

Treizième Congrès de la Société d'Anesthésie—Réanimation de Madagascar

Hôtel Jardin de la Mer, Morondava, 27—28 Novembre 2025

Les mots du Président

Pour cette année, le congrès de la SARM sera différent des années antérieures en effet deux thèmes : l'anesthésie réanimation respiratoire et la réanimation métabolique seront traités. Ces thèmes au cours des congrès ou des EPU ont été quelque peu oublié mais constituent une grande partie des activités en anesthésie en réanimation. À part cela ce congrès comme presque chaque année maintenant verra des consultations de masse, des ateliers de différents thèmes et pour cette année nous avons fait en sorte de satisfaire les desideratas de tout un chacun en terme de thématique. Les maladies respiratoires constituent toujours un défi dans leur prise en charge en anesthésie et réanimation de même les pathologies métaboliques comme le diabète, et ce congrès comme à l'accoutumée mettra à jour les dernières recommandations par rapport à ces pathologies. Morondava a été choisi cette année pour lieu du congrès car sûrement la plupart des congressistes ignorent cette région et ce sera une occasion de s'enrichir l'esprit par le congrès et de découvrir Morondava. En terminant je tiens à adresser ma reconnaissance et mes remerciements à tous les sponsors ayant participé à la réalisation de ce congrès ainsi que les collègues de la SARM qui ont fait leur maximum pour faire de ce congrès une réussite. Merci infiniment et à Morondava.



Professeur RAJAONERA Andriambelo Tovohery

ENSEIGNEMENTS POST-UNIVERSITAIRES

Evaluation d'un patient opéré du thorax

Professeur RAJAONERA AT

Service de Réanimation chirurgicale, CHU JRA, Antananarivo

L'évaluation préopératoire en chirurgie thoracique est un processus multidisciplinaire crucial qui vise à identifier les risques du patient et de la procédure, et à concevoir une stratégie de soins personnalisée pour minimiser les complications postopératoires. Elle comprend l'anamnèse, l'examen physique, l'évaluation de la fonction respiratoire et cardiaque, et parfois des tests complémentaires pour la capacité fonctionnelle. Les objectifs de l'évaluation sont d'identifier les facteurs de risque : détecter les maladies non identifiées qui pourraient augmenter le risque de complications ; de concevoir une stratégie de soins adaptée : personnaliser les soins préopératoires et le traitement ; d'optimiser l'état du patient : contrôler les troubles actifs comme l'insuffisance cardiaque ou le diabète et d'éduquer le patient : informer le patient sur les risques et les stratégies de prévention. L'évaluation préopératoire en chirurgie thoracique est une étape fondamentale pour assurer la sécurité du patient en identifiant et en gérant ses risques individuels, afin de garantir les meilleurs résultats possibles de l'intervention.

Mots-clés : Anesthésie ; Chirurgie thoracique ; Consultation préanesthésique ; Sécurité du patient.

Diagnostic et prise en charge du syndrome de détresse respiratoire aigu selon les dernières recommandations.

Professeur RAVELOSON Nasolotsiry Enintsoa

Service Accueil—Triage—Urgence—Réanimation, CHU JRB

Le Syndrome de Détresse Respiratoire Aigu (SDRA) n'est pas une maladie mais un regroupement syndromique défini par des variables cliniques et paracliniques. Le SDRA est un œdème pulmonaire lésionnel, causé par une hausse de la perméabilité capillaire pulmonaire survenant à la suite d'une agression directe ou indirecte de la membrane alvéolo-capillaire, associé à une inflammation pulmonaire intense et une hypoxémie sévère. Selon la définition la plus récente de Berlin par l'European Society of Intensive Care Medicine (ESICM), le SDRA est défini par la présence dans les 7 jours suivant une pathologie pulmonaire ou extra-pulmonaire aiguë de l'association d'une hypoxémie aiguë ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300$ mmHg) chez un patient ventilé avec une pression expiratoire positive (PEP) de 5 cmH₂O au moins, ainsi que d'infiltrats radiologiques bilatéraux non entièrement expliqués par une insuffisance cardiaque ou une surcharge volémique. Cette définition de Berlin distingue les SDRA selon le rapport $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ en SDRA légers ($200 < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300$ mmHg), SDRA modérés ($100 < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200$ mmHg) et SDRA sévères ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 100$ mmHg).

Dans le monde, l'incidence du SDRA est de l'ordre de 1,5 à 3,5 sur 100.000 habitants par an ; et de 7 à 9% chez les patients ventilés en réanimation. Son taux de mortalité varie de 30 à 45%. Son épidémiologie en Afrique est moins documentée que dans d'autres régions, mais les causes comme les pneumonies et les septicémies restent des facteurs importants, particulièrement en raison des défis liés aux infrastructures de santé. Il n'y a pas de données épidémiologiques spécifiques sur le syndrome de détresse respiratoire aiguë à Madagascar. Cependant, une étude de 2020 sur la COVID-19 à Madagascar a montré que le SDRA était une complication fréquente, représentant 32,26 % des cas.

La prise en charge de ce syndrome est centrée sur le diagnostic, le traitement étiologique et l'assistance ventilatoire surtout invasive. Les réglages du ventilateur doivent éviter d'induire des lésions pulmonaires supplémentaires qui contribuent à obérer le pronostic du malade. Il est essentiel de limiter les volumes et les pressions pulmonaires (VT= 6ml/kg ; Pression de plateau < 28-30 cm H₂O et PEP ≥5cm H₂O). Une curarisation précoce et courte (48 heures) ainsi que la mise en décubitus ventral précoce dans les formes les plus sévères réduit la mortalité. Maintenir un bilan hydro-sodé négatif, une fois le choc contrôlé, permet de réduire la durée globale de ventilation mécanique. Une corticothérapie peut être mise en route en cas de SDRA non-résolutif

Mots-clés : Curarisation ; Dyspnée ; Syndrome de détresse respiratoire aiguë ; Ventilation protectrice.

Traumatisme thoracique : stratégie de prise en charge initiale.

Professeur **RAKOTOARISON RCN**

Service des Urgences Chirurgicales,
CHU Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo

Les traumatismes thoraciques sont des lésions de la paroi thoracique et des organes à l'intérieur de la cage thoracique suite à un choc, à un accident ou à un effort. Ils peuvent être pénétrant ou fermés et entraîner des blessures de plusieurs organes. Les traumatismes thoraciques sont graves quand ils entraînent une défaillance respiratoire et/ou hémodynamique. Cette gravité peut être initiale ou différée et tous les traumatismes thoraciques doivent être considérés comme potentiellement graves même en l'absence de détresse cardiorespiratoire initiale en raison du pourcentage élevé de lésions occultes. L'objectif de cet EPU est d'apporter une mise au point sur la stratégie de prise en charge initiale d'un traumatisé thoracique.

Les traumatismes thoraciques représentent un motif de consultation fréquent dans les services des urgences. Dans 30% des cas, les lésions thoraciques s'inscrivent dans le cadre d'un poly traumatisme responsable de 20% à 50% des décès traumatiques. 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, les auteurs définissent la prise en charge des traumatisés du thorax en s'intéressant particulièrement

à la hiérarchie des examens paracliniques, à la place du drainage thoracique et aux indications chirurgicales. L'évaluation initiale des traumatisés du thorax nécessite l'application systématique d'une procédure standardisée dont le but est de hiérarchiser les lésions et de réaliser les gestes thérapeutiques salvateurs adaptés. La coopération entre l'urgentiste, le réanimateur et le chirurgien tout au long de la prise en charge diagnostique et thérapeutique est indispensable.

