurs-pompiers de Ouagadougou, menée du 21 Novembre au 3 Décembre 2011.

#### Résultats

Au total 248 (80%) sapeurs-pompiers sur 310 ont répondu au questionnaire. La majorité (63,3%) avait une expérience professionnelle de moins de 10 ans, 32,3% n'avaient pas bénéficié de recyclage après leur formation initiale et pour 66,1% de ceux qui en avaient bénéficié, elle datait de plus de 5 ans. Respectivement 73,8%, 15,7% et 32,3% des agents connaissaient les signes cliniques de l'obstruction aiguë des voies aériennes supérieures, de la perte de connaissance et de l'arrêt cardio-respiratoire. La description de

la technique de libération des voies aériennes supérieures a été correctement faite par 52,4% des sapeurs-pompiers, celle de la position latérale de sécurité, de la ventilation artificielle et du massage cardiaque externe faite par respectivement 52,8%, 50,8% et 11,7% des agents. Selon leur déclaration 69% des sapeurs-pompiers avait déjà pratiqué la libération des voies aériennes supérieures et 63,7%, 72,6%, 73%, 39,5% et 0,4% respectivement la mise en position latérale de sécurité, la ventilation artificielle, le massage cardiaque externe, la pose de garrot et la défibrillation. La séquence complète de la réanimation cardio-pulmonaire de base a été correctement décrite par 0,4% d'entre eux. On note une discordance entre la pratique des gestes et les connaissances théoriques des pompiers.

#### Conclusion

Cette étude révèle que les compétences des sapeurs-pompiers de Ouagadougou en matière de gestes de premiers secours sont insuffisantes, d'où la nécessité d'un recyclage régulier de ces agents. La médicalisation des soins préhospitaliers demeure un impératif afin d'améliorer le pronostic des urgences préhospitalières.

**Mots clés** : sapeurs-pompiers- gestes de premiers secours- connaissances - pratique

## URG 6

### Prise en charge peropératoire des urgences abdominales aiguës à l'hôpital national de Niamey (HNN)

Chaibou MS1, Sani R2, DaddyH1, Kotannou M1, Sanoussi S2, Idrissa A1, Madougou M1  
Département d'Anesthésie-Réanimation-Urgences-Hôpital National de Niamey- Niger  
Département de chirurgie - Hôpital National de Niamey

**Objectif** : Evaluer la prise en charge péri opératoire des urgences abdominales aiguës à l'HNN

**Type d'étude**: Il s'agissait d'une étude prospective, réalisée dans le service des urgences du 06 Mars au 02 septembre 2010

**Patients et méthode**: 255 patients admis au service des urgences de l'HNN ont été inclus. Les variables suivantes ont été analysées: l'âge, le sexe, le critère de référence, les moyens de transports utilisés, les signes cliniques prédominants, le motif d'intervention, le délai d'admission, les explorations para-cliniques, la classification ASA, la réanimation préopératoire, le délai de l'intervention, la technique anesthésique utilisée, la durée de l'anesthésie, les incidents et accidents per opératoires, les prescriptions postopératoires, l'orientation et le devenir du patient.

**Résultats** : L'âge moyen de nos patients était de 27,32 ans avec des extrêmes de 3 mois et 72 ans. Le sex-ratio était de 3,1. La plupart des malades ont été référés d'un centre de santé (80%). Le transport a été assuré par taxis (40,4%). La douleur abdominale était le signe fonctionnel le plus rencontré (98,4%) suivie des vomissements (77,3%). Le délai moyen d'admission était de 72 heures (Extrêmes 1 heure et 90 jours). La NFS a été réalisée chez 99,2 % des patients et le bilan rénal chez 11,8%. La radiographie de l'abdomen sans préparation a été effectuée chez 58% de nos patients, l'échographie abdominale dans 16,9% des cas. Sept patients ont bénéficié d'un scanner abdominal. Les motifs d'intervention étaient: les syndromes péritonéaux dans 38,43%, les syndromes occlusifs dans 24,54%, le syndrome appendiculaire dans 15,9%. Les contusions abdominales représentaient 10,98% (30 patients), 5 patients ont présenté des plaies pénétrantes

