

# 4<sup>ème</sup> CONGRES



## Livre des RESUMES

### Thèmes :

- Urgences obstétricales
- Urgences traumatologiques
- Urgences cardiovasculaires

## **Le bureau de la SARMU-Mali**

**Président :** Professeur COULIBALY Youssouf

**Secrétaire général :** Professeur DIANGO Djibo Mahamane

**Trésorier :** Docteur Aladji Seydou Dembélé

**Secrétaire a l'organisation :** Pr DOUMBIA Diénéba

**Secrétaire a l'organisation adjoint :** Dr TALL Fadima Koureissi

**Site internet :** [WWW.SARMUMALI.ORG](http://WWW.SARMUMALI.ORG)

**E-mail :** [SARMUMALI@GMAIL.COM](mailto:SARMUMALI@GMAIL.COM)

## **Le comité scientifique du congrès**

Pr. Youssouf COULIBALY  
Pr Djibo Mahamane DIANGO  
Pr. Mohamed KEITA  
Pr. Diénéba DOUMBIA  
Pr. Broulaye SAMAKE  
Dr. Nouhoun DIANI  
Dr. Aladji Seidou DEMBELE  
Dr. Hammadoun DICKO  
Dr. Mamadou Karim TOURE  
Dr. Fadima Koureissi TALL  
Dr. Moustapha Issa MANGANE  
Dr. Mahamadoun COULIBALY  
Dr. Daouda DIALLO  
Dr. Siriman Abdoulaye KOITA  
Dr. Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE  
Dr. Boubacar DIALLO  
Dr. Thierno Madane DIOP  
Dr. Joseph KONE  
Dr. Aminata DABO



## **Mots du Président de la Société d'Anesthésie-réanimation et Médecine d'urgence du Mali**

Après la tenue de deux congrès panafricains (1996 et 2006), de plusieurs EPU et journées scientifiques, la société d'Anesthésie-réanimation et Médecine d'urgence du Mali organise son quatrième congrès national les 4 et 5 Décembre 2017 dans le cadre de la formation continue des praticiens dans le seul but d'améliorer la qualité des soins en Anesthésie –réanimation et en médecine d'urgence. Il s'agit là d'une des missions essentielles d'une société savante au service de la communauté.

Tout d'abord, la SARMU-Mali tient à remercier le Président de la république du Mali, son Excellence monsieur Ibrahim Boubacar Keita, pour son soutien inestimable à l'organisation du présent congrès.

L'Anesthésie-réanimation et la médecine d'Urgences, disciplines cliniques très sensibles dans le système de soins de santé sont considérées comme les vitrines des structures de soins prenant en charge des pathologies graves et aiguës.

La SARMU-Mali s'engage pleinement dans la politique de développement des ressources humaines (médicales et paramédicales) pour des soins de qualité prôné par le ministère de la santé et de l'hygiène publique. Cette qualité des soins se fera avec des ressources humaines suffisantes, un équipement adapté et une bonne gouvernance des structures de soins. C'est pourquoi nous sollicitons l'accompagnement du ministère de la santé et de l'hygiène publique et le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique pour la mise en place des normes et standards en anesthésie-réanimation et urgence en république du Mali aussi bien en pratique de soins qu'en formation professionnelle.

Mesdames et messieurs, je saisis cette occasion pour vous annoncer que le Mali, a été désigné par l'Assemblée générale de la SARAF (Société d'Anesthésie-réanimation d'Afrique francophone) pour organiser son congrès annuel de 2019.

Mesdames et Messieurs les congressistes,

Je tiens à vous remercier pour votre participation de qualité, avec la mention spéciale à nos collègues venus des pays amis, en particulier les conférenciers de : Burkina Faso, Côte d'Ivoire et du Niger.

Vive la SARMU-Mali

Ensemble, tout devient possible.