Mots-clés : Diagnostic ; Prise en charge initiale ; Traumatisme thoracique ; Urgence.

Analgesie en chirurgie thoracique

Professeur **HARIOLY MOJ**

Service de Réanimation, CHU Tanambao, Antsirananana

La chirurgie thoracique est reconnue comme étant pourvoyeuse d'une douleur aiguë postopératoire intense. Plusieurs facteurs sont impliqués dans la sévérité de cette douleur après ce type de chirurgie notamment lors d'une thoracotomie. Sous-évaluée et sous traitée, cette douleur aiguë postopératoire est à l'origine d'une douleur chronique invalidante (jusqu'à 30 % des patients dans les trois mois après thoracotomie) et augmente la morbi-mortalité postopératoire. D'où sa prise en charge qui se repose sur l'analgesie multimodale faisant appel à plusieurs molécules analgésiques en préventions ou en curatifs. D'autre part, des techniques d'anesthésie loco régionale comme l'anesthésie péridurale, les blocs de paroi peuvent être proposées comme moyens très intéressants dans la lutte contre les douleurs précoces post opératoire d'une chirurgie thoracique. Actuellement, ces techniques ont fait preuves de leur efficacité clinique en termes de gestion de la douleur tout en réduisant la consommation morphinique. En outre, elles participent fortement au succès de la réhabilitation postopératoire et à la kinésithérapie respiratoire après thoracotomie. Ainsi, une optimisation de la gestion de la douleur après chirurgie thoracique associant une analgesie systémique et loco-régionale permet de réduire les complications d'ordre respiratoires d'améliorer le confort du patient en postopératoire immédiat.

Mots-clés : Analgesie multimodale ; Chirurgie thoracique ; Douleur postopératoire.

Syndrome obstructif sévère en anesthésie réanimation

Professeure **RASAMIMANANA NG**

Service de Réanimation et Urgences, CHU PZaGA, Mahajanga

Un trouble ventilatoire obstructif sévère (TVOS) est une forme grave d'obstruction des voies aériennes caractérisée par une limitation des débits d'air lors de l'expiration souvent associée à des maladies comme la BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive) ou l'asthme sévère. Ces situations se distinguent par la caractéristique réversible ou pas du TVO, l'association

à une destruction du parenchyme pulmonaire, le retentissement sur l'hématose. Le diagnostic de sévérité repose sur une spirométrie montrant une diminution significative du rapport VEMS/CVF (Volume Expiratoire Maximal par seconde / Capacité Vitale Forcée) et un VEMS très bas, associé à des facteurs cliniques de gravité comme l'hypoxémie, l'hypercapnie et les défaillances d'organe. En anesthésie, l'utilisation des scores prédictifs de complications respiratoires post-opératoires serait plus utile tout en tenant compte des facteurs liés à la chirurgie et à l'anesthésie. L'apport de la ventilation non invasive (VNI) est bien établi et bénéfique dans le cadre des syndromes obstructifs sévères dont l'efficacité est incontestablement liée à sa mise en œuvre et ses réglages. En réanimation, il est primordial de reconnaître ses indications tout en évitant de retarder la décision d'intuber le malade. La place de la VNI n'est pas encore définie dans l'asthme aiguë grave. Après extubation au réveil anesthésique, la VNI peut être utilisée de façon systématique dans le sous-groupe des patients BPCO. Par ailleurs les traitements se basent sur une association de bronchodilatateurs, le corticoïde et la kinésithérapie. En anesthésie, la prévention des complications respiratoires post-opératoires implique l'arrêt du tabac, la kinésithérapie, la ventilation protectrice peropératoire.

Mots-clés : Anesthésie ; Complications respiratoires ; Réanimation ; Troubles ventilatoires obstructifs ; ventilation non invasive.

Complications postopératoires chez l'adulte

RAZAFINDRABEKOTO LDE¹, RANDRIANIRINA HH², RANDRIAMIZAO HMR¹

*Service de Réanimation, CHU Tambohobe
Service des Postopérés, CHU PZaGa, Mahajanga
Service de Réanimation, CHU Andrainjato, Fianarantsoa*

Malgré les progrès réalisés en anesthésie-réanimation et en chirurgie, la réduction du risque de complications postopératoires reste un défi majeur. En effet, les complications postopératoires ont un impact négatif sur la morbi-mortalité et la qualité des soins du patient. Elles sont souvent dues à l'interaction entre des facteurs de risque spécifiques au patient, le type d'intervention chirurgicale et les environnements de soins. La prévalence de ces complications postopératoires peut aller jusqu'à 25 % dont 5,2 % sont potentiellement évitables. Le taux de mortalité est estimé entre 0,5 à 5% en cas de chirurgie majeure. La survenue des complications chirurgicales peut être immédiate (moins de 6h postopératoire), à court terme (entre 6h et 72h), ou à long terme (supérieure à 72h). Par ailleurs, elles peuvent être générales (douleur, fièvre, saignement, thrombose veineuse profonde) ou spécifiques, liées à une défaillance d'organe (complication pulmonaire, cardiaque, gastro-intestinale, urinaire ou nerveuse) entraînant une prolongation de la durée d'hospitalisation et une augmentation du coût des soins.

L'identification des facteurs de risque permet d'intervenir précocement. Une évaluation préopératoire bien conduite, l'application de la check-list avant, pendant et après chaque intervention, et le respect des autres

mesures de sécurité selon les lignes directives de l'Organisation Mondiale de la Santé permettraient d'assurer la sécurité du patient [3]. En outre, l'utilisation des scores d'évaluation et de stratifications de risques tels que le quick *Sequential sepsis-related Organ Failure Assessment* (qSOFA), le Syndrome de Réponse Inflammatoire Systémique (SRIS), le Comprehensive Complication Index (CCI) contribue à prévenir ces risques, à établir le pronostic et à adapter la prise en charge. Ainsi, une prise en charge multidisciplinaire impliquant tous les membres de l'équipe soignante est nécessaire au cours des différentes phases de l'intervention chirurgicale.

Mots-clés : Complications postopératoires ; Comprehensive complication index ; morbidité ; qSOFA.

Rocuronium

Professeur RAJAONERA AT

Service de Réanimation Chirurgicale, CHU JRA, Antananarivo

Le Rocuronium est un myorelaxant non dépolarisant d'action rapide et de durée intermédiaire. Il bloque temporairement la transmission des signaux nerveux aux muscles, les empêchant ainsi de se contracter. Il agit en se fixant sur les récepteurs cholinergiques nicotiques de la plaque motrice, ce qui empêche l'acétylcholine d'y exercer son action. Le rocuronium est utilisé en anesthésie générale et en soins intensifs. Son principal avantage par rapport à d'autres agents de ce type est son délai d'action bref (90 secondes), ce qui peut conduire à son utilisation comme relaxant de choix lorsqu'une intubation rapide est nécessaire. Des antagonistes, comme la néostigmine ou le sugammadex, peuvent être administrés pour accélérer le rétablissement de la fonction musculaire favorable.

Mots-clés : Curare ; Myorelaxant ; Rocuronium.