de l'abdomen (1,96%). Les urgences gynécologiques étaient rencontrées dans 2,73% des cas. 54,5 % des patients étaient classés ASA1 et 35,3% ASA2. Tous nos patients ont bénéficié d'une réanimation préopératoire, le délai moyen d'intervention était de 8 heures. Au total 220 patients ont subi une intervention chirurgicale. L'anesthésie générale était la technique anesthésique la plus utilisée (92,2%) avec une durée moyenne de 2 heures pour une chirurgie qui dure en moyenne 1h40mn. L'induction à séquence rapide a été utilisée chez 82% de patients. Les produits anesthésiques utilisés étaient : la kétamine dans 94% des cas pour les narcotiques, le fentanyl était le seul morphinique utilisé. 36 cas d'incidents ou d'accidents ont été répertoriés au cours de l'anesthésie ; soit 16,36 % Parmi les patients opérés, 96,72 % ont été admis en salle de surveillance postopératoire, 10 ont été transférés en unité de soins intensifs. Les patients ont bénéficié en postopératoire d'un apport hydro électrolytique, d'une antibiothérapie et d'une analgésie multimodale. Les dépenses moyennes occasionnées aux familles étaient de 110.000 FCFA. Nous déplorons 19 décès (7,45 %) et la durée moyenne d'hospitalisation 12 jours.

**Conclusion** : La prise en charge des urgences abdominales aiguës à Niamey représente un problème de santé publique car elles touchent une population jeune qui vient consulter en retard. La solution à ce problème passe par une sensibilisation de la population, une réforme des soins d'urgence au niveau des structures sanitaires périphériques et une médicalisation du transport lors des évacuations.

**Mots- clés** : urgences abdominales aiguës, Niamey, Niger



**URG 7****Etude descriptive des accidents et incidents anesthésiques au CHU de Cocody (Abidjan - Cote d'Ivoire)**

Nda-K. C\*, Coulibaly KT, Abhe CM, Nguessan Y F, Ouattara A, Brouh Y

Service de réanimation CHU de Cocody, Bp13 Abidjan

\* service de chirurgie pédiatrique CHU de Cocody

**Introduction** : La réduction du risque d'une intervention chirurgicale est liée pour une grande part aux progrès de l'anesthésie-réanimation

**Objectif**: décrire les incidents et les accidents anesthésiques

**Matériels et méthodes** : il s'agit d'une étude rétrospective descriptive s'étendant sur six mois (décembre 2011 - mai 2012). Etaient inclus tous les patients de plus de 15 ans opérés au bloc des urgences. Les paramètres étudiés étaient l'âge, le sexe, la classification ASA, les incidents et accidents anesthésiques retrouvés.

**Résultats** : notre étude a porté sur 847 anesthésies. La majorité des patients provenaient du service de gynéco-obstétrique. La tranche d'âge la plus concernée était celle de 15 et 30 ans. 402 patients étaient classés ASA I soit 47,1% et 307 classés ASAII soit 36,3%. 39 incidents anesthésiques ont été enregistrés soit une incidence de 4,6%. Il s'agissait essentiellement de la bradycardie (0,1%), de l'hypertension artérielle per opératoire (0,6%),

de l'hypotension artérielle per opératoire (4,1%). La mortalité était de 0,5 % avec 50% des décès en période post opératoire.

**Conclusion** : cette étude préliminaire pose deux problèmes: la connaissance des incidents anesthésiques permettant d'optimiser la sécurité du patient et la bonne tenue des fiches d'anesthésie, véritable archive des actes anesthésiques posés.