## Mots du président du comité d'organisation

Le 4<sup>ème</sup> congrès national de la société d'Anesthésie-Réanimation et Médecine d'Urgence du mali qui se tiendra les 4 et 5 décembre 2017 ma vue confié la présidence du comité d'organisation.

Nous souhaitons d'abord remercier les Professeurs Abdoulaye Diallo et Youssouf Coulibaly pour cette marque de confiance et pour le travail colossal qu'ils ont réalisé toutes ses années.

Ce congrès nous permettra d'aborder des thèmes aussi variés qu'importants de notre discipline : l'urgence en obstétrique, l'urgence cardiovasculaire et l'urgence traumatologique.

Les anesthésistes-réanimateurs ont bien conscience des enjeux et des risques de la prise en charge de ces pathologies et se préparent au travers de l'organisation de plans d'urgence à mobiliser les énergies et les compétences pour y faire face.

Avant le congrès des journées précongrès axées sur l'échographie, permettrons d'initier les jeunes médecins anesthésiste-réanimateurs à l'échographie cardiaque, à la fastécho et à l'échographie pour ALR.

La majeure partie des anesthésies étant réalisée par des assistants médicaux des sessions interactives leur sont dédiées.

Des chantiers sont à prévoir les années à venir à savoir :

- L'animation du site de la SARMU-Mali en y faisant une véritable plateforme de transmission du savoir
- L'organisation du congrès de la SARAF 2019 par la préparation d'une équipe dynamique et des communications scientifiques solides

Ces chantiers ne seront réalisés que par une équipe engagée ou le volontariat est de mise.

Vos observations (organisation, qualité scientifique) au cours de ce congrès sont les bienvenues.

D'avance je remercie les différents membres du comité d'organisation et les participants

Professeur Djibo M. DIANGO  
Président du comité d'organisation

## Listes des communications et conférences

Numéros	Titres	1er auteur	Pages
	<b>Communication Orales</b>		
COR 001	HEMORRAGIE DU POST –PARTUM : ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE	SIMA M	14
COR 002	HYSTERECTOMIES D'URGENCE AU CHU POINT G A PROPOS DE 36 CAS.	ONGOÏBA I	15
COR 003	HYSTERECTOMIES D'HEMOSTASE : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE ET PRONOSTIC MATERNEL A LA MATERNITE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO.	CAMARA D	16
COR 004	MORBI-MORTALITE AU COURS DE LA CESARIENNE SUR 524 CAS AU CHU GABRIEL TOURE	SAMAKE BM	17
COR 005	MORBI-MORTALITE PERIOPERATOIRE ASSOCIEE AUX URGENCES OBSTETRIQUES	DIALLO B	18
COR 006	ASPECTS PRATIQUES DE LA REHABILITATION POST-OPERATOIRE PRECOCE APRES CESARIENNE. CAS DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO	COULIBALY Y	19
COR 007	ECLAMPSIE DU POST-PARTUM	DIAKITE. M	20
COR 008	ECLAMPSIE EN SITUATION D'INSECURITE : PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC MATERNO-FETAL A PROPOS DE 35 CAS.	SIMA M	21
COR 009	FACTEURS EPIDEMIO-CLINIQUE ET PRONOSTIC DES COMPLICATIONS DE LA PREECLAMPSIE DANS LE SERVICE REANIMATION	DABO A	22
COR 010	LA GROSSESSE EXTRA UTERINE SOUS IMPLANT JADELLE® A PROPOS D'UN CAS AU CHU DE KATI	KOUMA A,	23
COR 011	PRONOSTIC MATERNO-FETAL DE LA PRÉ-ÉCLAMPSIE AU CHU GABRIEL TOURE.	SISSOKO A	24
COR 012	ANESTHESIE DES TRAUMATISMES OCULAIRES EN URGENCE AU CHU-IOTA	DEMBELE A S	25
COR 013	MORTALITE PERI OPERATOIRE EN CHIRURGIE GENERALE ET VISCERALE DANS UN HOPITAL DE REFERENCE REGIONALE AU BURKINA – FASO	BONKOUNGOU P	26
COR 014	ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DES TRAUMATISMES OCULAIRES DANS LE SERVICE D'URGENCES OPHTALMOLOGIQUES AU CHU-IOTA A PROPOS DE 148 CAS	NAPO. A	27
COR 015	LES LUXATIONS TRAUMATIQUES DE HANCHE DANS LE SERVICE D'ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE CHU GABRIEL TOURE	MOUSSA A K	28
COR 016	URGENTES CHIRURGICALES DIGESTIVES AU CHU GABRIEL TOURE : BILAN DE 10 ANS D'ACTIVITE	DEMBELE BT	29
COR 017	PRISE EN CHARGE DES TRAUMATISMES CRANIO ENCEPHALIQUES AU CHU ME LE LUXEMBOURG A PROPOS DE 124 CAS.	DIARRA M. S,	30
COR 018	LA PRISE EN CHARGE ANESTHÉSIE DES URGENCES OBSTÉTRIQUES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DU POINT G – BAMAKO	KEITA M.	31
COR 019	INTOXICATION AU SULFATE DE MAGNESIUM : A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE	DICKO H.	32
COR 020	REANIMATION NEONATALE A LA PHASE INITIALE AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO.	KONATE M	33
COR 021	INSUFFISANCE RENALE AIGUË OBSTETRIQUE : ASPECT CLINIQUE ET PRONOSTIC	YATTARA H	34