Utilisation du sevoflurane en anesthésie et en réanimation

RAELISON JG¹, VITA OA¹, RAKOTOMAVO FA², HARIOLY MOJ³, RAJAONERA AT⁴

*¹Service de Réanimation, CENHOSOA, Antananarivo
²Service Accueil—Triage—Urgence—Réanimation, CHU JRB
³Service de Réanimation, CHU Tanambao, Antsirana
⁴Service de Réanimation chirurgicale, CHU JRA, Antananarivo*

Le sevoflurane occupe désormais une place affirmée dans l'arsenal de l'anesthésie moderne et s'intègre progressivement en réanimation. Notre objectif est d'actualiser son intérêt dans ces deux domaines. En anesthésie, le sevoflurane reste l'un des agents halogénés les plus utilisés chez l'adulte comme chez l'enfant. Ses qualités - induction inhalée facile, de sa bonne tolérance hémodynamique, l'entretien et le réglage facile de la profondeur anesthésique et sa récupération rapide - font un agent central pour l'induction, l'entretien et l'optimisation du réveil. Il demeure une réf-

rence pour une anesthésie fiable, stable et aisément réversible. En réanimation, son administration via anaconda ou Sedaconda permet une sédation titrable, un éveil plus rapide, une possible diminution du delirium. Toutefois, les données actuelles ne démontrent pas de supériorité claire sur la durée de ventilation mécanique ou la mortalité par rapport aux hypnotiques intraveineux. Chez les patients présentant un SDRA sévère ou un traumatisme crânien grave, une prudence accrue est recommandée. Les recommandations récentes soutiennent une utilisation ciblée : sédations courtes ou modérées, nécessité d'un réveil rapide, ou intolérance aux agents intraveineux. Cette technique doit être réservée aux équipes formées, disposant d'un protocole rigoureux et d'un matériel approprié. Ainsi, le sevoflurane demeure un pilier essentiel en anesthésie et une option sélective en réanimation, à intégrer selon une évaluation bénéfices/risques

Mots-clés : Anesthésie ; Induction ; Réanimation ; Sédation ; Sévoflurane.

Stratégies de prise en charge des troubles acido-basiques en Réanimation

RANDRIANIRINA HH¹, TOHAINA VD², RASAMIMANANA NG³, RIEL AM⁴

¹Service des postopérés, CHU PZaGa, Mahajanga

²Service des Urgences, CHU Mahavoky Atsimo, Mahajanga

³Service de Réanimation et Urgences, CHU PZaGa, Mahajanga

⁴Service de Réanimation, CHU Antanambao, Toliara

Les troubles acido-basiques sont des modifications pathologiques de la pression partielle du dioxyde de carbone (PCO₂) ou du bicarbonate sérique (HCO₃⁻) qui sont à l'origine d'une variation importante du pH plasmatique dépassant la capacité de compensation physiologique de l'organisme. Iatrogène ou non, plusieurs contextes physiopathologiques, induits par une pathologie médicale ou médicochirurgicale sont à l'origine de ce trouble métabolique. Cette situation est fréquente en réanimation et évolue vers une conséquence clinique grave, notamment cardiovasculaires, neurologiques, respiratoires et métaboliques. En réanimation, cette situation expose à un risque accru de défaillances cliniques sévères notamment cardiovasculaires, neurologiques, respiratoires et métaboliques. L'objectif de la prise en charge vise à rétablir l'équilibre acido-basique en impliquant une démarche étiologique bien conduite car un traitement spécifique de la ou les causes sous-jacentes est nécessaire. Le traitement symptomatique et le tamponnement acido-basique seul ne suffisent pas dans la majorité des cas et sont réservés dans des situations bien précises. Ainsi, à part les traitements étiologiques, plusieurs approches thérapeutiques ont été évoquées et chacune a des avantages et des inconvénients. Des risques de surcharges hydriques et électrolytiques (surcharge hydrosodée, hyperosmolarité, hypokaliémie...) sont les plus évoquées ainsi qu'une aggravation des troubles métaboliques existants au décours d'une perfusion excessive de solutions salines. Compte tenu de ces risques, plusieurs questions se sont posées ces dernières années sur le type et le volume des solutions de remplissage à

administrer. Actuellement, les moyens pour une alcalinisation sont peu nombreux et reposent essentiellement sur le bicarbonate de sodium ou l'épuration extrarénale qui reste un moyen efficace de prise en charge quand la fonction rénale est altérée. Cependant, l'administration de bicarbonate de sodium ne doit pas être banalisée devant toute acidose car des effets nocifs peuvent survenir.

Mots-clés : pH plasmatique ; Traitement étiologique ; Troubles acido-basiques.

Troubles de l'hydratation en réanimation

TOHAINA VD², RANDRIANIRINA HH¹, RASAMIMANANA NG³, RIEL AM⁴

¹Service des Urgences, CHU Mahavoky Atsimo, Mahajanga

²Service des postopérés, CHU PZaGa, Mahajanga

³Service de Réanimation et Urgences, CHU PZaGa, Mahajanga

⁴Service de Réanimation, CHU Antanambao, Toliara

Les troubles de l'hydratation constituent une pathologie fréquente en réanimation. Ils résultent d'un déséquilibre entre les entrées et les sorties d'eau et de sodium. Le diagnostic est surtout clinique, dont la cause et la conséquence se comprennent à travers des examens biologiques sanguin et urinaire. Le traitement dépend de l'étiologie. Maltraités, ces troubles se compliquent et peuvent engager le pronostic fonctionnel, voire le pronostic vital. Composant le plus important de notre organisme, l'eau totale représente 60 % du poids corporel, teneur variable selon l'adiposité, le genre et l'âge. Cette eau se répartit dans deux compartiments cellulaire et extracellulaire (subdivisé en secteur plasmatique et secteur interstitiel). L'organisme tente d'ajuster le bilan hydrosodé afin de maintenir stable l'hydratation intracellulaire et l'hydratation extracellulaire. Et la balance hydrique passe obligatoirement par un mécanisme de contrôle comprenant principalement la soif et la vasopressine, et accessoirement le système rénine-angiotensine-aldostérone. Les troubles de l'hydratation se définissent comme de l'hyperhydratation ou de la déshydratation, que ce soit en secteur cellulaire ou en secteur extracellulaire ou encore un trouble global. Les causes sont multiples, faisant suite à un bilan sodé perturbé par une pathologie ou de cause iatrogène. Pour traiter un trouble de l'hydratation cellulaire ou extracellulaire en réanimation, il faut comprendre son mécanisme. La gravité réside dans son retentissement organique (neurologique, rénal, cardiocirculatoire, etc.)

Mots-clés : Bilan hydrique ; Hydratation ; Pronostic ; Réanimation.

Insuffisance rénale aiguë en réanimation

RAELISON JG¹, RAHANITRINIANA NP², RAJAONERA AT²

¹Service de Réanimation, CENHOSOA, Antananarivo

²Service de Réanimation Chirurgicale, CHU JRA, Antananarivo

L'insuffisance rénale aiguë (IRA) est une complication fréquente et grave en réanimation et peut atteindre jusqu'à 50 % des patients, dont plus de 10 % nécessiteront une épuration extra-rénale (EER). En

réanimation, les causes sont souvent intriquées mais le plus souvent pré-rénales dans 60-70% des cas. Une IRA complique 40 % des hospitalisations en réanimation liées à un sepsis.

Elle est responsable d'une augmentation de la durée d'hospitalisation, du risque de ré-hospitalisations, d'insuffisance rénale chronique (IRC) même en cas d'IRA non sévère [KDIGO 1], et de dépendance à la dialyse. Elle a également pour conséquence un risque de mortalité 5 fois plus important. La prise en charge repose sur un diagnostic étiologique rapide, l'utilisation de biomarqueurs précoces, l'utilisation de biomarqueurs précoces, la correction des agressions hémodynamiques, et si nécessaire, le recours à une épuration extra-rénale continue et adaptée. La prévention et la détection précoce reste les piliers de l'amélioration du pronostic de ces patients critiques. La récupération rénale biologique est inconstante et conditionne le pronostic à moyen et long terme de ces patients.

