



## Réalités et perspectives de l'Anesthésie-Réanimation et de la Médecine d'Urgence à Madagascar

Premières Journées de la Société d'Anesthésie et de Réanimation de Madagascar  
Antananarivo, 23 - 24 Septembre 2009

### Les mots du Parrain

Messieurs Les Ministres,  
Messieurs Les Représentants du Peuple Malagasy,  
Messieurs les Autorités Universitaires,  
Messieurs les Enseignants,  
Chers Parents et invités, Chers Collaborateurs,  
Mesdames, Messieurs,

Nous assistons ce jour à la cérémonie de sortie officielle de la quatrième (4<sup>ème</sup>) promotion d'Anesthésistes - Réanimateurs issus de la formation DUAR, promotion baptisée « TOKY » ils sont au nombre de six (06).

J'aimerais d'abord adresser mes sincères remerciements aux autorités administratives et universitaires d'avoir accepté de rehausser leur présence cette sortie officielle.

Permettez-moi ensuite d'avoir une pensée pieuse à la mémoire d'un des nôtres le regretté Professeur Agrégé Jean José ANDRIANJATOVO qui a participé activement et efficacement à la Formation de nos Médecins Spécialistes.

Ces Médecins ont suivi un cursus de 02 ans avec des Enseignements théoriques et des mises en situation professionnelle, enseignements contrôlés et sanctionnés par des Evaluations tant formatives périodiques que sommatives en fin d'année et d'étude. Ils seront appelés à servir dans les ex-CHD2 afin de concrétiser la politique nationale de santé, basée sur l'égalité et la proximité des soins.

En effet, l'Anesthésie Réanimation ne devrait plus être confiée totalement aux Infirmiers Aides Anesthésistes, mais devrait être assurée par les Médecins formés ad hoc.

Notre prochaine perspective sera de créer au sein de la Faculté de Médecine un DIUSAR d'Anesthésie Réanimation, qui durera 4 ans ouvert à tous Médecins Diplômés d'Etat. Mais il y aura une mesure transitoire qui permettra aux titulaires du DUAR de continuer pendant 2 ans pour obtenir le DIUSAR.

Je terminerai en souhaitant aux sortants une carrière satisfaisante et non pas frustrante.

Je vous remercie.

*Professeur JM RANDRIAMIARANA*

### **Mise au point sur la prise en charge de l'hémophilie à Madagascar**

Rakoto Alson AO, Raherimandimby H, Rajaofera T,  
Rakotovao AL, Herisoa FR, Rasamindrakotroka A

L'hémophilie est une maladie congénitale héréditaire définie par un déficit en facteur de la coagulation (VIII ou IX), se manifestant chez le garçon mais transmise par la mère. Le syndrome hémorragique, sans aucune tendance à s'arrêter, nécessite un traitement substitutif par le facteur qui manque.

Les manifestations cliniques hémorragiques sont proportionnelles au déficit du facteur de la coagulation : sévère avec manifestations dès la première année de vie, ou légère avec très peu de manifestations. Les hémorragies concernent en particulier les articulations et les muscles mais peuvent occasionner des complications, le décès peut survenir au cours d'un accident hémorragique sans prise en charge adéquate.

Le diagnostic est orienté par la clinique et les antécédents. Il est confirmé par la biologie en constatant un allongement du TCA corrigé par addition de plasma normal et un déficit du facteur antihémophilique VIII ou IX. La biologie précise le facteur déficitaire ainsi que l'intensité du déficit.

Sur une période de 2 ans (de septembre 2007 à septembre 2009), vingt patients ont été diagnostiqués hémophiliques au laboratoire d'hématologie du CHU-JRA dont treize cas d'hémophilie A (65%) et sept cas d'hémophilie B soit 35%. Mais on a recensé environ une centaine d'hémophiles connus à Madagascar.

Depuis 2003, les concentrés de facteurs antihémophiliques ont été reconnus parmi les médicaments essentiels. La commande ainsi que la distribution sont assurées par le CNTS. Toutefois, la couverture n'est pas assurée entièrement étant donné la quantité limitée disponible. En cas d'hémorragie ou de traumatisme chez un hémophile, l'indication d'injection de concentré de facteur VIII ou IX est établie. En principe, il faut une injection de 15-60UI/kg pour le VIII (toutes les 12 heures) et de 30-100UI/kg pour le IX (toutes les 24 heures), sachant qu'une unité/kg correspond à une augmentation de 2% pour le VIII et de 1% pour le IX.

Si le concentré de facteur n'est pas disponible (insuffisance en stock), la transfusion de plasma est nécessaire pour apporter le facteur déficient ou à défaut du sang total en respectant la règle de la compatibilité ABO et les procédures d'hémovigilance. En particulier, il faut déceler les accidents de surcharge. Le traitement substitutif sera arrêté à l'arrêt du saignement ou amélioration des symptômes.

**Mots clés:** Hémophilie — Madagascar — Facteurs — Plasma

### **Proposition de prise en charge périopératoire d'une patiente porteuse de la maladie de Willebrand**

Rakotoarison RCN, Razafimahefa FS,  
Randriamizao HMR, Randriamiarana MJ.

La maladie de Willebrand est la plus fréquente des affections

hémorragiques constitutionnelles de l'hémostase. Elle est liée à un défaut quantitatif ou à une anomalie fonctionnelle et/ou structurale du facteur.