COR 022	PRISE EN CHARGE D'AVCH COMPLIQUANT UNE PRE ECLAMPSIE SEVERE A PROPOS D'UN CAS	SOUMARE A.	35
COR 023	ANESTHESIOLOGIE POUR CESARIENNE CHEZ LES PATIENTES DREPANOCYTAIRES MAJEURES : EVALUATION DE PRATIQUE	DIALLO B	36
COR 024	PRONOSTIC MATERNO-FOETAL DE LA CRISE D'ECLAMPSIE AU CHU GABRIEL TOURE.	SISSOKO A.	37
COR 025	PRONOSTIC MATERNO-FETAL DU PALUDISME ET GROSSESSE AU CHU GABRIEL TOURE.	THERA F.	38
COR 026	PRONOSTIC MATERNO-FETAL DE L'ANEMIE ASSOCIEE A LA GROSSESSE AU CHU GABRIEL TOURE	BOCOUM A.	39
COR 027	PRONOSTIC MATERNO-FETAL DU HELLP SYNDROME AU CHU GABRIEL TOURE.	SANOGO S.	40
COR 028	INTERET DE LA CLASSIFICATION DE LA CESARIENNE SELON ROBSON AU CHU GABRIEL TOURE BAMAKO MALI.	KODIO A.	41
COR 029	ETUDE DES COMPLICATIONS DE LA CESARIENNE AU CHU GABRIEL TOURE BAMAKO MALI.	DEMBELE D.	42
COR 031	PRISE EN CHARGE NEUROCHIRURGICALE DU TRAUMATISME CRANOENCEPHALIQUE GRAVE A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI : A PROPOS DE 7 CAS	TRAORE A.	43
COR 032	TRAUMATISMES DUODENO PANCREATIQUES A PROPOS DE 12 CAS AU CHU GABRIEL TOURE	TRAORE A.	44
COR 033	TETANOS ASSOCIES AUX ACCIDENTS DE LA VOIE PUBLIQUE A BAMAKO.	TRAORÉ A. M.	45
COR 034	COMPLICATIONS DES ENVENIMENTS PAR MORSURE DE SERPENT	DICKO H.	46
COR 035	BILAN DES ACTIVITES D'ANESTHESIE POUR LA PRISE CHARGE DES TRAUMATISMES MAXILLO-FACIAUX AU CHU-CNOS	NIENTAO O	47
COR 036	EVISCEMERATIONS TRAUMATIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DU C.H.U GABRIEL TOURE	KANTE L	48
COR 037	LESIONS VASCULAIRES TRAUMATIQUES : PROBLEMATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE	TOGOLA B	49
COR 038	ANESTHESIE-REANIMATION ET URGENCES NEUROCHIRURGICALES A L'HOPITAL MILITAIRE DE LIBREVILLE	EDJO NKILLY G.	50
COR 039	EVALUATION DU PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES COUPS ET BLESSURES VOLONTAIRES (CBV) AUX SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES DE L'HOPITAL DU MALI : A PROPOS DE 291 CAS.	CISSE M A C	51
COR 040	ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE DES DECES DUS AUX ACCIDENTS DE LA VOIE PUBLIQUE REÇUS AU CHU GABRIEL TOURE.	KANIKOMO D	52
COR 041	LES FRACTURES DE JAMBE ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE A L'HOPITAL NIANANKORO FOMBA DE SEGOU	M. DIALLO	53
COR 042	URGENCES NEUROCHIRURGICALES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE-MERE ENFANT A PROPOS DE 233 CAS.	DIARRA M. S	54
COR 043	TRAUMATISME DES BOURSES : ASPECTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES AU SERVICE D'UROLOGIE DU CHU GABRIEL TOURE	COULIBALY M T	55
COR 044	PRISE EN CHARGE DES APPENDICITES AIGUES PAR VOIE COELIOSCOPIQUE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE "A" DU CHU DU POINT G A BAMAKO	KOUMARE S	56
COR 45	ANEVRISME DE L'ARTERE SCIATIQUE PERSISTANTE UNE CAUSE RARE D'ISCHEMIE SUBAIGUÉ DE MEMBRE INFERIEUR DANS LE SERVICE « B » DU CHU DU POINT « G »	TOGOLA B	57
COR 46	PRISE EN CHARGE DES ENVENIMENTS PAR MORSURE DE SERPENT AU CHU DE L'HOPITAL DU MALI	CISSE M A C	58