**Référence** :

Brouh Y, Soro L, Yeo T, Soro S, Ubuzinda W, Amonkou A et al. Annales de médecine 1998; 27(2),75-85

**URG 8****Epidémiologie et prise en charge des traumatismes crâniens par accident de moto en réanimation au CHU de Bouaké (RCI)**

Ogondon B, Pete Y, Koffi N, Coulibaly KT, Nétro D, Tétchi YD, Brouh Y

**Introduction** : Les traumatismes crâniens sont responsables d'une lourde mortalité et de morbidité ainsi qu'une source de handicap majeur. Leurs étiologies sont dominées par les accidents de la voie publique. Le contexte actuel de notre pays a favorisé une prolifération des motos dans la ville de Bouaké. Le but de notre travail est d'étudier le profil des traumatisés crâniens par accident de moto en réanimation au CHU de Bouaké.

**Matériels et méthode** : Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive sur 13 mois (juillet 2011-juillet 2012) portant sur les dossiers des patients admis en réanimation pour traumatismes crâniens par accident de moto. Tous les dossiers de ces patients ont été recensés. Les paramètres étudiés étaient épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques.

**Résultats** : Cinquante-cinq dossiers ont été recensés sur 1322 patients admis (4,16%). Le sex-ratio était de 8,16. L'âge moyen était de 28±19 ans (extrêmes: 4 et 86 ans). Les usagers de taxi-moto représentaient 72,7%. La plupart des patients résidaient à Bouaké (96,4%). Aucun patient n'a bénéficié d'un transport médicalisé, cependant 74,5% ont été transportés par une ambulance non médicalisée. Le délai moyen d'admission était de 03h36 mn (extrêmes : 01h et 11h). On notait 36,4% de traumatismes crâniens graves (score de GLASGOW ≤ 8). Un état de choc cardiovasculaire était présent dans 12,7% des cas. La détresse respiratoire était retrouvée dans 18,2% des cas. Les signes neurologiques de localisation retrouvés étaient: hémiplégie (7,3%); paraplégie (1,8%). Les lésions associées étaient : pneumothorax (3,6%); hémopéritoine (3,6%) et fractures de membres (18,18%). Aucun bilan tomométrique n'a été réalisé. Une intubation trachéale a été effectuée dans 36,4% des cas contre 18,1% de patients ventilés. Une sédation (tramadol + valium) a été réalisée dans 18,1% des cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de 02±3 jours (extrêmes:1 et 21jours). Le taux de létalité était de 43,6%.

**Conclusion** : La longue période de crise socio-politique (10 ans) avait favorisé des comportements inhabituels chez les ivoiriens. Les traumatismes crâniens sont devenus fréquents chez les usagers de moto-taxis. Leur prise en charge est difficile. Il est impossible de réaliser un bilan lésionnel. La mortalité reste élevée.

**Mots clés** : traumatisme crânien, moto, réanimation

**Référence**: AFAR Septembre 2007-VOL. 26, Hors-

## URG 9

### Le Patient vivant avec le VIH aux Urgences à Bamako(Mali): problématique de la Prise en charge

Coulibaly Y; Gustave Y; Camara I; Daou S, Diallo Y

Réanimation et Anesthésie, Hôpital Point G, BP 333 Bamako (Mali)

Auteur correspondant : Coulibaly Youssouf, [issou\\_fr@yahoo.fr](mailto:issou_fr@yahoo.fr), Service d'Urgences

#### Introduction

L'Afrique sub-saharienne, est la région la plus touchée par l'épidémie du VIH/SIDA avec 68% de toutes les personnes vivant avec le VIH [3,4]. L'épidémie au Mali est caractérisée par une prévalence urbaine élevée 1 versus 0,9% en milieu rural, avec un maximum pour la ville de Bamako (1,9 %). La prise en charge des patients VIH positif dans les services des urgences des hôpitaux au Mali est difficile en raison des contraintes de plusieurs ordres.