Nous rapportons dans cette étude prospective la proposition de prise en charge périopératoire d'une femme âgée de 37 ans porteuse de la maladie de Willebrand, vue en consultation pré anesthésique pour une myomectomie, en juin 2008, au service de Réanimation Chirurgicale du Centre Hospitalo-universitaire Ravoahangy Andrianavalona Ampefiloha Antananarivo. Actuellement, l'intervention n'a pas encore été réalisée.

Etant une maladie rare, notre objectif est de présenter les préparatifs pour la prise en charge périopératoire de cette maladie. Nous avons conclu que ce type de chirurgie est réalisable sous réserve d'une correction des facteurs déficitaires en préopératoire. Ce qui permet d'éviter ou de limiter les risques hémorragiques liés à l'intervention chirurgicale.

**Mots-clés** : Hémostase – Périopératoire – Willebrand.

### Un cas d'accident transfusionnel secondaire à l'anticorps anti-Cw chez un adulte Malgache

Rakotoarivony ST, Riel AM, Randriamandrato T, Tohaina D, Rakoto Alson O, Randriamiarana MJ.

Bien que rarement décrit dans la littérature, l'anticorps anti-Cw est une des étiologies d'accidents transfusionnels avec trouble hémodynamique grave et hématologique pouvant devenir chronique. Notre objectif est de rapporter un cas observé chez un adulte malgache de 52 ans, et de la discuter par rapport aux données de la littérature.

**Mots-clés** : Accident transfusionnel – Anticorps anti-Cw

### Hypertension artérielle et grossesse : Facteurs de risque et pronostic materno-fœtal

Randriambololona DMA, Andrianampalinarivo H R

L'hypertension artérielle demeure une pathologie fréquente et grave chez la femme enceinte malgré de nettes avancées dans la connaissance de sa physiopathologie. Objectifs : connaître la prévalence hospitalière de l'association hypertension artérielle et grossesse, identifier les principaux facteurs de risque et connaître le pronostic maternel et néonatal en termes de morbidité et de mortalité.

Matériels et méthodes : C'est une étude rétrospective, descriptive et analytique, réalisée sur trois ans, de juin 2005 à mai 2008, dans le service Maternité du CENHOSOA Antananarivo. Elle concerne toutes les patientes enceintes hospitalisées qui avaient une pression artérielle systolique  $\geq 140$  mmHg et/ou une pression artérielle diastolique  $\geq 90$  mmHg.

Résultats : la prévalence de l'hypertension artérielle chez les femmes enceintes était de 2,99 %. Les facteurs de risque mentionnés dans la littérature n'avaient pas été confirmés par notre étude. La morbidité maternelle était représentée par l'hématome rétroplacentaire dans 5,3 % des cas, le HELLP syndrome dans 2,7 % et l'éclampsie dans 1,3 % des cas. Aucun décès maternel n'était noté. La morbidité fœtale était importante. 48 % des nouveau-nés étaient des prématurés, 38,7 % étaient atteints de retard de croissance intra-utérin et 14,7% présentaient une asphyxie néonatale. Le taux de mortalité périnatale était de 18,7 %. La protéinurie avait été un marqueur de valeur dans la prédiction du risque de morbidité périnatale en termes de prématurité et de retard de croissance intra-utérin.

Conclusion : Le dépistage de l'hypertension artérielle est primordial au cours des consultations prénatales. Une prise en charge rapide et efficace des cas diagnostiqués peut diminuer la morbidité materno-fœtale grâce à un diagnostic précoce de l'apparition de complications.

**Mots-clés** : Facteurs de risque – Grossesse - Hypertension artérielle – Pronostic.

### Epidémiologie de la cardiopathie au cours de la grossesse

Andrianirina M, Rasolonjatovo TY.

L'incidence de la cardiopathie au cours de la grossesse est stable à 1 à 2 % depuis des décennies dans les pays développés. Nous ne disposons pas de chiffre national dans ce domaine.

Nous avons ainsi étudié de façon rétrospective les dossiers des femmes enceintes présentant des signes de cardiopathie admises à la maternité de Befelatanana entre février 2007 et juillet 2009. Nous avons recruté 37 cas parmi les 22 234 accouchements soit 1/600 accouchements. Elles sont mariées et ménagères dans respectivement 94,59 % et 63 % des cas avec un âge moyen de 29,59  $\pm$  6,56 ans et un âge moyen de la grossesse de 32,97  $\pm$  7,94 semaine d'aménorrhée (SA), ont effectué une consultation pré natale moyenne de 2,94  $\pm$  1,76 et sont référées par le service par le service de cardiologie dans 32 % des cas. La cardiopathie liée à la grossesse est responsable de 15 cas, la cardiopathie valvulaire de 12 cas, la cardiopathie congénitale de 6 cas (dont 2 cas ont été opérés), la coronaropathie de 3 cas et 1 cas de trouble de la conduction. Nous avons eu 2 cas d'ITG, 1 cas d'avortement, 3 cas de rétention placentaire, 31 accouchements dont 14 par voie basse (dont 4 sous APD) et 17 par césarienne et 1 décès maternel par cardiomyopathie obstructive.