Mots-clés : Insuffisance rénale aiguë ; Réanimation ; Clearance de la créatinine.

Dysnatrémie en réanimation

RAZAFINDRAINIBE FAP¹, RAKOTOARISON RCN¹

¹Service des Urgences Chirurgicales, CHU JRA, Antananarivo

Les dysnatrémies représentent les troubles hydro-électrolytiques les plus fréquemment rencontrés chez les patients de réanimation. Elles sont fréquentes et peuvent être une complication acquise ou un motif d'hospitalisation avec des conséquences potentiellement graves, surtout cérébrales.

L'objectif de cette présentation est d'apporter une mise au point sur la conduite à tenir devant les dysnatrémies en Réanimation. Une dysnatrémie apparaît facilement dans les unités de Réanimation (environ un tiers des patients avec une natrémie normale à l'admission), que ce soit dans les unités chirurgicales ou médico-chirurgicales. L'hyponatrémie est le trouble le plus courant, tandis que l'hypernatrémie est fréquente en Réanimation.

Une prise en charge adaptée, qui tient compte de la rapidité d'installation et de la présence de symptômes, est cruciale pour éviter les complications neurologiques, notamment un œdème cérébral lors de l'hyponatrémie ou des hémorragies lors de l'hypernatrémie. Pour l'hyponatrémie, les possibilités thérapeutiques sont nombreuses en fonction du mécanisme (restriction hydrique, apport sodé, etc.).

En ce qui concerne la prise en charge de l'hypernatrémie, les recommandations sont plus standardisées (augmentation des apports hydriques, suppression des apports sodés, etc.), avec une vigilance particulière chez l'agressé cérébral en raison des risques d'HTIC.

Mots-clés : Complications cérébrales ; Dysnatrémie ; Réanimation.

« Insuffisance hépato-cellulaire aiguë sévère. La reconnaître tôt... agir vite pour sauver des vies »

Professeure RAKOTONDRAINIBE Aurélia

Service de Réanimation, CHU Morafeno, Toamasina

L'insuffisance hépatocellulaire (IHC) aiguë sévère correspond à l'installation rapide d'une coagulopathie (« International Normalized Ratio » ou INR $\geq 1,5$) associée à une encéphalopathie hépatique chez un patient jusque-là indemne de maladie hépatique chronique, et ce dans un délai inférieur à 26 semaines [1, 2]. Dans la pratique, les causes varient selon les contextes telles que : intoxication au paracétamol, hépatites virales A, B ou E, atteintes auto-immunes, toxiques, ischémie hépatique. Cette hétérogénéité impose une démarche diagnostique immédiate, car le pronostic dépend largement de l'identification rapide d'une cause potentiellement réversible [1, 2].

Sur le plan physiopathologique, l'IHC sévère reflète une destruction hépatocytaire massive, entraînant une chute brutale des capacités de synthèse et de détoxification. L'accumulation d'ammoniaque, les perturbations microcirculatoires et l'activation inflammatoire systémique s'auto-entretiennent. La libération de « Damage-Associated Molecular Patterns » (DAMPs), l'augmentation de la perméabilité intestinale et l'emballement immunitaire concourent ainsi à une progression vers la défaillance multiviscérale : encéphalopathie, insuffisance rénale, instabilité hémodynamique, sepsis secondaire [2, 3]. L'intervalle entre l'ictère et l'apparition de l'encéphalopathie demeure un indicateur pronostique essentiel, au même titre que le développement de défaillances d'organes évaluées par les critères « Chronic Liver Failure (CLIF) Consortium » ou CLIF-C [4].

La prise en charge impose une admission immédiate en réanimation. Les priorités consistent à maintenir une perfusion adéquate, corriger les troubles métaboliques, protéger le cerveau, contrôler l'hyperammoniémie, prévenir les infections et initier le traitement spécifique de la cause (comme la N-acétylcystéine dans l'intoxication au paracétamol) [2]. La transplantation hépatique demeure la seule option curative en cas de mauvais pronostic, guidée par les scores King's College, « Model for End-Stage Liver Disease » (MELD) ou CLIF-C selon le profil évolutif [1].

En anesthésie-réanimation, l'IHC sévère impose une gestion hautement instable : coagulopathie « rebalancée », hémodynamique fragile, encéphalopathie et métabolisme altéré des agents anesthésiques. L'INR reflète mal l'état réel d'hémostase, avec risque simultané de saignement et de thrombose et un seuil de plaquettes inférieur à $50 \times 10^9/L$ guide la transfusion. Les tests viscoélastiques sont recommandés pour ajuster les produits sanguins, tandis que la baisse des résistances systémiques justifie un recours précoce aux vasopresseurs [5]. Une anesthésie adaptée repose ainsi sur un monitoring serré et des choix médicamenteux prudents [5, 6]. La dimension nutritionnelle est tout autant cruciale. L'hypercatabolisme, la sarcopénie accélérée et le

risque majeur de dénutrition imposent une stratégie nutritionnelle précoce (24 à 48 heures), idéalement par voie entérale, même en présence d'encéphalopathie, afin de préserver l'immunité et la masse maigre [1]. En outre, des interventions infirmières structurées, comme le « clustered nursing », améliorent la fonction hépatique, l'état nutritionnel et le bien-être des patients, renforçant l'importance d'une approche multimodale en réanimation [7].

L'objectif de cet enseignement post-universitaire est d'offrir une mise à jour pratique sur l'IHC sévère : comprendre rapidement les mécanismes, identifier les signes de gravité et adopter les réflexes essentiels en réanimation. En résumé, l'IHC sévère est une urgence extrême qui exige une reconnaissance rapide, une stabilisation intensive et une coordination étroite entre réanimation, hépatologie, anesthésie et nutrition. L'enjeu est clair : agir vite pour infléchir une évolution souvent fulminante.

Mots-clés : Coagulopathie ; Défaillance multiviscérale ; Encéphalopathie hépatique ; Insuffisance hépatique ; Soins intensifs.

Références

1. Verzár Z, Kiss R, Bálint CP, Pakai A, Csákvári T. Nutritional management of liver failure in the intensive care unit. *Medicina (Kaunas)*. 2025;61(7):1210.
2. Girish V, Royer A, John S. Acute liver failure. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan- [Mis à jour : Juillet 2025]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482374/>
3. Br VK, Sarin SK. Acute-on-chronic liver failure: Terminology, mechanisms and management. *Clin Mol Hepatol*. 2023;29(3):670-89.
4. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on acute-on-chronic liver failure. *J Hepatol*. 2023;79(2):461-91. *Erratum in: J Hepatol*. 2024;81(2):370.
5. Kaur B, Cardenas A, Karvellas CJ. Pretransplant management of the patient with severe acute-on-chronic liver failure. *Clin Liver Dis (Hoboken)*. 2022;19(5):187-90.
6. Spring A, Saran JS, McCarthy S, McCluskey SA. Anesthesia for the patient with severe liver failure. *Adv Anesth*. 2020;38:251-67.
7. Min X, Lu L, Wen B. Effect of clustered nursing on liver function indexes, nutrition, and emotional status of patients with severe liver failure. *Medicine (Baltimore)*. 2024;103(43):e40267.