**Objectif** : Déterminer les motifs d'admission des PVVIH dans le service d'urgences et de d'identifier les contraintes de leur prise en charge à Bamako

#### Patients et Méthode

Il s'agissait d'une étude prospective, ouverte non randomisée, sur une période de 09 mois du 1<sup>er</sup> Août 2010 au 6 Avril 2011. La population de l'étude était constituée de l'ensemble des patients adultes admis pour urgence médicale quel que soit l'âge et le sexe. Nous avons inclus dans la série, tout patient adulte, des deux sexes, admis en urgence pour une pathologie médicale avec une sérologie VIH positive, quel que soit le stade évolutif. La présomption du diagnostic clinique de l'infection au VIH était basée sur des critères de l'OMS et la confirmation par deux sérologies positives (tests sérologiques rapides : Détermine, GENIE III). En fonction des facteurs de risque, de l'évaluation clinique et des critères biologiques de gravité, chaque patient était classé selon la classification de CDC Atlanta et de l'OMS avant d'instituer le traitement. Pour chaque patient, nous avons analysé les variables suivantes : le délai d'admission, motif de consultation, délai de prise en charge, le diagnostic, disponibilité et accès aux moyens d'exploration et thérapeutique et le pronostic.

#### Résultats :

Sur un total de 1283 admissions, nous avons colligé 150 patients vivants avec le VIH soit une prévalence de 11,9%. Il s'agissait de 79 patients de sexe masculin et de 71 de sexe féminin (sex-ratio de 1,11). A l'admission, 84 patients avaient une sérologie connue soit 56% contre 66 patients dépistés aux urgences. Les patients étaient de Stade 1(22,7%), stade 2(36,7%), stade 3(14,6%) et stade 4 (26%) selon le stade d'évolution de l'infection VIH de l'OMS. Les motifs d'admission étaient dominés par les troubles digestifs associés à l'amaigrissement et la dyspnée. L'infection opportuniste digestive, respiratoire et neuroméningée étaient le diagnostic retenu chez plus de 95 % des

patients. Les CD4 étaient < 300 chez 25 patients et l'examen BAAR étaient positifs chez 29 patients. La létalité était de 29,3% et, les principales causes de décès étaient des infections opportunistes neuroméningées, respiratoires et digestives. La problématique de la prise en charge aux urgences était en rapport avec : les délais d'admission et de prise en charge long, la rupture de réactifs, l'impossibilité de réaliser le dosage des CD4 et de déterminer la charge virale sur place, la rupture des ARV et l'absence des moyens financiers pour la réalisation des examens complémentaires non pris en charge par le programme.

**Conclusion** : La prévalence hospitalière de 11,9 % et une létalité de 29,3% semblent être les conséquences du retard de diagnostic de l'infection VIH et l'insuffisance de la prise charge globale des patients vivant avec le VIH à Bamako.

**Mots Clés** : VIH /SIDA, Urgences médicales, Prise en charge

**URG 10****Corps étranger laryngo-trachéal:  
urgences diagnostic et  
thérapeutiques à propos d'un cas au  
CHU de Yopougon**

Mpessa E.,<sup>1</sup> Badou E.,<sup>1</sup> Soro L.,<sup>2</sup> Bouh J.,<sup>2</sup> Tanon-  
Anoh MJ.,<sup>1</sup> Kouassi B.<sup>1</sup>

1 service d'ORL et CCF du CHU de Yopougon

2 service d'anesthésie et de réanimation du CHU de  
Yopougon

Auteurs correspondants : Dr MPESSA EKOBO M  
(mekobo@yahoo.fr) cel : 07 84 74 61

**Introduction**

Les corps étrangers laryngo-trachéaux sont très fréquents chez les enfants, leur découverte est suspectée devant une dyspnée laryngée d'installation brutale dans un contexte de jeu avec un syndrome de pénétration. Le danger réside dans le retard de prise en charge du fait de l'épuisement de l'enfant et de la migration du corps étranger vers la carène bronchique. Nous rapportons un cas de corps étranger laryngo-trachéal chez un nourrisson. La revue de littérature à partir de cette observation permet de discuter des possibilités thérapeutiques d'urgence et des mesures préventives.