La modification physiologique engendrée par la grossesse, débutant à 5 SA et maximale à 32 SA, est responsable de la décompensation cardiaque. La cardiomyopathie du péripartum est l'apanage de la peau noire, la valvulopathie est pour les pays en développement et la cardiopathie congénitale pour les pays développés. La coronaropathie peut être la conséquence de la prostaglandine ou de l'hémorragie de la délivrance.

L'amélioration du pronostic de ces femmes passe par une bonne surveillance de leur grossesse, une bonne prévention de la cardiopathie rhumatismale et une prise en charge multidisciplinaire de leurs accouchements.

**Mots-clés** : Cardiopathie – Epidémiologie – Grossesse.

### Mise au point sur la prise en charge de l'asthme aigu grave chez l'enfant

Rakotomalala L, Ratsimbazafy ABA, Rakotozanany A, Raobijaoana H

L'asthme est la maladie chronique la plus fréquente de l'enfant : il atteint 10 % de la population pédiatrique mondiale dont 1 à 6 % des enfants hospitalisés nécessitent un séjour dans un service de réanimation pour une crise d'asthme aigu grave.

L'asthme aigu grave de l'enfant constitue une urgence à la fois diagnostique et thérapeutique car il peut mettre en jeu le pronostic vital et sa prise en charge en réanimation pédiatrique requiert un arsenal thérapeutique spécifique.

Dans tous les cas, l'oxygénothérapie et les bêtamimétiques administrés par voie inhalée constituent le traitement de choix. La nébulisation d'anti cholinergique de synthèse en association aux bêtamimétiques apporte un bénéfice modéré à la phase initiale.

En cas d'absence de réponse aux nébulisations, les bêtamimétiques par voie intra veineuse sont indiqués. Les corticoïdes par voie intra veineuse ont une place importante dans la prise en charge en urgence de l'asthme aigu grave. Les autres thérapeutiques adjuvantes telles que l'aminophylline, l'adrénaline, le sulfate de magnésium, le mélange hélium-oxygène ont également leur indication en deuxième intention et l'intubation trachéale avec assistance respiratoire constitue le traitement de dernier recours.

**Mots-clés** : Asthme aigu grave – Bêtamimétique – Pédiatrie – Réanimation.

### Actualité sur la stratégie de prise en charge de la fièvre aigüe du nourrisson

Rafaravavy NE, Randrianaivo N, Ravelomanana T, Ratsimbazafy ABA, Raobijaona H.

La fièvre est l'élévation de la température corporelle centrale au delà de 38°C. C'est un symptôme extrêmement fréquent qui accompagne un grand nombre de maladies infectieuses le plus souvent bénignes et particulièrement banales dans la petite enfance.

Bien que « banale », la fièvre est génératrice d'angoisse chez les parents car elle peut être le premier symptôme d'une maladie infectieuse grave ou peut générer des complications telles que les convulsions.

Le raisonnement médical dans une telle situation comprend plusieurs étapes : affirmer la réalité de la fièvre, repérer les situations d'urgence, rechercher la cause de la fièvre par la clinique et par des examens complémentaires hiérarchisés et adaptés, traiter la fièvre et éventuellement sa cause.

**Mots-clés** : Antipyrétique – Fièvre – Infection – Nourrisson.

### Urgences diagnostique et thérapeutique devant un syndrome hémorragique du nouveau-né

Rakotozanany A, Rakotomalala L, Ratsitohaina H, Ravelomanana N.

Les syndromes hémorragiques du nouveau-né constituent une urgence à la fois diagnostique et thérapeutique. Le risque réside sur la survenue d'un risque hémorragique pouvant engager le pronostic vital alors que l'éventail thérapeutique est parfois limité dans nos contrées. Objectifs : illustrer la démarche diagnostique devant un syndrome hémorragique du nouveau-né et faire le point sur la prise en charge thérapeutique d'urgence en rapportant une observation.

Les auteurs rapportent le cas d'un nouveau-né de 10 jours, sans antécédent familial notable, admis pour syndrome hémorragique généralisé, évoluant rapidement vers un choc hémorragique. Les bilans d'hémostase n'ont pu être réalisés en urgence et l'évolution est catastrophique malgré un traitement symptomatique.

Les syndromes hémorragiques du nouveau-né constituent encore de réelles urgences thérapeutiques. La recherche d'une étiologie doit être entreprise dans la mesure du possible afin d'adapter le traitement.

**Mots-clés** : Coagulation – Hémostase – Maladie hémorragique du nouveau-né.

### L'invagination intestinale aigüe en situation précaire à propos de 49 cas

Razafimanjato N, Andriamanarivo ML.

L'invagination intestinale aigüe constitue l'urgence chirurgicale abdominale la plus fréquente du nourrisson et de l'enfant. Elle nécessite un diagnostic précoce et un traitement d'urgence. Le but de cette étude est de rapporter les aspects épidémiocliniques de l'invagination intestinale aigüe, de décrire sa prise en charge diagnostique et thérapeutique en situation précaire.

Nous rapportons 49 cas d'invagination intestinale aigüe idiopathique du nourrisson et de l'enfant sur une période de 4 ans. L'âge moyen des cas est de 8,5 ans. Elle concerne les garçons dans plus de 30 % des cas. La triade classique douleur – vomissement – réctorragie est présente dans 63 % des patients. La forme iléo-coeco-colique est la plus fréquente. L'échographie est réalisée dans 4 cas. Aucun lavement aux hydrosolubles n'a été fait. Le traitement est chirurgical. La morbidité et la mortalité sont élevées.

