

BILAN DES ACTIVITÉS D'ANESTHÉSIE DANS UN CENTRE DE SANTÉ DE NIVEAU 2 À DAKAR

MM NIANG*, A CHRAIBI*, EO FAYE**, M DIOP***, CT CISSE*

RESUME

Objectif : Faire le bilan des activités d'anesthésie au Centre de Santé Gaspard Kamara et proposer des recommandations pour améliorer la qualité des soins.

Patientes et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et analytique allant du 1er Janvier au 31 Décembre 2012 et incluant toutes les patientes ayant bénéficié d'une anesthésie et dont les dossiers étaient retrouvés et exploitables. Le personnel du service d'Anesthésie-Réanimation était composé d'un médecin anesthésiste – réanimateur et de 5 techniciens supérieurs d'anesthésie dont 3 vacataires à temps partiel. Les paramètres étudiés étaient le profil épidémiologique des patientes, l'indication de l'anesthésie, les données de la consultation pré anesthésique, l'anesthésie peropératoire, la prise en charge postopératoire, les complications et les facteurs influençant le choix de l'anesthésie. L'exploitation statistique des données était effectuée à l'aide du logiciel SPSS version 20.0.

Résultats : Durant la période d'étude, nous avons pris en charge 5147 patientes. Parmi celles-ci, 1256 ont bénéficié d'une anesthésie, soit un taux de 24,4%. Nous avons exploité 1033 dossiers (82,2%) qui répondaient aux critères d'inclusion. Le profil épidémiologique était celui d'une femme âgée en moyenne de 28 ans, primipare (50,4%), avec une parité moyenne de 2 et ayant déjà bénéficié d'une anesthésie. Près de la moitié des patientes (46,7%) étaient classées ASA 1. La césarienne était l'indication d'anesthésie la plus fréquente (91,2%) et la majorité des interventions étaient pratiquées dans un contexte d'urgence (87%). L'anesthésie peropératoire était réalisée par les techniciens supérieurs d'anesthésie dans 95,8% des cas. La rachianesthésie était la technique la plus pratiquée (86,9%). L'analgésie postopératoire associait le plus souvent le paracétamol au tramadol (76,8%). Des complications peropératoires étaient dominées par l'hypotension artérielle (10,8%). Un seul décès (0,1%) était enregistré et il n'était pas directement lié à l'anesthésie.

Conclusion : La pratique de l'anesthésie est fréquente en Gynécologie Obstétrique. La faible incidence des complications observées dans notre série ne doit pas masquer les difficultés rencontrées au quotidien dans notre pratique. Pour améliorer la qualité des soins en anesthésie, nous devons augmenter l'effectif des ressources humaines qualifiées en anesthésie-réanimation et relever le plateau technique.

Mots-clés : Gynécologie Obstétrique - Rachianesthésie - Césarienne - Létalité

ABSTRACT

REVIEW OF ANESTHESIA ACTIVITIES IN A LEVEL 2 HEALTH CENTER IN DAKAR

Objective: To review the anesthesia activities at Gaspard-Kamara Health Center and propose recommendations to improve the quality of care.

Patients and methods: It was a retrospective, descriptive and analytical study from January 1st to December 31st 2012 which includes all patients who underwent anesthesia and whose records were found and exploited. The staff of the Anesthesia-Resuscitation Department had one anesthetist-resuscitator and 5 anesthesia nurses, including 3 part-time assistants. The parameters studied were the epidemiological profile of the patients, the indications of anesthesia, the data of the preanesthetic consultation, intraoperative anesthesia, postoperative management, complications and factors influencing the choice of anesthesia.

Statistical analysis of data was performed using SPSS Version 20.0 software.