COR 047	HEMOPERITOINE PAR RUPTURE DE VARICES PARA OMBILICALES REVELANT UNE MALADIE DE CRUVEILHIER BAUMGARTEN	TOGOLA B	59
COR 048	LES PLAIES PENETRANTES DE L'ABDOMEN EN CHIRURGIE GENERALE	KANTE L	60
COR 049	PROFIL BACTERIOLOGIQUE DES PERITONITES COMMUNAUTAIRES AU CHR DE SEGOU AU MALI	BEYE SA	61
COR 050	PERFORATION TRAUMATIQUE DU GRELE EN CHIRURGIE GENERALE DU CHU GABRIEL TOURE	A. DIARRA,	62
COR 051	PROFIL DES URGENCES CARDIO-VASCULAIRES A BAMAKO	SANGARE I	63
COR 052	ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE, BIOLOGIQUE ET ETIOLOGIQUE DE L'EMBOLIE PULMONAIRE DANS LE SERVICE DE CARDIOLOGIE DU CHU DU POINT G	DIALLO N	64
COR 053	ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES, THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIFS DE LA DISSECTION AORTIQUE DANS LE SERVICE DE CARDIOLOGIE DU CHU DU POINT G	DIALLO N	65
COR 054	INFARCTUS DU MYOCARDE AIGU AVEC SUS DECALAGE DE ST : LE RETARD DE PRISE EN CHARGE	DIAKITE M.	66
COR 055	LES ANOMALIES ECG PRE OPERATOIRE AU CHR DE SEGOU AU MALI	BEYE SA	67
COR 056	REPERTOIRE DES URGENCES CARDIO-VASCULAIRES AU CHU DU POINT G.	DIAKITE M.	68
COR 057	LES PREMIERS CAS DE CHIRURGIE A CŒUR OUVERT DU MALI : BILAN ET PERSPECTIVES.	OMBOTIMBE A	69
COR 058	CARDIOVERSION EN URGENCE DES TROUBLES DU RYTHME CARDIAQUE : L'EXPERIENCE DU CHU POINT G	DIAKITE M.	70
COR 059	KYSTE DE L'OVAIRE ENORME COMPLIQUE DE THROMBOPHLEBITE DU MEMBRE INFERIEUR, QUELLE CONDUITE PREOPERATOIRE	M COULIBALY	71
COR 060	TROUBLES DU RYTHME CARDIAQUE AUX URGENCES : APPROCHE DIAGNOSTIQUE A PROPOS DE 33 CAS	DIAKITE M.	72
COR 061	ETAT DE MAL EPILEPTIQUE SUR URGENCE HYPERTENSIVE : UNE ENTITE RARE A NE PAS MECONNAITRE	M. COULIBALY	73
COR 062	DISSECTION AORTIQUE EN MILIEU DE REANIMATION : UN CAS A L'HOPITAL DU MALI (BAMAKO).	SIDIBE A.	74
COR 063	ANESTHESIE POUR HERNIE DIAPHRAGMATIQUE CONGENITALE : A PROPOS D'UNE OBSERVATION	M COULIBALY	75
COR 064	COMPLICATIONS AIGUES DE LA DREPANOCYTOSE : PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE EN REANIMATION POLYVALENTE AU CHU POINT G	DICKO H.	76
COR 065	COMPLICATIONS PERI-OPERATOIRES INTRA-HOSPITALIERES: EVALUATION PROSPECTIVE SUR 2 MOIS AU CHU POINT G	DIALLO B.	77
COR 066	LES ADMISSIONS POSTOPERATOIRES EN REANIMATION : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE ET PRONOSTIQUE	KEITA B	78
COR 067	PRATIQUE DE LA TRANSFUSION SANGUINE A L'UNITE D'ONCOLOGIE PEDIATRIQUE DU CHU GABRIEL TOURE DE BAMAKO	DOUMBIA A K.	79
COR 068	PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE DES PATIENTS ADMIS AU SERVICE DES URGENCES DE L'HOPITAL MERE ENFANT LUXEMBOURG.	S. KOITA	80
COR 069	INFARCTUS CEREBRAL REVELATEUR D'UNE THROMBOSE DU SINUS CAVERNEUX A PROPOS D'UN CAS DANS LE SERVICE DE NEUROLOGIE DU CHU GABRIEL TOURE.	MAIGA Y	81
COR 070	ANESTHESIE POUR PROTHESE TOTALE DE LA HANCHE AU CHU DE KATI	DIALLO D	82
COR 071	ANALGESIE PERIDURALE POUR LE TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT AU CHU GABRIEL TOURE, BAMAKO	DIAKITE DS.	83