Cette étude nous montre que le diagnostic précoce des

invaginations intestinales aiguës en situation précaire reste difficile. L'absence de lavement aux hydrosolubles conduit dans tous les cas à une intervention chirurgicale. Dans ces situations, la morbidité et la mortalité restent élevées.

**Mots-clés** : Diagnostic – Invagination intestinale – Situation précaire – Thérapeutique.

### Drainage péricardique : intérêt de la voie sous-xyphoïdienne

Rajaonahary TMA, Assoumani AA, Rakotovo MF, Rakotoarisoa AJC, Ravalisoa MLA.

La péricardite est une affection fréquente qui pose souvent un problème de diagnostic et de traitement. La tamponnade constitue une urgence thérapeutique et la constriction péricardique est toujours à craindre, quel que soit la cause.

Les auteurs rapportent une série de 30 drainages-biopsies péricardiques pour des tamponnades et épanchements péricardiques traïnants, avec ou sans risque de tamponnade, tout en essayant de montrer l'intérêt de la voie sous-xyphoïdienne dans un contexte de précarité. La clinique, l'électrocardiogramme, la radiographie du thorax et l'échocardiographie ont permis de diagnostiquer l'épanchement péricardique.

Le drainage chirurgical par voie sous-xyphoïdienne, sous anesthésie locale a permis de décompresser les cavités cardiaques et de réaliser une biopsie à visée diagnostique. Cette voie mini-invasive a permis de réduire la douleur postopératoire et la durée d'hospitalisation. Mais elle a également permis d'avoir un traitement étiologique spécifique dans plus de 60 % des cas. Néanmoins, quatre décès ont été enregistrés du fait du retard de diagnostic, chez des sujets admis en mauvais état général.

**Mots-clés** : Biopsie – Drainage – Péricardite – Tamponnade.

### Infarctus du myocarde aigu et thrombolyse par Streptokinase à Madagascar. Réflexion faite sur deux observations.

Rasamimanana R, Rakotorahalahy M, Rasamimanana NG, Rathat C, Andrianjatovo JJ, Rakotoarimanana S, Randriamiarana MJ.

L'infarctus du myocarde aigu (IDMA) est une urgence cardiologique à risque fatal important. La repermeabilisation dans les premières heures constitue le volet principal de sa prise en charge. A Madagascar, le protocole de prise en charge ainsi que les indications des différentes techniques de repermeabilisation ne sont pas encore bien établis du fait des problèmes socio-économiques.

L'objectif de cette étude est d'apporter une contribution à l'amélioration de la prise en charge de l'IDMA à Madagascar par l'utilisation de la streptokinase.

Nous rapportons deux cas d'IDMA ayant été diagnostiqués respectivement à la 3<sup>ème</sup> heure et à la 5<sup>ème</sup> heure du début des symptômes. Ils ont pu bénéficier d'un traitement thrombolytique par la streptokinase. L'évolution à court et moyen terme était favorable.

Ainsi, bien qu'il existe actuellement d'énormes progrès sur l'amélioration des molécules de thrombolyse, la streptokinase a été utilisée dans nos observations avec une bonne efficacité et sans complication. De plus, elle constitue certainement une molécule bénéfique pour Madagascar du fait de son faible coût par rapport aux autres thrombolytiques.

La streptokinase devrait être proposée sur le marché car cette disponibilité constitue le premier pas vers l'amélioration de la prise en charge de l'infarctus du myocarde aigu à Madagascar.

**Mots-clés** : Infarctus du myocarde aigu – Madagascar – Thrombolyse – Streptokinase.

### Fistule artério-biliaire intra-hépatique post-traumatique. Rapport d'un cas vu au CHUA-JRA

Randrianirina HH, Andrianjatovo JJ, Fidison A, Randriamiarana MJ.

La fistule artério-biliaire intra-hépatique post-traumatique est une forme étiologique exceptionnelle d'une hémorragie digestive chez l'adulte. L'objectif de notre étude est d'en rapporter un cas vu au CHU d'Antananarivo, et de discuter son tableau clinique et sa prise en charge par rapport à la littérature. Il s'agit d'un homme de 22 ans, sans antécédents particuliers, ayant subi un traumatisme violent de l'abdomen, 24 heures avant l'apparition d'une hémorragie digestive intarissable aux traitements médicaux, et d'un état de choc qui a conduit l'admission aux urgences. Le diagnostic était confirmé par la laparotomie.

Devant une hémorragie digestive massive aiguë et sans anomalies des investigations para cliniques habituelles, une étiologie vasculaire est possible et qui nécessite des examens complémentaires plus approfondis. La correction volémique est primordiale. Les perturbations hémodynamiques secondaires à l'état de choc et aux effets des produits anesthésiques nécessitent un choix très précis des produits à utiliser et de leurs techniques d'utilisation. Le pronostic dépend surtout de la qualité et de la précocité de la prise en charge multidisciplinaire (anesthésie-réanimation, chirurgie, imagerie). Une hémorragie digestive massive doit faire penser à une étiologie fistulaire vasculo-biliaire. Le tableau clinique est tardif, alors que la prise en charge doit être rapide et précoce pour éviter l'hypovolémie mortelle.