Troubles de conscience chez un diabétique

RABENJARISON F¹, RAVELOSON NE²

Service de Réanimation, CHU Andohatapenaka, Antananarivo
Service Accueil—Triage—Urgence—Réanimation, CHU JRB

Les complications métaboliques aiguës du diabète constituent un motif fréquent d'admission en réanimation. La physiopathologie de l'acidocétose diabétique (ACD) et le syndrome d'hyperglycémie hyperosmolaire (SHH) (anciennement « coma hyperosmolaire »), est très proche. Le tableau clinique commun de ces deux cas est caractérisé par la survenue de déshydrata-

tion sévère et le trouble de conscience pouvant évoluant jusqu'au coma. L'acidocétose diabétique survient le plus souvent chez le diabétique de type 1. Elle est associée à une hyperglycémie modérée (2,5–5 g/L) et une cétonémie et/ou cétonurie positive. Dans le cadre de l'hyperglycémie hyperosmolaire, l'hyperglycémie est très élevée (> 6 g/L) associée à une osmolarité plasmatique > 320 mOsm/kg. Leur traitement repose sur les mêmes principes : réhydratation, insulinothérapie et correction des troubles électrolytiques [1]. L'acidose lactique est une acidose métabolique organique due à une accumulation d'acide lactique par augmentation de sa production ou diminution de son utilisation. On parle d'acidose lactique en présence d'une acidose métabolique organique associée à une lactatémie supérieure à 5 mmol/L [2]. Le traitement par metformine chez le diabétique de type 2 expose classiquement au risque d'acidose lactique. L'hypoglycémie est une complication indissociable du traitement du diabète. Son diagnostic repose sur la triade de Whipple associant des symptômes compatibles avec une hypoglycémie, une glycémie inférieure à 0,5 g/L et une résolution rapide des symptômes avec la normalisation de la glycémie [3].

Mots-clés : Acidocétose diabétique ; Acidose lactique ; Diabète ; Hypoglycémie ; Syndrome d'hyperglycémie hyperosmolaire.

Références

1. Kitabchi AE, Umpierrez GE, Murphy MB, Kreisberg RA. Management of hyperglycemic crises in patients with diabetes. *Diabetes Care* 2006; 29: 2739-48.
2. Orban JC, Ghaddab A, Chatti O, Ichai C. Metformin associated lactic acidosis. *Ann Fr Anesth Reanim* 2006; 25: 1046-52.
3. Murata GH, Duckworth WC, Shah JH, Wendel CS, Hoffman RM. Factors affecting hypoglycemia awareness in insulin-treated type 2 diabetes: the Diabetes Outcomes in Veterans Study (DOVES). *Diabetes Res Clin Pract* 2004; 65: 61-7.

Prise en charge péri-opératoire des enfants atteints de troubles métaboliques : recommandations actualisées

Professeure RANDRIAMIZAO HMR

Service de Réanimation, CHU Andrainjato, Fianarantsoa

La prise en charge péri-opératoire des enfants présentant des troubles métaboliques repose sur la prévention du catabolisme, la correction des déséquilibres métaboliques et une surveillance rapprochée.

I. Évaluation préopératoire et planification

I.1. Stabilisation clinique préalable

Il faut reporter toute chirurgie élective en cas : d'infection aiguë, d'hypoglycémie, d'acidose métabolique non corrigée, de déshydratation, de suspicion de rhabdomyolyse. En cas d'urgence, tout trouble métabolique doit être corrigé autant que possible avant

l'induction anesthésique.

I.2. Gestion du jeûne

La principale mise à jour concerne le jeûne périopératoire, remplaçant la règle traditionnelle 6-4-2 par une règle 6-4-3-1 : 6 heures pour les aliments solides, 4 heures pour le lait, 3 heures pour le lait maternel et 1 heure pour les liquides clairs. Cette évolution des recommandations encourage une approche davantage centrée sur le patient en réduisant les risques de déshydratation et d'inconfort liés à des durées de jeûne inutilement prolongées. Par ailleurs, la mise en place systématique d'une perfusion glucosée (G5-G10%) chez les enfants à risque : 4-6 mg/kg/min, jusqu'à 8-10 mg/kg/min chez les nourrissons est fortement recommandée.

II. Prise en charge peropératoire

II.1. Prévention du catabolisme

Actuellement, la règle est de maintenir une perfusion continue de glucose IV, et de garder les objectifs glycémiques de 4 à 8 mmol/L. Il faut strictement éviter toute glycémie < 3,5 mmol/L ou > 10 mmol/L. L'utilisation systématique de solutions hypotoniques pour la perfusion d'entretien augmente significativement le risque d'hyponatrémie iatrogène par rapport aux solutions isotoniques. Des solutions isotoniques équilibrées doivent ainsi être utilisées pour la perfusion d'entretien pendant la chirurgie chez l'enfant. Du glucose à 1-2% peut être ajouté en cas de risque d'hypoglycémie peropératoire. L'encéphalopathie hyponatrémique est une affection rare mais potentiellement mortelle nécessitant un traitement rapide.

II.2. Monitoring métabolique rapproché

Cela concerne la glycémie toutes les 30-60 minutes, le gaz du sang si instabilité ou acidose, les lactates dans les mitochondriopathies, la diurèse et densité urinaire (risque de rhabdomyolyse). La mesure continue de la température.

II.3. Ventilation protectrice

Tout au long de la chirurgie, il faut adopter (i) une ventilation protectrice : Vt 6-8 mL/kg, PEEP individualisée ; (ii) Éviter une hyperventilation inappropriée (augmente catabolisme) ; (iii) et porter une attention particulière à l'équilibre acido-basique : éviter hyperventilation (acidose).

II.4. Analgésie multimodale

La prévention de la douleur permet de diminuer le stress catabolique. Ainsi, toutes les molécules/techniques analgésiques sont à privilégier afin d'optimiser la douleur : paracétamol, AINS (si absence de contre-indications), techniques loco-régionales à privilégier, opioïdes en titration en cas de douleur sévère.

III. Soins postopératoires

III.1. Reprise précoce de l'alimentation

L'objectif de cette reprise précoce est de stopper rapidement le catabolisme excessif lié à la

chirurgie. Les principes clés consistent à débiter l'apport énergétique par un niveau égal ou inférieur aux dépenses énergétiques mesurées, à éviter la suralimentation en phase aiguë précoce, puis à augmenter progressivement les apports pour favoriser la récupération et la croissance. En cas d'intolérance, il faut maintenir une perfusion glucosée adaptée.

III.2. Surveillance métabolique post-opératoire

Cela concerne la glycémie toutes les 2 h jusqu'à stabilisation, la surveillance rapprochée de l'hydratation et des électrolytes. Les risques à surveiller sont : hypoglycémie, acidose, hyperlactatémie, la rhabdomyolyse.

III.3. Reprise des traitements habituels

Il faut reprendre les traitements métaboliques dès l'alimentation orale. Pour les enfants diabétiques : retour au schéma insulinaire habituel dès que possible, adaptation transitoire si perfusion de glucose en continu.

Mots-clés : Catabolisme ; Glycémie ; Pédiatrie ; Troubles métaboliques

Références

1. European Society of Anaesthesiology (ESAIC). Guidelines on perioperative care in pediatric metabolic disorders. 2022.
2. American Society of Anesthesiologists (ASA). Practice guidelines for the perioperative management of children with metabolic disorders. 2020.
3. Habre W, Disma N, et al. European Society of Anaesthesiology and ESPA guidelines for fasting in children. *Eur J Anaesthesiol* 2022;39:4-25.
4. Eaddy A, Watene C. Perioperative management of fluids and electrolytes in children. *BJA Educ* 2023;23(7):273-78.