**Observation**

Il s'agit d'un nourrisson de 19 mois sans ATCD particuliers admis aux urgences pédiatriques pour une dyspnée d'installation brutale évoluant depuis 4 heures de temps. L'examen clinique ainsi que la radiographie pulmonaire réalisée en urgence a mis en évidence un corps étranger radio-opaque projeté dans la filière laryngée à hauteur de C4 -C5.

L'indication d'une trachéotomie de sauvetage a été posée et en per opératoire devant l'arrêt respiratoire, le patient a été intubé. L'évolution immédiate a été marquée par la reprise respiratoire avec dyspnée. A l'auscultation pulmonaire on notait la disparition du murmure vésiculaire dans le champ pulmonaire droit. La radio pulmonaire de contrôle a mis en évidence le corps étranger dans la bronche souche droite avec pneumothorax.

**Conclusion** : Devant un corps étranger laryngé il ne faut pas hésiter à réaliser une trachéotomie en urgence qui donne une chance au patient de rester en vie en attendant la réalisation du traitement définitif

**Mots clés** : Corps étranger, pédiatrie, urgence

**URG 11****Evaluation de la prise en charge  
initiale du patient gravement brûlé  
avant l'admission en réanimation au  
Centre Hospitalier Universitaire  
Souro-Sanou de Bobo-Dioulasso**

AITraore, Kb KI, Raf Kabore, A Rouamba, N  
Ouédraogo

**Introduction** : L'étape préhospitalière est déterminante pour le pronostic à court terme des brûlés graves. La ville de Bobo-Dioulasso ne disposant pas d'activité préhospitalière, une bonne prise en charge initiale des brûlés aux urgences chirurgicales est primordiale avant l'admission en réanimation.

**Objectif** : Evaluer la prise en charge du brûlé grave avant l'admission en réanimation au CHU Souro-Sanou.

**Matériel et méthodes** : Audit clinique sur les dossiers des brûlés graves hospitalisés en réanimation au CHU Souro Sanou de Bobo-Dioulasso pendant les années 2009-2011, à partir d'un référentiel en 19 points inspiré des recommandations de la SFAR 2008, comprenant 4 catégories (circonstances, évaluation, mise en condition, traitement et surveillance). Etait associé une enquête d'opinion par questionnaire auprès du personnel prenant en charge les brûlés graves avant leur admission en **Résultats** : L'audit clinique a relevé des taux de satisfaction bas, de 9 à 42,7%, sur les points concernant l'évaluation du brûlé. Les points concernant les circonstances de survenue de la brûlure et l'estimation de la surface cutanée brûlée avaient plus de 80% de taux de satisfaction, ainsi que les items relatifs au remplissage. Les points portant sur le conditionnement ont eu des taux de satisfaction bas à très bas (2,4 à 53,7%) ; la surveillance des constantes et le réchauffement du patient obtenaient des taux de satisfaction inférieurs à 2,44%. Les points portant sur l'analgésie et l'antibioprophylaxie ont eu des taux de satisfaction inférieurs à 20,73%. Les réponses aux questionnaires font ressortir un besoin de formation théorique et d'entraînement pratique dans la prise en charge initiale du brûlé grave, et des difficultés d'orientation de ces patients.

**Conclusion**: Ces résultats soulèvent le problème de l'acquisition et du maintien des compétences dans la prise en charge initiale des brûlés graves par les acteurs préhospitaliers. Ils soulignent l'importance d'une collaboration entre ces acteurs et les praticiens du CHU. La création d'une unité préhospitalière et la formation continue pourraient contribuer à l'amélioration de la prise en charge de ces patients.