**Mots-clés** : Anesthésie – Etat de choc – Fistule biliaire – Hémorragie digestive.

### Prise en charge chirurgicale des traumatismes thoraciques graves

Ahmed A, Razafimanjato N, Rakotoarisoa AJC, Rakotovo HJL

Les traumatismes thoraciques sont des situations fréquentes qui peuvent être à l'origine d'une détresse respiratoire et/ou hémodynamique. Les étiologies principales sont les plaies pénétrantes du thorax et les traumatismes fermés. Dans 30 % des cas, les lésions thoraciques s'inscrivent dans le cadre d'un polytraumatisme. L'enjeu majeur de la prise en charge de ces blessés est l'évaluation initiale en salle de déchoquage. En se fondant sur la littérature et notre expérience, les auteurs définissent la prise en charge des traumatisés du thorax grave en s'intéressant particulièrement aux mécanismes lésionnels, aux indications chirurgicales et à la stratégie diagnostique et thérapeutique. La coopération entre le chirurgien, le réanimateur et l'urgentiste tout au long de la prise en charge diagnostique et thérapeutique de ces traumatisés graves est indispensable.

**Mots-clés** : Chirurgie – Polytraumatisme – Traumatisme thoracique – Urgence.

### Pneumothorax spontané chez l'enfant

Ralahy MF, Rakotoarisoa AJC, Rakotovo HJL, Ravalisoa MLA, Rakotozafy G.

Le pneumothorax spontané chez l'enfant est moins fréquent que chez l'adulte, le diagnostic est parfois difficile car le tableau clinique est polymorphe, fonction de la sévérité de la pathologie ; allant d'une douleur thoracique banale à une détresse respiratoire aiguë qui nécessite des gestes salvateurs en urgence.

Ainsi, nous rapportons deux cas vus dans notre service, le premier cas est un nourrisson de 2 mois entré pour pneumothorax suffocant traité par drainage thoracique en urgence, le second est un enfant de 2 ans entré pour douleur thoracique dont la

radiographie a révélé un pneumothorax droite, bien toléré qui n'a nécessité aucune mesure particulière.

L'objectif de cette communication est de faire, à partir de nos cas, souligner chez l'enfant les aspects cliniques et thérapeutiques de cette pathologie à la lumière d'une revue de la littérature afin d'améliorer sa prise en charge.

**Mots-clés** : Diagnostic – Enfant – Pneumothorax – Traitement.

### Anesthésie pour endarteriectomie carotidienne

Rajaonera TA, Ramarolahy AR, Rakotoarisoa AJC, Randriamiarana MJ, Sztark F.

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) constituent à Madagascar une pathologie source de morbidité et de mortalité non négligeables. La majorité des sont de type ischémique. Une des étiologies des AVC de type ischémique est la sténose carotidienne. La sténose siège essentiellement au niveau de la bifurcation carotidienne. L'indication d'endarteriectomie est posée en cas de sténose de plus de 70 % associée à un AVC récent régressif ou non ou une amaurose.

Nous relatons le cas d'une femme de 50 ans hypertendue connue, traitée, chez qui une endarteriectomie carotidienne était indiqué au vu du résultat du doppler des vaisseaux du cou : sténose de 60% de la carotide interne droite. Cette femme était classée à risque cardiaque potentiel, son score de Lee était estimé à 6,6 % au cours de l'évaluation pré opératoire. L'aspirine était maintenue chez cette femme en péri opératoire. Une anesthésie générale était réalisée avec propofol et fentanyl. Aucun événement majeur n'était noté en per opératoire. En post opératoire, un saignement important au niveau du site opératoire ayant nécessité une transfusion sanguine était la seule complication. Ce saignement était probablement dû au maintien de l'aspirine en péri opératoire. La malade était transférée par la suite en chirurgie à J2.

L'endarteriectomie carotidienne et l'anesthésie s'y rapportant constituent une nouveauté à Madagascar. La gestion péri opératoire a été adaptée à la réalité du pays. Nous estimons cependant que cette prise en charge comporte des lacunes que nous pensons améliorer pour les cas futurs.

**Mots-clés** : Accident Vasculaire Cérébral – Anesthésie – Endarteriectomie carotidienne.

### Ischémie myocardique post-opératoire chez un post-opéré de lithiase rénale obstructive

Andrianimaro FM, Rajaonera TA, Rakotoarison RCN, Andrianjatovo JJ, Fidison A.

L'insuffisance coronarienne majeure la morbidité postopératoire. Elle est responsable d'une mortalité de 50 % à 2 ans. C'est une situation grave du fait de la difficulté de prise en charge notamment chez les sujets polytarés en postopératoire. L'objectif de notre étude est de rapporter un cas afin d'améliorer la prise en charge d'ischémie myocardique en postopératoire. Notre cas concerne un homme âgé de 59 ans, tabagique, insuffisant rénal chronique, hypertendu, ayant bénéficié d'une néphrolithotomie sous anesthésie générale et présentant un syndrome coronarien aigu en postopératoire immédiate dont l'évolution est favorable. Trois impératifs se posent : un bilan pré opératoire minutieux, une conduite anesthésique stable sans variations hémodynamiques et le choix entre un traitement antiagrégant plaquettaire ou l'arrêt de celui-ci. La période post opératoire est la plus critique chez les coronariens surtout si associée à des facteurs favorisants et des tares. La prise en charge doit être multidisciplinaire avec participation du chirurgien, de l'anesthésiste-réanimateur et du cardiologue.