Results: During the study period, we supported 5147 patients. Of these, 1,256 were given anesthesia, a rate of 24.4%. We used 1033 cases (82.2%) who met the inclusion criteria. The epidemiological profile was a woman aged 28 years on average, primiparous (50.4%), with an average parity of 2 and who had already received anesthesia. Almost half of patients (46.7%) were classified ASA 1. Caesarean section was the most common indication for anesthesia (91.2%) and the majority of procedures were performed in an emergency setting (87%). Intraoperative anesthesia was performed by anesthesia nurses in 95.8% of cases. Spinal anesthesia was the most practiced technique (86.9%). The postoperative analgesia often associated tramadol with paracetamol (76.8%). Intraoperative complications were dominated by low blood pressure (10.8%). Only one death (0.1%) was recorded and it was not directly linked to anesthesia.

Conclusion: The practice of anesthesia is common in Gynecology and Obstetrics. The low incidence of complications was observed in our study should not obscure the difficulties encountered in our daily practice. To improve the quality of anesthesia care, we must increase the number of qualified human resources in Anesthesiology and raise the technical level.

Keywords: Gynecology Obstetrics - Spinal Anesthesia - Caesarean section - Lethality

*Service de gynécologie – obstétrique, Centre de Santé Gaspard Kamara, Dakar

**Ministère de la santé et de l'action sociale du Sénégal

***Service d'Anesthésie Réanimation, Hôpital Aristide Le Dantec, Dakar

Auteur correspondant : Docteur Mouhamadou Mansour NIANG - Téléphone: (221) 77-656-63-43

Email : mansniang@hotmail.com

INTRODUCTION

Au cours des 25 dernières années, l'anesthésie a connu un essor considérable dans les pays développés où sa létalité a fortement diminué. Par contre, dans les pays en développement notamment au Sénégal, la pratique de l'anesthésie est caractérisée par une indigence en moyens matériels, une pénurie en personnel qualifié, une létalité et une morbidité anormalement élevées [11, 1, 19, 4, 21]. En effet, la Maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara où on a effectué en 2011, 4360 accouchements dont 1182 césariennes [16] ne compte qu'un seul médecin Anesthésiste Réanimateur. Nous nous sommes proposés, dans ce contexte, de mener cette étude dont les objectifs étaient de définir le profil épidémiologique des patientes qui y ont bénéficié d'une anesthésie, de relever les techniques d'anesthésie pratiquées, leurs indications et les complications qui en ont découlé, d'identifier les facteurs influençant le choix de la technique d'anesthésie et les facteurs de risque de complications.

I. MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et analytique des activités d'Anesthésie à la Maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara entre le 1er Janvier et le 31 Décembre 2012. L'étude prenait en compte toutes les patientes ayant bénéficié d'une anesthésie en urgence ou dans le cadre du programme opératoire à la Maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara en 2012.

Nous avons exploité les registres des protocoles opératoires, les registres d'anesthésie, les fiches d'anesthésie et les dossiers médicaux des patientes. Nous avons étudié les paramètres suivants : l'âge, la parité, les antécédents d'anesthésie, l'indication de l'anesthésie, l'évaluation préopératoire, le type d'anesthésie, la qualification de l'anesthésiste, les complications préopératoires, la prise en charge de la douleur postopératoire, la prévention de la maladie thromboembolique veineuse et l'évolution postopératoire. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 20.0. Le test du Chi 2 (χ^2) de Pearson a été utilisé pour comparer les pourcentages avec un seuil de significativité α inférieur à 5 %.

II. RÉSULTATS

II.1. Fréquence

Entre le 1er Janvier et le 31 Décembre 2012, nous avons pris en charge 5147 patientes. Parmi celles-ci, 1256 ont bénéficié d'une anesthésie, soit un taux de 24,4%. Nous avons exploité 1033 dossiers (82,2%) qui correspondaient à nos critères d'inclusion.

II.2. Caractéristiques des patientes

Les patientes étaient âgées entre 14 et 72 ans avec une moyenne de 28 ans. La parité variait entre 0 et 9 avec une moyenne de 2. La moitié de l'échantillon (50,4%) était constituée par les primipares. Près d'un quart des patientes (22,8%) avaient déjà bénéficié d'une anesthésie. Il s'agissait le plus souvent d'une anesthésie locorégionale (18,6%) (Tableau I).