**Mots-Clés** : Brûlés graves, prise en charge initiale, réanimation.

## URG 12

### Pneumopathies aiguës communautaires(PAC) bactériennes aux urgences du C.H.U. Point-G : Profil épidémiologique, clinique et pronostique

Coulibaly Y ; Dicko H ; Savadogo ; Goita D ; Keita M ; Diallo A.

Service Anesthésie-réanimation & Urgences- CHU du Point G, BP333 ; Bamako, Mali

Auteur correspondant : Coulibaly Youssouf. Email: [issou\\_fr@yahoo.fr](mailto:issou_fr@yahoo.fr). Tél 00223 66721411

**Introduction** : Les pneumopathies aiguës communautaires d'allure bactérienne (PACB) sont des infections pulmonaires aiguës non tuberculeuses et non suppurées, acquises hors des institutions de soins.

**Objectif** : décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des PACB.

**Patients et méthode** : Il s'agissait d'une étude ouverte, prospective de type descriptif et analytique, portant sur les patients d'âge  $\geq 15$  ans, admis au service d'accueil des urgences pour PAC. Le diagnostic de PAC bactérienne était basé sur des arguments cliniques, radiologiques et biologiques devant l'association d'au moins un critère majeur avec deux critères mineurs. Les critères majeurs retenus étaient l'anomalie en foyer et/ou une infiltration radiologique récente. Les critères mineurs étaient : une température  $< 35^{\circ}\text{C}$  ou  $> 38^{\circ}\text{C}$ , des frissons avec sueurs, une toux, la modification récente d'une expectoration chronique, d'une dyspnée ou une gêne thoracique. Les patients ayant séjourné dans une structure sanitaire plus de 48h avant l'admission et les malades immunodéprimés (corticothérapie au long cours, tuberculose, VIH) n'ont pas été inclus dans la série

**Résultats** : Cent-deux patients présentant une PAC bactérienne sur 1895 admissions (5,38 %). Le diagnostic bactériologique a été établi chez 65 patients. L'âge moyen était de  $53,21 \pm 18,30$  (18 et 99 ans) avec prédominance du sexe masculin (66,2%). Le début brutal était retrouvé chez 63,1% des patients. Les signes fonctionnels rapportés à l'admission étaient constitués de toux, de dyspnée, et de douleur thoracique avec une fréquence respective de 43,1%, 21,5 et 7,7%. Les comorbidités retrouvées étaient le tabagisme (53,8%), l'insuffisance rénale et la broncho-pneumopathie chronique obstructive. Les signes cliniques constants dans l'évaluation étaient : l'anomalie auscultatoire (98,5%), la fièvre (90,8%) et la toux (84,6%). Les anomalies radiographiques étaient constituées par des opacités alvéolaires (56,9%) et infiltratives (43,1%). Les signes de gravité retrouvés étaient le pouls supérieur à 130/mn (53,84%), l'altération de la conscience (41,5%), une température inférieure à  $36^{\circ}\text{C}$  ou supérieure à  $40^{\circ}\text{C}$  (41,5%), une fréquence respiratoire supérieure à 30

cycles/mn (40%), une déshydratation (30,8%) et une hypotension artérielle avec une pression artérielle systolique (21,5%). A l'examen bactériologique, le *Streptococcus pneumoniae* était retrouvé chez plus de 50 % des patients suivi de *Haemophilus influenzae* (15%) et du *Staphylococcus aureus* (15%). L'antibiothérapie était probabiliste soit en monothérapie avec les bêta-lactamines (27,7%) et les quinolones (6,2%) ou en association avec bêta-lactamine-acide clavulanique (38,5%), bêta-lactamine-quinolones (20%), bêta-lactamine-gentamicine (3,1%), quinolone-metronidazole (3,1%), quinolone-gentamicine (1,5%). La létalité estimée à 35,4% était associée au début brutal ( $p=0,0347$ ) et aux signes de gravité à l'admission ( $p=0,0170$ ).