COMMUNICATIONS ORALES

Atélectasie en réanimation des polytraumatisés : l'importance de la détection et de la prise en charge intégrée

RALEMA TJ, WELSON J, RAKOTONDRAINIBE A
Service de Réanimation, CHU Morafeno Toamasina

Introduction : L'atélectasie représente une complication fréquente et potentiellement sévère chez les patients polytraumatisés hospitalisés en réanimation. Elle aggrave le pronostic respiratoire et impose une prise en charge multidisciplinaire. De par ces observations cliniques rencontrées au Centre Hospitalier Universitaire de Toamasina, l'importance de la vigilance et du rôle de l'équipe paramédicale ont été mis en évidence.

Observation : Deux polytraumatisés ont développé une atélectasie au cours de leur séjour en réanimation. Le premier présentait un traumatisme thoracique grave et un traumatisme crânio-encéphalique (score à l'échelle de Glasgow à 9), le second un polytrauma-

tisme (avec traumatismes crânio-encéphalique, thoracique et abdominal). À J3 et J4 d'hospitalisation, une dyspnée associée à un encombrement bronchique a motivé la ventilation mécanique sous sédation au midazolam. Lors des tentatives de sevrage ventilatoire, vues l'amélioration des constantes respiratoires à J6 et J7, une désaturation persistante a conduit à la réalisation de radiographies pulmonaires, qui ont mis en évidence une atélectasie. Le traitement a reposé sur une approche combinée : prise en charge médicale adaptée, kinésithérapie respiratoire intensive, soins infirmiers rapprochés (dont la mobilisation / latéralisation) et surveillance continue. Cette stratégie a permis une évolution favorable, avec amélioration clinique et récupération progressive observée dès J10.

Conclusion : L'atélectasie post-traumatique demeure une complication redoutée en réanimation, dont la prévention et le traitement nécessitent une détection précoce. Le diagnostic repose sur l'évaluation médicale, mais également sur la vigilance des paramédicaux, capables d'alerter devant des signes de détresse respiratoire ou un encombrement anormal. La mobilisation du patient et la kinésithérapie respiratoire constitue un pilier thérapeutique, favorisant la mobilisation des sécrétions, le désencombrement bronchique et la ré-expansion pulmonaire. Ces observations soulignent l'importance d'une collaboration étroite entre l'équipe médicale et paramédicale pour optimiser la prise en charge respiratoire et améliorer le pronostic vital et fonctionnel des traumatisés.

Mots-clés : Atélectasie ; Polytraumatisme ; Soins infirmiers ; Réanimation.

Prise en charge péri-opératoire des cardiopathies opérées à cœur ouvert au centre hospitalier de Soavinandriana, Antananarivo

VITA OA¹, RAEILISON JG¹, RAHANITRINIAINA NMP², RAVOAVY D³, RAJAONERA AT²

¹Service de Réanimation, CENHOSOA, Antananarivo

²Service de Réanimation Chirurgicale, CHU JRA, Antananarivo

³Service de Cardiologie, CENHOSOA, Antananarivo

Introduction : La prise en charge des cardiopathies est complexe et nécessite des ressources médicales importantes. À partir de mai 2024, Madagascar a accueilli quatre missions de chirurgie à cœur ouvert en collaboration avec la Chaîne de l'Espoir. L'objectif de cette étude était de décrire la prise en charge péri-opératoire des cardiopathies opérées à cœur ouvert au centre hospitalier de soavinandriana, (CENHOSOA), Madagascar.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective et descriptive s'étendant sur une période d'un an, de mai 2024 à mai 2025 répartie en quatre missions. Ont été inclus tous les patients présentant une cardiopathie et opérées à cœur ouvert au Centre Hospitalier de Soavinandriana (CENHOSOA).

Résultats : Nous avons colligé 17 dossiers de patients opérés pour une cardiopathie. L'âge moyen de nos patients était de 10,81 +/- 05 ans avec un sex-ratio de 2,20. Les cardiopathies sont représentées de manière variée :

la communication inter ventriculaires (CIV IIa) est la plus fréquente avec 08 cas, suivie par la communication inter auriculaire (CIA OII), qui représentent 07 cas. La procédure la plus fréquemment réalisée est la fermeture des communications. La durée moyenne de la circulation extracorporelle (CEC) était de 96,56 +/- 35 minutes, le clampage aortique durait en moyenne 58,31 +/- 12 minutes, tandis que la durée moyenne de l'assistance ventriculaire était de 29,15 +/- 05 minutes. La complication la plus fréquemment observée en post-opératoire était la complication infectieuse. La durée moyenne de séjour en réanimation était de 4,92 +/- 02 jours, et l'issue pour tous les patients a été favorable, avec un taux de survie de 100 %.

Conclusion : La prise en charge péri opératoire des cardiopathies à cœur ouvert doit multidisciplinaire et centrée sur l'individualisation des risques et des traitements. L'augmentation de la complexité des patients et des interventions rend la collaboration entre les cardiologues, les chirurgiens et les anesthésistes-réanimateurs indispensable.

Mots-clés : Cardiopathie ; Chirurgie cardiaque ; Circulation extra-corporelle.

Qualité du réveil chez les comateux non traumatiques en réanimation au CHU PZaGa Androva Mahajanga

HOULDER FR¹, RANDRIANIRINA HH², ANESY A², RASAMIMANANA NG¹

¹Service des Urgences et Soins Intensifs, CHU PZaGa

²Service de Réanimation Chirurgicale, CHU PZaGa

Introduction : Le coma est un état pathologique caractérisé par une altération profonde de la conscience et de la vigilance. Il constitue une urgence médicale. Cette étude avait pour objectif d'identifier les facteurs associés au réveil des patients comateux non traumatiques admis en réanimation au Centre Hospitalier Universitaire Professeur Zafisaona Gabriel Androva (CHUPZAGA) de Mahajanga.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude prospective et analytique menée sur 72 patients admis entre le 01 janvier et le 30 juin 2023. Les critères d'inclusion concernaient les comas profonds non traumatiques avec un score de Glasgow inférieur ou égal à 8 à l'admission. L'issue des patients était déterminée dans un délai de 3 semaines.

Résultats : Les patients avaient un âge moyen de 49,46 ans, avec une majorité d'hommes (sex-ratio de 1,05). Le taux de réveil était de 59,7 %. Les facteurs significativement associés au réveil étaient un délai d'hospitalisation inférieur à 6 heures (70,45 % de réveil, p=0,02), un score de Glasgow supérieur ou égal à 6 (66,67 % de réveil, p=0,019), une fréquence respiratoire normale (95,45 % de réveil, p=0,000) et une absence d'anomalie pupillaire (68,89 % de réveil, p=0,041). L'étiologie vasculaire s'est avérée être un facteur prédictif de mortalité. Les principales complications observées étaient les escarres (11,11%) et les infections nosocomiales (8,33%).

Conclusion : Les résultats démontrent que la rapidité de la prise en charge et certaines caractéristiques cliniques à l'admission sont des facteurs déterminants pour le réveil des patients comateux. L'amélioration des circuits de référence et une prise en charge précoce des patients pourraient augmenter leurs chances de réveil et de récupération neurologique.