Tableau I : Caractéristiques des patientes

Caractéristiques	Effectif	Fréquence (%)
Age (ans)		
<15	6	0,6
15-19	107	10,4
20-24	231	22,4
25-29	287	27,8
30-34	212	20,5
>34	190	18,3
Parité		
Nullipare	28	2,7
Primipare	521	50,4
Paucipare	322	31,2
Multipare	162	15,7
Antécédents d'anesthésie		
Aucun	797	77,2
Anesthésie loco-régionale	192	18,6
Anesthésie générale	44	4,2

II.3. Données de la visite pré-anesthésique

Les indications de l'anesthésie étaient dominées par la césarienne (91,2%), la salpingectomie pour grossesse extra-utérine (2,7%) et la myomectomie (2,1%). La plupart des patientes (46,7%) étaient classées ASA 1. Seules 86 d'entre-elles (8,3%) étaient classées ASA 2. La majorité des interventions (87%) étaient réalisées en urgence. Par ailleurs, nous avons enregistré 134 cas de chirurgie programmée (13%).

II.4. Données de l'anesthésie peropératoire

L'anesthésie était le plus souvent réalisée par un technicien supérieur d'anesthésie (95,8%), sous la supervision du médecin anesthésiste. La rachianesthésie était la technique la plus pratiquée (86,9%). La bupivacaïne hyperbare était utilisée dans tous les cas en association avec le fentanyl par voie intrathécale. Aucune difficulté technique n'était rapportée. La conversion en anesthésie générale était notée dans 3 cas (0,3%). Le recours à la transfusion sanguine n'était nécessaire que chez 13 patientes (1,3%) dont 9 cas de transfusion de sang total (0,9%) et 3 cas de transfusion de sang total et de plasma frais congelé (0,4%). Une patiente avait présenté un arrêt cardia-

que pendant l'intervention (Tableau II).

Tableau II : Caractéristiques de l'anesthésie peropératoire

Caractéristiques de l'anesthésie	Effectif	Fréquence (%)
Opérateur		
Médecin anesthésiste réanimateur		95,8
Technicien supérieur d'anesthésie		4,2
Technique d'anesthésie		
Rachianesthésie	898	86,9
Anesthésie générale	3	0,3
Conversion	132	12,8
Complications		
Aucun	1019	98,6
Choc hémorragique (transfusion)	13	1,3
Arrêt cardiaque	1	0,1

II.5. Prise en charge postopératoire

La douleur postopératoire était notée chez 238 patientes (23%) mais son intensité n'était pas précisée. Dans la majorité des cas (98,4%), l'analgésie postopératoire était instituée. Elle se faisait le plus souvent avec l'association paracétamol-tramadol (76,8%). La prévention de la maladie thromboembolique veineuse était réalisée chez 129 patientes (12,5%) avec les héparines de bas poids moléculaire dans tous les cas. La plupart des patientes (88,4%) n'avaient présenté aucune complication en période postopératoire. Les complications observées étaient dominées par les infections (6%) avec notamment 59 cas de suppuration pariétale superficielle (5,7%) et 3 cas d'endométrite (0,3%).

II.6. Létalité

Un seul décès était noté en cours d'anesthésie (0,1%), il s'agissait d'une patiente en état de choc hémorragique. Aucun décès directement lié à l'anesthésie n'était signalé dans les dossiers.

II.7. Facteurs influençant le choix de la technique d'anesthésie

La technique d'anesthésie était significativement liée aux antécédents d'anesthésie de la patiente ($p=0,001$) et à sa classification ASA ($p=0,0001$). L'hypotension artérielle était plus fréquente en cas de rachianesthésie (89,3%). Le risque de transfusion sanguine était significativement plus élevé en cas d'anesthésie générale ($p=0,0001$).