**Mots-clés** : Anesthésie – Antiagrégant plaquettaire – Syndrome coronarien aigu.

### Intérêt de l'échographie rapide pratiquée par les médecins des urgences

Rasamimanana NG, Raveloson NE, Andriamalala NC, Rajoelina SM, Ralison A.

Les médecins des Urgences du CHU Mahajanga ont bénéficié du PREP (Programme Rapide d'Echographie des Polytraumatisés). Cette formation a été validée par une équipe de l'hôpital Gabriel Martin de La Réunion et par le radiologue du CHUM. Le but de notre travail est de déterminer si cette technique a permis d'optimiser la prise en charge des patients.

Nous avons réalisé une étude prospective des résultats de l'échographie rapide pratiquée par les médecins des urgences sur des patients admis pour polytraumatisme et douleur viscérale aigue pendant la période du 16 décembre 2005 au 30 avril 2006. Nous avons inclus 37 dossiers de patients dont 20 polytraumatisés et 17 admis pour une douleur abdominale et/ou pelvienne aiguë. Le sex ratio était de 1,2. L'âge varie de 6 à 70 ans. Les circonstances des traumatismes étaient la chute de hauteur, écrasement, coups et blessures volontaires, accident de circulation, plaie pénétrante. Les médecins urgentistes ont retrouvé 8 cas de PREP anormal avec 7 positifs et 1 faux positif. Parmi les résultats positifs, un cas seulement a été vérifié par le radiologue. Le diagnostic était pour la plupart une rupture de rate, fracture du rein. Concernant le faux positif, le radiologue a confirmé le même résultat, pourtant il s'agissait d'un volumineux globe vésical. Les patients admis pour douleur abdominale et/ou pelvienne ont présenté des signes digestifs, des signes urinaires, la plupart des signes gynécologiques avec contracture et défense. Les médecins ont découverts 9 cas de PREP anormaux avec 7 positifs et 2 faux positifs. 2 cas ont été vérifiés par le radiologue. Parmi les résultats positifs il s'agissait de GEU et de dilatation pyélo-calicielle.

Le PREP a permis un diagnostic rapide motivant les médecins des urgences dans leur décision thérapeutique.

**Mots-clés :** Echographie – Polytraumatisés – Urgences.

### Forme hémorragique grave de la fièvre de la Vallée du Rift observée chez un jeune Malgache

Raveloson NE, Ramorasata JA, Rasolofohantrinosy R, Randrianantoandro P, Rakotoarivony ST, Sztark F.

La fièvre de la vallée du Rift (FVR) est une zoonose virale qui touche principalement les animaux mais elle peut contaminer l'homme. La forme hémorragique constitue une complication grave et mortelle de la FVR, elle ne s'observe que dans 1 % des cas mais gravement mortelle dans 50 % des cas.

Notre étude rapporte un cas grave de forme hémorragique de FVR qui est observé dans le service de réanimation du CHU Antananarivo (Hôpital Joseph Raseta Befelatanana) chez un éleveur de 22 ans. La maladie se manifeste par un syndrome infectieux et une apparition précoce (dès le 2<sup>ème</sup> jour) des complications hémorragiques. Ce sont des hémorragies diffuses (hématémèse, gingivorragie, pétéchies, hématurie, hémorragie au point de ponction veineuse...). Cette complication hémorragique a entraîné le décès de ce patient dès le 4<sup>ème</sup> jour du début de symptôme malgré la réanimation. Le bilan biologique a montré des altérations de la fonction hépatique et des troubles de la coagulation. Des défaillances multi viscérales ont été également observées.

**Mots-clés :** Fièvre de la vallée du Rift – Gravité – Hémorragie.

### Enquête préliminaire sur la pratique anesthésique au CHRR d'Antsirabe

Riel AM, Rakotoarivony ST, Rasamoelina N, Fidison A, Randriamiarana MJ

Le CHRR d'Antsirabe ne dispose pas de médecin anesthésiste-réanimateur. Nous avons mené une étude pour évaluer la

pratique de l'anesthésie au sein de cet établissement.

C'est une étude prospective, observationnelle, sur une période de trois mois allant du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 31 mars 2009. Tous les patients ayant reçu de l'anesthésie sont recrutés.

Nous avons recruté 97 patients anesthésiés. Quatre vingt deux patients, soit 84,53 % recevaient une anesthésie générale, 15 patients soit 15,46 % étaient sous rachianesthésie. Aucun n'a eu une anesthésie locorégionale périphérique. Pour l'anesthésie générale, les techniques anesthésiques n'étaient pas balancées, mais standardisée : 100 µg de fentanyl pour tout patient, 10-12mg/kg de thiopental et 1-2 mg de pancuronium. L'intubation orotrachéale est réalisée chez 72 patients. L'ampicilline 2g à l'induction est l'antibioprophylaxie utilisée pour toute chirurgie. Le réveil se fait sur table avec retour immédiat dans la chambre. Aucun traitement antalgique n'est instauré au bloc

La pratique anesthésique au CHRR d'Antsirabe ne répond pas à la norme internationale, et ne fournit pas de sécurité aux patients.