**Conclusion** : Les PAC d'allure bactérienne représentent une morbidité et mortalité élevées. Leur prise en charge repose sur une antibiothérapie probabiliste efficace visant obligatoirement le pneumocoque sans toutefois nuire à l'écologie bactérienne.

**Mots clés** : Pneumopathies aiguës communautaires, Urgences, Epidémiologie

#### Références

1. **Elkharrat D, Debatisse A, Benhamou F, Le Corre A.** Prise en charge simplifiée de la pneumopathie aiguë communautaire aux urgences. *Infectiologie - Urgence pratique* – 2003; 57: 25-28.
2. **Elkharrat D, Brun-Ney D, Cordier B, Goldstein F et coll.**
3. Prescriptions d'antibiotiques dans 34 Services d'Accueil et de traitement des Urgences français. *Médecine et Maladies Infectieuses*-2003 ; 33 : 70-77.
4. **Elkharrat D.** Epidémiologie des infections respiratoires basses : Etude prospective dans 137 services d'accueil et de traitement des urgences. Paris 2002, abstract de la 22e Réunion Interdisciplinaire de Chimiothérapie Anti-infectieuse (RICIA) : 164.

## URG 13

### Urgences cardiovasculaires (UCV) au Service d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel Touré et au Service de Cardiologie du Luxembourg à Bamako/Mali

Diango.M.D\*, Mangane.M\*, Coulibaly M\*, Tall .F.K\*\*, Dembele A.S.\*\*\*, Coulibaly Y.\*\*\*\*

\* Service d'anesthésie-réanimation CHU Gabriel Touré

\*\* Service d'anesthésie-réanimation CHU de Kati.

\*\*\*Service d'anesthésie CHU IOTA Bamako

\*\*\*\* Département d'anesthésie réanimation CHU Point G

#### Introduction

Les urgences cardio-vasculaires, sont des pathologies, qu'elles soient coronaires, hémodynamiques, rythmique ou de toutes autres origines, mettant en jeu le pronostic vital et fonctionnel du patient. Dans les pays développés (Europe) elles représentent 34% des maladies cardio-vasculaires. En Afrique (Mali), elles constituent un problème majeur de santé publique mais leur nature et leur importance restent mal connues. Notre objectif était de déterminer la nature des urgences cardiovasculaires, de décrire les modalités de leur prise en charge et d'établir le pronostic des UCV.

#### Matériel et méthodes :

Il s'agissait d'une étude multicentrique, prospective réalisée dans le service d'accueil des urgences du CHU Gabriel Touré et celui de cardiologie du centre hospitalier Mère-Enfant de Luxembourg de Bamako sur une année allant du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 Décembre 2011. L'étude a concerné tous les patients des deux sexes âgés d'au moins 10 ans.

#### Résultats :

Un total de 497 patients ont été inclus dans les deux centres soit 302cas au SAU du CHU GT et 195 cas au service de cardiologie du Luxembourg. La prévalence combinée des urgences cardiovasculaires des deux centres était estimée à 1,9%. Le sexe féminin prédominait avec 57,3%, avec un sex-ratio de 1,3. L'âge moyen des patients était de 55,5 ans. Les patients ayant une situation économique faible (62,6%) étaient les plus touchés. Le moyen de transport le plus

utilisé était le Taxi-ville (71,2%). L'HTA représentait l'antécédent et le facteur de risque cardiovasculaire le plus fréquent avec respectivement 60,7%% et 66,1%. Les urgences cardiovasculaires les plus fréquentes étaient : AVC (49,4%), IC NYHA IV (14,8%), SCA (10,8%), HTA sévère (8,2%). Le délai moyen entre le début des symptômes et l'arrivée à l'hôpital était 16,5Heures±21,5. La durée moyenne de séjour était 10,5 Jours±6,2 et nous avons observé 75,8% d'évolution favorable. Le taux de létalité était 3,8%. Les principales causes de décès étaient : AVC (36,8%), SCA (15,7%), embolie pulmonaire (7,1%) et choc cardiogénique (0.7%) **Conclusion**

Les UCV sont une réalité au Mali. La réduction de la mortalité liée aux UCV passe par la prévention, la mise en place d'une médecine pré hospitalière et l'amélioration des conditions de prise en charge à l'hôpital.