III. DISCUSSION

III.1. Epidémiologie

Le profil épidémiologique de nos patientes (âge

moyen de 28 ans, 50,4% de primipares, 22,8% d'antécédents d'anesthésie) ne diffère pas de ceux retrouvés dans la littérature [3, 7, 2, 21]. Ceci s'explique d'une part par la structuration de la population africaine en générale, sénégalaise en particulier qui est majoritairement composée de jeunes et d'autre part par notre population d'étude constituée essentiellement de gestantes donc de patientes jeunes.

III.2. Indications de l'anesthésie

Les indications chirurgicales étaient dominées par la césarienne (91,2 %) comme l'avait constaté Obame [17] à Libreville où les césariennes représentaient 93,1 % de l'ensemble des indications chirurgicales. Cette prédominance de la césarienne dans nos indications d'anesthésie serait due à notre statut de centre de référence obstétricale. La chirurgie gynécologique programmée y est faiblement pratiquée du fait de notre faible capacité d'accueil qui contraste nettement avec le volume des activités et qui nous oblige à privilégier les urgences.

III.3. Consultation d'anesthésie

La majorité des patientes (46,7%) étaient classées ASA1. La classe ASA n'a pas été précisée dans 45% des cas. Sima Zué[20] à Libreville et Bara [2] à Tambacounda (Sénégal) avaient enregistré dans leurs séries respectives 54,26 % et 38 % des patientes classées ASA 1. Dans notre étude, la majorité des patientes n'avaient pas bénéficié d'un bilan biologique préopératoire (68,1%). Ce qui n'est pas conforme avec les recommandations des divers auteurs [10,13]. Le contexte chirurgical urgent était souvent à l'origine de cette absence de bilan biologique préopératoire.

III.5. Anesthésie peropératoire

Dans notre série, l'anesthésie peropératoire était la plus souvent réalisée par un technicien supérieur d'anesthésie (95,8%). Ces chiffres sont à l'opposé de ceux retrouvés dans les pays développés et illustrent la pénurie en médecins anesthésistes réanimateurs dans notre contexte.

La rachianesthésie était le plus souvent pratiquée (86,9%). Ce taux est un peu au dessus de ceux rapportés dans la littérature. En effet, Bara [2], Bèye [3], Sima Zué [20] et Imbert [14] avaient réalisé respectivement 73%, 67,5%, 58,89 % et 50,8% de RA. Ceci s'explique par la facilité de sa pratique et son coût relativement faible comparé aux autres techniques qui nécessitent un matériel adapté et onéreux. Notre taux d'échec de la RA était faible (0,3 %) comparé à celui rapporté par Bèye[3] qui était de 2,04 %. Notre pratique de l'ALR bien qu'élevée, souffre de l'absence de cas d'anesthésie péridurale. Obame[17], Sima

Zué [20] et Bèye[3] avaient respectivement des taux d'anesthésie péridurale de 1,4 %, 0,3 % et 0,14 %. Ces taux restent toujours faibles et peuvent s'expliquer par un déficit en personnel qualifié et en moyens matériels adéquats pour la réalisation de l'anesthésie péridurale.

Dans notre série, le choix de la technique d'anesthésie était significativement associé aux antécédents d'anesthésie de la patiente ($p=0,001$) et à la classification ASA ($p=0,0001$).

Selon Palot [18], pour la césarienne, qui était la première indication d'anesthésie dans notre étude, le choix de la technique d'anesthésie dépend de 3 paramètres : la patiente, le retentissement de la technique anesthésique sur le nouveau-né et le degré d'urgence. Ainsi, il paraît logique de proposer en premier lieu les techniques d'anesthésie locorégionale s'il n'existe pas de contre-indications à leur emploi et si la patiente ne les refuse pas. De plus, l'anesthésie générale serait associée à un plus grand risque hémorragique que l'anesthésie locorégionale et elle doit être réservée aux contre-indications des techniques d'ALR ou à l'extrême urgence.