Mots-clés : Coma non traumatique ; Réveil ; Réanimation

Impact du réchauffement de la perfusion au cours de la césarienne sous rachianesthésie à la maternité Befelatanana

ANDRIANIRINA M¹, RAZAFINDRABEKOTO LDE², RAFANOMEZANTSOA TA³, RAVELOSON NTE¹

¹Service de Réanimation, CHU GOB, Antananarivo

²Service de Réanimation, CHU Tambohobe, Fianarantsoa

³Service de Réanimation, CHU Analakininina, Toamasina

⁴Service Accueil—Triage—Urgence—Réanimation, CHU JRB

Introduction : La rachianesthésie est la plus pratiquée en obstétrique car elle expose à un moindre risque de morbi-mortalité ; malheureusement elle s'accompagne souvent d'une hypothermie et de frisson à cause du bloc sympathique induit par les produits injectés dans le LCR. L'objectif de cette étude était de quantifier la perte thermique et le frisson en fonction de la température de perfusion.

Méthodes : Étude prospective, descriptive, comparative, analytique et mono centrique au CHUGOB Befelatanana entre juillet et septembre 2023 sur 60 patientes (reparties en 2 groupes) opérées de césarienne sous rachianesthésie ayant reçu une perfusion réchauffée à 37°C (groupe 1) versus une perfusion à température ambiante (groupe 2). Il y a différence statistiquement reconnue lorsque $p < 0,05$.

Résultats : La moyenne d'âge de la population d'étude était respectivement pour le groupe 1 et 2 de $28,03 \pm 5,70$ et $25,96 \pm 5,91$ ans avec $p = 0,1736$. En peropératoire, la perte thermique était de $0,49 \pm 0,33$ (groupe 1) vs $0,75 \pm 0,56$ °C (groupe 2) et $p = 0,0385$. En post-opératoire, elle n'a été significative qu'à l'arrivée en salle de réveil avec $p=0,0043$. Le réchauffement avait réduit le nombre de cas de frisson ($p=0,001$; OR=0,1 IC= [0,05-0,5]).

Conclusion : Une perfusion réchauffée à 37°C était efficace pour réduire la perte thermique et le cas de frissons au cours de la rachianesthésie pour césarienne.

Mots-clés : Césarienne; Frisson ; Rachianesthésie ; Réchauffement ; Température.

Aspects thérapeutiques et pronostiques de la cellulite cervico-médiastinale au service de réanimation Chirurgicale du CHU JRA

RAKOTOZAFY NA¹, RAHANITRINIAINA NMP¹, RAJAONERA RA AT¹

¹Service de Réanimation Chirurgicale, CHU JRA, Antananarivo

Introduction : La cellulite cervico-médiastinale est une affection rare mais grave. L'objectif de cette étude est d'identifier les éléments de prise en charge susceptibles d'influencer le pronostic des patients atteints de cette pathologie.

Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive, analytique et rétrospective ayant inclus tous les patients admis au service de réanimation chirurgicale du CHU-JRA d'Antananarivo pour cervico-médiastinite aiguë sur une période de six ans.

Résultats : Trente-huit cas ont été recensés. L'âge moyen était de 27,5 ans, avec une prédominance masculine (sex-ratio = 4,43). Les principaux facteurs de risque identifiés étaient : une cellulite d'origine dentaire, l'utilisation préalable d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, la prise d'antibiotiques et le tabagisme. Le diagnostic était essentiellement clinique, reposant sur la présence d'un œdème cervical, de douleurs thoraciques, de dyspnée et d'un sepsis sévère, puis confirmé par les examens paracliniques. La mortalité globale était de 76,3 %. Les facteurs de mauvais pronostic retrouvés étaient : la prise d'AINS, la présence de douleur thoracique, de dyspnée, de fièvre, de tachycardie, une thrombopénie, l'absence d'antibiothérapie adaptée, ainsi que la nécessité d'un traitement vasopresseur.

Conclusion : Malgré les progrès réalisés dans la prise en charge de la cellulite cervico-médiastinale, cette étude souligne l'importance d'identifier précocement les facteurs de mauvais pronostic afin de réduire la mortalité élevée associée à cette pathologie.

Mots-clés : Cellulite ; Choc septique ; Chirurgie ; Médiastinite ; Réanimation.

Facteurs de risques de mortalité des traumatismes thoraciques vus au service de réanimation chirurgicale du CHU JRA

RANDRIAMIARINA NSH¹, RAKOTONDRABARY LAN¹, RAHANITRINIAINA NMP¹, RAJAONERA RA AT¹

¹Service de Réanimation Chirurgicale, CHU JRA, Antananarivo

Introduction : Les traumatismes thoraciques sont des pathologies fréquentes, responsables d'une morbi-mortalité. Notre étude vise à déterminer les facteurs de risques de mortalité des traumatismes thoraciques vus au service de réanimation chirurgicale du CHUJRA

Méthodes : Il s'agit d'une étude monocentrique, rétrospective, descriptive et analytique s'étendant du Janvier 2019 au Décembre 2023.

Résultats : Nous avons colligé 174 cas de traumatismes thoraciques durant notre étude. Elle touche surtout les patients de 25 à 50 ans avec un âge moyen de $38,11 \pm 18,45$ ans, à prédominance masculine, sexe ratio de 1,26. D'après cette étude, le traumatisme ouvert a prédominé dans 63,21% des cas dont les accidents de la voie publique ont été la plus fréquente. Le traitement a constitué en un drainage, une gestion de la douleur et un traitement chirurgical des lésions as-

sociés. Un taux de mortalité de 69,54% a été trouvé. La principale cause de décès des patients a été le SDRA dans 69,42%. Les facteurs de risques de mortalités retrouvés étaient ; âge élevé > 50ans (p=0,0002), lésion pariétale avec (p=0,0047), mécanisme par Accident de la circulation (p=0,0062), présence de lésion médiastinale (p=0,0414), traumatisme thoraciques fermé (p=0,007)

Conclusion : Les traumatismes thoraciques sont des problèmes de santé publique majeure. Le Syndrome de détresse respiratoire aiguë est la principale complication à gérer afin de réduire la morbi mortalité.

Mots-clés : Lésion pulmonaire ; Réanimation ; Syndrome de détresse respiratoire aiguë ; Traumatisme thoracique.

COMMUNICATIONS AFFICHEES

La variation capnographique au cours de la césarienne au CHU GOB

MIKALY T¹, RAFANOMEZANTSOA TA², RANDRIANIRINA HH³, ANDRIANIRINA M¹, RAJAONERA AT⁴

¹Service de Réanimation, CHU GOB, Antananarivo
²Service de Réanimation, CHU Analakininina, Toamasina
³Service de Réanimation chirurgicale, CHU PZaGa, Mahajanga
⁴Service de Réanimation chirurgicale, CHU JRA, Antananarivo

Introduction : La capnographie est un monitoring affichant la concentration de dioxyde de carbone dans les voies respiratoires. En obstétrique, la mère et son enfant en produisent. L'objectif de cette étude est de montrer la modification per anesthésique de l'ETCO₂ d'une mère césarisée.

Méthodes : Étude prospective et descriptive sur la première observation de la capnographie en anesthésie obstétricale à Madagascar ; réalisée au CHU-GOB Befelatanana sur une période de deux mois chez 22 femmes opérées en urgence sous anesthésie générale en respiration assistée puis spontanée. Le capteur était posé sous le masque avant l'induction et branché sur la sonde d'intubation après.

Résultats : Les résultats ont montré une moyenne d'âge de 30,18±8,05 ans avec des extrêmes de 17 et 42 ans. L'EtCO₂ moyen était respectivement de 27,2±4,69 mmHg à l'admission, 26,5±4,69 mmHg à l'intubation, 33,45±9,54 mmHg à l'extraction et au clampage du cordon, 34,16±9,44 mmHg à la 5^{ème} minute du clampage, 40,41±9,02 mmHg à la 10^{ème} minute, 37,5±9,14 mmHg à la 20^{ème} minutes, 35,33±9,64 mmHg à la 30^{ème} minutes et 35,81±10,24 mmHg à la sortie du bloc opératoire.