**Mots-clés :** Anesthésie – Antsirabe – Pratique.

### Trois cas de rétraction ischémique des fléchisseurs communs de la main d'étiologies différentes

Ramananjato SE, Randriamizao HMR, Rakotoarison RCN, Rajaonera TA, Andrianjatovo JJ.

La rétraction ischémique des fléchisseurs communs de la main est une complication rare mais grave d'une nécrose musculoneurvé, quel que soit l'étiologie. Nous rapportons trois cas ayant les mêmes manifestations cliniques, mais ils se différencient par leur mécanisme physiopathologique, afin d'améliorer leur prise en charge diagnostique et thérapeutique et de proposer des mesures préventives pour éviter l'apparition de cette complication.

Ces trois cas sont dus à une baisse de perfusion de la loge musculaire, dont la revascularisation brutale met en jeu le pronostic vital. Le premier cas est dû à une fracture supra-condylienne négligée du coude gauche associée à un massage traditionnel, le second est un phlegmon de la main droite aggravé par un phénomène d'allergie cutané et le troisième est un syndrome de Volkmann en phase d'alarme. A l'admission, ils ont présenté l'attitude en griffe des doigts, typique d'une rétraction ischémique. Chacun a bénéficié soit une aponévrotomie de décharge, soit une mise à plat, selon la situation. La réanimation associée prévient le syndrome de reperfusion. L'évolution après 45 jours est marquée par la préhension limitée de la main rétractée.

Le retard de la levée de l'obstacle du flux vasculaire met en jeu le pronostic fonctionnel de la main, de même que l'importance de la compression vasculaire. Pour ces trois cas, ce retard de la levée d'obstacle existe dont la cause est différente. Ainsi, pour améliorer la prise en charge, il faut que les patients sachent les avantages d'un traitement médical bien conduit. Pour prévenir les complications, il faut donner les informations nécessaires.

**Mots-clés :** Rétraction ischémique – Nécrose musculoneurvé – Syndrome de reperfusion.

### Le bloc ilio-fascial dans la prise en charge des urgences traumatiques de l'enfant

Randriamizao HMR, Randriamandrato T, Rajaonera TA, Andrianjatovo JJ.

Un certain nombre de techniques d'anesthésie locorégionale sont adaptées à l'urgence, tout particulièrement à la gestion des urgences traumatiques des membres, surtout chez l'enfant. L'intérêt majeur des blocs nerveux périphériques en situation

d'urgence réside dans l'absence de retentissement hémodynamique, respiratoire ou neurologique. Parmi ces techniques d'anesthésie locorégionale figure le bloc iliofascial dont l'indication comprend les fractures du col fémoral, per et sous-trochantériennes, diaphysaires et supra condyliennes.

Au service des urgences chirurgicales du CHUA-HUJRA, ce bloc iliofascial est utilisé surtout pour l'analgésie des fractures du fémur chez l'enfant permettant la mobilisation et le transport des blessés, la pratique des clichés radiographiques, la mise en place d'une attelle pour immobilisation du foyer de fracture minimisant le risque d'embolie graisseuse. L'avantage est le bloc moteur réalisant un relâchement du muscle quadriceps.

C'est une technique simple, facile d'utilisation, efficace et ne nécessite ni recherche de paresthésies, ni utilisation d'un neurostimulateur. De plus, elle coûte moins cher que les analgésiques systémiques usuels. Elle peut être pratiquée aussi bien en pré hospitalier qu'aux urgences, même pour un médecin non anesthésiste-réanimateur, tout en respectant les règles de bonne pratique de l'anesthésie locorégionale.

**Mots-clés** : Bloc iliofascial – Bloc fémoral – Analgésie – Fracture du fémur.

### Les facteurs déterminants dans l'évolution de la pré-éclampsie vers l'éclampsie à propos de 283 cas

Harioly Nirina MOJ, Rasolonjatovo TY, Andrianirina M, Ranoaritiana DB, Fidison A, Randriamiarana MJ

Les auteurs essaient d'identifier les facteurs favorisant l'évolution de la pré-éclampsie vers l'éclampsie rencontrée dans le service de réanimation du Groupe Hospitalier Mère-Enfant/Gynécologie et Obstétrique (Maternité de Befelatanana du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo).

Par une étude rétrospective transversale descriptive portant sur 283 dossiers de femme diagnostiquée pré-éclampsique et/ou éclampsique ayant accouché puis séjourné dans le service de réanimation en 2007. Les paramètres analysés sont : l'âge de la mère, les antécédents, la situation matrimoniale, la parité, la consultation prénatale (CPN).

Parmi les 283 cas recensés, quatre-vingt dix avaient présenté une éclampsie, soit une incidence de 31,8 %. L'éclampsie touchait plus les adolescentes âgées de moins de 18 ans (67,7 %) que les femmes âgées de 36 ans et plus (15,3 %) ( $p = 10^{-7}$ ). Environ 3 femmes pré-éclampsiques et/ou éclampsiques sur 10 souffraient d'une hypertension artérielle diagnostiquée lors de la première consultation prénatale (34,1 %). Les femmes non mariées étaient plus exposées à l'éclampsie ( $p = 0,04$ ). Les multipares faisaient moins d'éclampsie (25,7 %) par rapport aux primipares (38,9 %) ( $p = 0,02$ ). Les femmes qui n'ont pas fait de consultations prénatales étaient plus exposées à l'éclampsie ( $p = 10^{-7}$ ).