Dans notre série, l'arrêt cardiaque était la seule complication notée pendant l'intervention (0,1%). Il était lié à une hémorragie grave. Il a pu être jugulé par un remplissage vasculaire associé à un massage cardiaque externe et une administration d'adrénaline.

IV.6. Prise en charge postopératoire

Les douleurs postopératoires étaient notées chez 238 patientes (23%). Bèye [3] avait retrouvé un taux moindre de l'ordre de 16,71% de douleurs postopératoires. Le protocole de prise en charge de la douleur postopératoire que nous utilisions associait le paracétamol au tramadol (76,8%). Après une chirurgie mineure et peu douloureuse, le paracétamol peut être administré seul. Dans les autres cas, il doit être associé à d'autres antalgiques. Il est efficace sur les douleurs d'intensité faible à moyenne, mais sa pharmacocinétique impose une anticipation de la prescription [12].

La prévention de la maladie thromboembolique veineuse (MTEV) était réalisée dans 12,5% des cas par les héparines de bas poids moléculaire. Dans l'étude de Bèye [3], 25% des patientes avaient bénéficié de cette prophylaxie.

Après une césarienne, il est recommandé d'entreprendre une prévention de la MTEV durant l'hospitalisation [6]. Ce traitement sera prolongé pendant 4 à 6 semaines dans les situations à risque (thrombophilie acquise ou congénitale, antécédent personnel de thrombose) [15].

III.7. Létalité

Dans notre série, la létalité était de 0,1 %. Elle reste

relativement faible par rapport à ceux retrouvés par Bèye [3] (0,67 %) et Imbert [14] (1,9%). En France, une étude multicentrique rétrospective portant sur 7216 dossiers en 5 ans a permis de retrouver un taux de létalité de 0,16 % [5].

Dans notre étude, le seul décès peropératoire enregistré, n'était pas directement lié à l'anesthésie. Le même constat était fait en France, en 1994, par Bouvier [8]. En Nouvelle Zélande, les décès retrouvés étaient tous causés par une embolie amniotique [9]. C'est la césarienne en urgence qui est souvent incriminée, ainsi que l'anesthésie générale. Une comorbidité plus importante pour les patientes chez qui on a recours à l'anesthésie générale peut expliquer en partie la mortalité plus élevée sous anesthésie générale. La césarienne est faite parfois dans un but de sauvetage maternel ou fœtal, devant des pathologies qui engagent le pronostic maternel ou fœtal. Or, le plus souvent, seule une anesthésie générale est réalisable dans ces cas [22].

CONCLUSION

Les activités d'anesthésie occupent une place importante à la Maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara. Malgré les difficultés rencontrées notamment les déficits importants en ressources humaines et en moyens matériels, cette pratique reste possible et elle est associée à un taux de complications et à une létalité relativement faibles.

RÉFÉRENCES

1. Adnet P, Diallo A, Sanou J, Chobli M, Murat I, Fian E. Pratique anesthésique par les infirmier(e)s en Afrique francophone subsaharienne. *Ann Fr Anesth Réanim*, 1999 ; 18 : 636-41.
2. Bara L. Anesthésie pour césarienne en urgence à l'hôpital régional de Tambacounda. *Mémoire d'Anesthésie-Réanimation*, Dakar, 2013.
3. Bèye MD, Ndiaye PI, Diouf E, Leye PA, Sall KA B. Anesthésie pour césarienne: Evaluation de la qualité de la prise en charge à travers une étude multicentrique réalisée dans trois hôpitaux de Dakar. *J Magh A Rea Med Urg* 2008;XV:176-80.
4. Binam F, Lemardeley P, Blatt A, Ravis T. Pratiques anesthésiques à Yaoundé (Cameroun). *Ann Fr Anesth Réanim*, 2001 ; 20(1) :16-22.
5. Boulanger J C, Vitse M, Verhoest P, Camier B, Caron C, Firmin J M. Les complications maternelles des césariennes. *J Gynecol Obstét Biol Reprod* 1986; 15: 327-32.
6. Boulay G, Simon L, Hamza J. Analgésie et anesthésie au cours de l'accouchement. *Encycl Med Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Obstétrique*, 5-049-L-80, 2002: 21p.
7. Bouvier-Colle M H et le groupe MOMA-INSERM, Unité 149. Morbidité maternelle en Afrique de l'Ouest.