Conclusion : Notre expérience met en exergue l'importance d'intégrer systématiquement la capnographie dans la surveillance des anesthésies obstétricales, afin d'optimiser la prise en charge sécuritaire des patientes.

Mots-clés : Anesthésie générale ; Capnographie ; Césarienne ; Obstétrique.

Rocuronium : premier essai clinique en anesthésie obstétricale à Madagascar

RANDRIANARIMANANA AF¹, RAFANOMEZANTSOA TA², RAZAFINDRABEKOTO LDE³, ANDRIANIRINA M¹, RAJAONERA AT⁴

¹Service de Réanimation, CHU GOB, Antananarivo
²Service de Réanimation, CHU Analakininina, Toamasina
³Service de Réanimation, CHU Tambohobe, Fianarantsoa
⁴Service de Réanimation chirurgicale, CHU JRA, Antananarivo

Introduction : L'anesthésie générale en obstétrique est source de morbi-mortalité à cause de la difficulté du contrôle des voies aériennes et l'inhalation du contenu gastrique. D'où la nécessité d'une induction à séquence rapide. Le Rocuronium, récemment introduit à Madagascar pourrait être une solution idoine à ce problème car il a une action rapide et une durée intermédiaire.

Méthodes : C'est une étude prospective, descriptive sur la première utilisation du Rocuronium en anesthésie obstétricale menée sur 3 mois à la maternité de Befelatanana sur 31 femmes à une dose de 0,6mg/kg. L'objectif est de décrire ses effets positifs et négatifs en induction à séquence rapide au cours de la césarienne.

Résultats : Les résultats ont montré un âge moyen des patientes de 25,5±6,31ans avec une prédominance dans 6,3% de la tranche d'âge 25 et 34 ans. Toutes les césariennes sont faites en urgence. La durée moyenne entre l'induction et l'intubation était de 41,7±14,46 secondes avec de bonnes conditions d'intubation dans 93,5% des cas. La durée moyenne entre l'induction et l'extraction était de 4,5±0,45 avec des extrêmes 1 et 12 minutes. La durée moyenne de la décurarisation était de 44,3±4,04 minutes et il n'y avait pas eu besoin de curarisation supplémentaire. Le Rocuronium a montré une bonne tolérance, sans réactions allergiques ni d'effets secondaires sauf la tachycardie dans 74,2% des cas.

Conclusion : Le Rocuronium peut être utilisé en anesthésie obstétricale grâce à son délai et durée d'action qui sont adaptés à une opération césarienne.

Mots-clés : Anesthésie générale ; Césarienne ; Rocuronium

Insuffisance surrénalienne aiguë postopératoire : un cas révélateur des contraintes de prise en charge

BELALAHYAN¹, RAKOTONDRAINIBE A²

¹Service de Réanimation, CHU Morafeno, Toamasina

Introduction : L'insuffisance surrénalienne aiguë (ISA) est une urgence endocrinologique rare et grave, liée à un déficit de sécrétion en glucocorticoïdes et minéralocorticoïdes. Sa prévalence est estimée à 1/10 000 habitants, avec une mortalité rapportée de 6 à 15 % lors de crises aiguës. En réanimation, une cortisolémie basse est associée à un pronostic défavorable. L'objectif de cette observation est de rapporter un cas d'ISA postopératoire pris en charge en unité de réanimation

au CHU de Morafeno, afin de soulever les difficultés rencontrées dans un contexte de ressources limitées.

Observation : Un homme de 36 ans, porteur d'un méningiome suprasellaire, a été hospitalisé en réanimation après exérèse partielle de la tumeur. Il avait bénéficié deux mois auparavant d'une dérivation ventriculo-péritonéale. Les bilans préopératoires avaient révélé une insuffisance surrénalienne avec cortisol effondré, suivie par les endocrinologues. À l'admission, il présentait des paramètres hémodynamiques stables, une conscience préservée (Glasgow 15/15) sans déficit neurologique. Le traitement initial associait hydrocortisone intraveineuse, antibiothérapie, analgésie multimodale et transfusions. À J2, une altération brutale de la conscience (Glasgow 9/15), une polyurie massive et une hypernatrémie sévère (178 mmol/L) sont apparues. Une réhydratation et des corrections électrolytiques ont été instaurées. Après avis endocrinologique, la prescription de desmopressine a été recommandée mais restait inaccessible localement. Une amélioration transitoire a été observée. Cependant, à J4, l'état neurologique s'est aggravé (coma, anisocorie) avec défaillance hémodynamique nécessitant intubation, ventilation mécanique et vasopresseurs

Conclusion : Ce cas illustre la gravité d'une ISA postopératoire compliquant une chirurgie cérébrale. La corticothérapie substitutive et la correction hydro-électrolytique sont indispensables, mais les limites techniques et l'indisponibilité de certains traitements spécifiques aggravent le pronostic dans les pays à ressources limitées. Une prise en charge adaptée aux réalités locales est essentielle pour améliorer la survie.

Mots-clés: Complications postopératoires ; Hydrocortisone ; Insuffisance surrénalienne ; Troubles de l'équilibre hydro—électrolytiques

Fréquence d'une intubation orotrachéale aux services des urgences et de réanimation à Mahajanga
RANDRIANIRINA HH¹, TOHAINA DV², ROSY I¹, RASAMIMANANA NG³

¹Service de Réanimation, CHU PZaGa, Mahajanga
²Service de Réanimation chirurgicale, CHU PZaGa, Mahajanga
³Service de Réanimation—Urgences, CHU PZaGa, Mahajanga

Introduction : L'intubation est un acte courant et fait partie de la clef de voûte de la prise en charge des patients en états critiques aux urgences et en réanimation. Nos objectifs étaient de déterminer la fréquence de cette procédure à Mahajanga ainsi que d'identifier les freins de sa non réalisation.

Méthodes : Il s'agit d'une étude quantitative, prospective et descriptive sur une période de 4 mois (1er avril au 31 juillet 2024) réalisée auprès des centres disposant d'un service d'urgences et de réanimation à Mahajanga I.

Résultats : Ont été inclus, 111 patients présentant des critères d'intubation soit 4,87% des admissions. Parmi eux, 27 ont été intubés (24,32%). L'âge moyen des patients adultes était de 49,04 ans avec des extrêmes de 16 et 84 ans. Pour les cas pédiatriques (n=13 soit 11,71%) l'âge moyen était de 2,11 ans (extrêmes de 6 semaines et 7 ans). La sex-ratio était de 1,31. Les pathologies neurologiques (n=56 soit 50,04%) et respiratoire (n=31 soit 27,92%) constituaient les indications d'une intubation trachéale. L'intubation était réalisée par les IADE dans 55,55%. Plusieurs facteurs de blocages de non réalisation de la procédure ont été observés (facteurs humains, logistiques, cliniques). Parmi eux, la peur d'intuber (13,09%) et la pénurie de personnel compétant (33,34%) étaient les plus cités.

Conclusion : L'intubation est un acte invasif nécessitant une compétence particulière, impliquant une connaissance approfondie des techniques et des indications afin d'assurer les meilleurs résultats pour les patients.

Mots-clés : Détresse respiratoire ; Intubation trachéale ; Réanimation ; Urgence.