Plusieurs facteurs de risque favorisent l'évolution de l'éclampsie chez une femme pré-éclampsique. La seule détection des sujets à risque lors des consultations prénatales pourrait contribuer à une amélioration de la morbidité.

**Mots-clés** : Eclampsie – Facteurs de risque – Pré-éclampsie.

### Les césariennes en urgence à la maternité de Befelatanana

- Communication affichée -

Andrianirina M, Harioly NMOJ, Ratemiarivolona E, Rasolonjatovo TY, Andrianampalinarivo HR.

Les auteurs essaient de mesurer la performance du centre et de déceler les failles afin d'apporter des améliorations dans la prise en charge des césariennes en urgence rencontrés dans un service de réanimation de la maternité de Befelatanana.

A travers une étude prospective et descriptive des dossiers des femmes césarisées en urgence ayant transitées obligatoirement dans ce service sur une période de trois mois. Les paramètres

étudiés sont : la fréquence, les paramètres épidémiologiques, la qualité de suivi de la grossesse, les problèmes rencontrés au cours de la prise en charge des opérées.

Nous avons recruté 329 dossiers d'opération césarienne en urgence soit une incidence de 14,30 pour 100 accouchements. L'âge moyen était de 27,3 ans avec des extrêmes de 16 à 45 ans. Elles étaient mariées dans 196 cas soit 59,57 %, illégitime dans 129 cas soit 39,21 % et célibataire dans 2 cas soit 0,61 %. Elles résidaient en ville dans 263 cas soit 79,94 %, en sub urbaine dans 38 cas soit 11,55 % et hors du district dans 28 cas soit 8,51 %. Le nombre moyen de la consultation pré natale était de 4,1. Parmi les 41,05 % de cas des urgences absolues seules 1,87 % avaient été opérées dans les 30 minutes qui suivent l'indication. Les problèmes rencontrés étaient une mauvaise organisation interne dans 14 cas, attente dans 10 cas, problèmes de personnel dans 34 cas, insuffisance de local et de matériels dans 19 cas, renseignements incomplets dans 214 cas sur les 3948 attendu.

Les césariennes en urgence à la maternité de Befelatanana sont de qualité moyenne. Un grand effort doit être apporté dans la célérité de la prise en charge des urgences absolues, dans l'amélioration de la qualité de la consultation prénatale et dans la tenue des dossiers.

**Mots-clés** : Césarienne - Prise en charge – Urgence.

### Complications des transfusions : cas sur au centre hospitalier de Soavinandriana

I.J. Randriantsara, A.J.Ch. Ramorasata, M.N. Andriambololona

**Propos.** - La transfusion sanguine constitue un acte thérapeutique visant à rétablir la volémie et à restituer l'équilibre hémodynamique. Sa pratique doit respecter des règles de prescription bien précises, des techniques de transfusions rigoureuses et une surveillance étroite. Son exécution implique la conscience et la compétence de tous les personnels soignants pour une vigilance extrême à l'affût de toute complication. Elle permet de sauver une vie mais elle peut provoquer également des complications fonctionnelles et infectieuses pouvant causer le décès.

L'objectif de ce travail est de relever les cas d'accidents transfusionnels à manifestations immédiates au cours de la transfusion.

**Méthodes.** - Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et analytique menée au Centre Hospitalier de Soavinandriana, concernant tous les services de soins de cet établissement, prévue sur deux ans. Les résultats préliminaires sur une période de dix mois sont rapportés dans ce travail. Sont inclus tous les cas de transfusion présentant des signes ou des manifestations cliniques bruyantes survenant au plus tard vingt quatre heures après la transfusion.

**Résultats.**- 638 cas de transfusion par sang total sont recensés en 09 mois. 596 patients ont reçu au moins 2 poches de 400 ml. L'âge des receveurs varie de 14 à 78 ans avec un âge moyen de 43,7. Le sex-ratio est de 1.67 (373 M – 223 F). Le Service d'Anesthésie-Réanimation et Bloc Opératoire (21,47%), le Service de Gastro-Entérologie et Hépatologie (17,44%), le Service d'Accueils et Urgences (12,91%), et le Service de Médecine et des maladies respiratoires (12,75%) constituent les services prescrivant le plus la transfusion sanguine. 43 cas d'accidents transfusionnels enregistrés, soit 6,73% prédominant entre la tranche d'âge de 35 à 65 ans. Les manifestations sont variables selon l'âge et le sexe.

**Conclusion.**- La transfusion sanguine est un acte thérapeutique salvateur mais expose à différents risques. Sa pratique se fait suivant des règles rigoureuses. Cette étude préliminaire laisse de larges perspectives pour l'amélioration des collectes de données, pour le suivi des actes de transfusion et pour la création d'un Comité d'Hémovigilance.

**Mots-clés** : Transfusion - Complication - Manifestation - Précoce - Suivi.