Résultats d'une enquête en population à Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint-Louis et Kaolack.

Acta ObstetGynecolScand, 2001, 80 : 113-119.

8. Bouvier-Colle MH, Varnoux N, Bréart G. Les morts maternelles en France. Editions Inserm, 1994; Paris.

9. Broe S, Khoo S K. How safe is caesarean section in current practice? A survey of mortality and serious morbidity. Aust N Z ObstetGynaecol 1989; 29: 93-8.

10. Burrows RF, Kelton JK. Thrombocytopenia at delivery: a prospective survey of 6 715 deliveries. Am J ObstetGynecol 1990; 162: 731-734.

11. Chobli M, Adnet P. Pratique anesthésique en Afrique subsaharienne. Ann Fr Anesth Réanim, 1997 ; 16,6 : 234.

12. Clergue F, Basset P, Benhaiem JM, Bressand M, Camboulives J, Couty E, Coussaye JE de la, Dureuil D, Gaude V, Haberer JP, Neurwirth L, Oberlin P, Samama CM. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant. In : Conférences de consensus. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Éditions scientifiques et médicales Elsevier, Paris, 1997.

13. Gerbasi FR, Bottoms S, Farag A, Mammen E. Changes in hemostasis activity during delivery and the immediate postpartum period. Am J ObstetGynecol 1990 ; 162 : 1158-1163.

14. Imbert, Berger F, Diallo NS, Goumbala M, Ka AS et al. Pronostic maternel et pédiatrique des césariennes en urgence : étude prospective à l'hôpital Principal de Dakar, Sénégal. Med Trop 2003; 63:351-357.

15. Lewis G L, Drife J. Why mothers die. Report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom 1994-1996. The Stationery Office, London, 1998.

16. Ngom A. Bilan des activités obstétrico-chirurgicales à la Maternité du Centre de Santé Gaspard Karama au cours de l'année 2011. Thèse Med, Dakar, 2014; N°6 : 23.

17. Obame R, NzoghaNguema P, Essola L, AkereEtourBilounga Z, Sima Olé B, SimaZué A. Place de l'anesthésie périmédullaire en chirurgie gynécologique et obstétricale au Centre Hospitalier de Libreville (CHL). Rev. Afr. Anesth. Med. Urg 2013; 17: 3-6.

18. Palot M. Césarienne : techniques d'anesthésie et soins post opératoires. J GynécologieObstétrBiologieReprod 2000; 29: 96-107.

19. Sanou J, Vilasco B, Obey A, Binam F, Chobli M et al. Evolution de la démographie des praticiens d'anesthésie en Afrique francophone au sud Sahara. Ann Fr Anesth Réanim, 1999 ; 18 :642-6.

20. SimaZué A, Essola L, Obame R, BékaléBeEngone J, Kamel G et al. Anesthésie au bloc de gynécologie-obstétrique: expérience du centre hospitalier de Libreville. In : 28ème congrès de la SARANF. Edition 2012 ; Abidjan : p18.

21. Tientcheu Serge Christian. Activités anesthésiologiques à l'hôpital Gabriel TOURE : Bilan de l'année 2004. Thèse Med, Bamako, 2006, N°25 :45-3.

22. Van de Velde M. Mise au point sur l'anesthésie pour césarienne. Le praticien en anesthésie réanimation, 2002 ; 6 : 1