**Mots clés:** Urgences cardiovasculaires, CHU Gabriel Touré, Luxembourg, Bamako.

#### Références

1. **Agboton H.** UCV au Bénin : Problèmes courants (Attitude pratique) RAMUR: 2000; 5: 83-84
2. **Maladies du cœur**, Soins d'urgence / RCR... Fondation des maladies, [www.fmcoeur.com](http://www.fmcoeur.com)
3. **Kpémahouton R,** Panorama et prise en charge des UCV à l'USIC de l'USERC du CNHU H.K.M de Cotonou Thèse de Médecine : Cotonou 2002; 139 pages.

## URG 14

### Délais de prise en charge des patients aux urgences du CHU Sourô Sanou de Bobo-Dioulasso

KBKII, AITraore1, Raf Kabore2, Ct Bougouma3, J Sanou4, N Ouedraogo4

1 : CHU Sourô Sanou, 2 : CHU Charles de Gaulle, 3 : CHN Blaise Compaoré, 4 : CHU Yalgado Ouedraogo

**Introduction :** Les délais de prise en charge des patients sont des paramètres importants de l'évaluation de la qualité des soins aux urgences, mal connus dans notre contexte.

**Objectif :** Evaluer les délais de prise en charge des patients dans le service des urgences médico-chirurgicales du CHU Sourô Sanou.

**Méthodologie :** Etude prospective, réalisée du 20 au 26 août 2012. Les données ont été recueillies par des enquêteurs extérieurs au service. N'ont pas été pris en compte les urgences médicales pédiatriques et gynéco-obstétricales. Les données sont exprimées en fréquences et moyennes±écarts standards à la moyenne.

**Résultats :** Au total 180 patients, d'âge moyen 36,5±19,8 ans ont été inclus. Le sex-ratio était de 1,76. Les pathologies chirurgicales représentaient 52,2%. Le délai avant l'examen clinique était en moyenne de 31,6±3,8 mn, sans différence significative entre les patients médicaux (26,7±4,9) et chirurgicaux (36,5±5,9). Le délai moyen des premiers soins était de 87,1±15,0 mn, plus faible ( $p<0,015$ ) pour les patients médicaux (49,2±5,5) que chirurgicaux (122,3±27,7). Le délai moyen du traitement spécifique,

noté pour 37 patients, était de 503,5±136,8 mn ; la différence entre patients médicaux (69,2±15,3) et chirurgicaux (643,1±173,2) n'est pas significative. Les avis cliniques spécialisés étaient obtenus en moyenne après 296,7±136,1 mn et les examens para-cliniques en 114,0±43,5, 111,4±25,7 et 110,3±25,0 mn respectivement pour la radiographie standard, les examens biochimiques et hématologiques. Il n'y avait pas de différence dans les délais de prise en charge en fonction du degré de gravité des patients, excepté pour le traitement spécifique, plus long chez les patients les plus graves. La durée moyenne de séjour aux urgences a été de 644,5±77,2 mn.

**Conclusion :** Le délai d'examen clinique aux urgences du CHU Sourô-Sanou est satisfaisant, mais les délais de prise en charge thérapeutique sont longs. Ces délais de traitement pourraient s'expliquer par divers facteurs : insuffisance du personnel, non disponibilité de certains médicaments à l'hôpital, nécessité du prépaiement des actes et faible pouvoir d'achat des patients, etc. Une réorganisation du système de prise en charge en urgence des patients s'avère indispensable pour améliorer l'offre de soins.

**Mots clés :** délais- prise en charge- urgences