COR 072	ETATS DES LIEUX DE LA PRATIQUE DE L'ANESTHESIE EN OPHTALMOLOGIE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO DE OUAGADOUGOU AU BURKINA –FASO	BONKOUNGOU P.	84
COR 073	PROGRAMMATION OPERATOIRE AU CHU GABRIEL TOURE	KANTE A.	85
COR 074	COELIOCHIRURGIE AU CHU DU POINT « G » APRES TREIZE ANS DE PRATIQUE EN CHIRURGIE « A »	KOUMARE S	86
COR 075	ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUE DE L'INSUFFISANCE RENALE AIGUË DANS UNE POPULATION DE PATIENTS POLYTRAUMATISES AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES AU CHU- GT	ALMEIMOUNE A	87
COR 076	IMPACT DE LA CONSULTATION PREANESTHESIQUE SUR L'ANXIETE PREOPERATOIRE AU SERVICE D'ANESTHESIE REANIMATION DE L'HOPITAL NATIONAL IGNACE DEEN DE CONAKRY	DONAMOU J	88
COR 077	INTERET DU CONTROLE DE LA GLYCEMIE EN REANIMATION : ETUDE COMPARATIVE	SAMAKE B.M	89
COR 078	ASPECT EPIDEMIOCLINIQUE DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS DANS LE SERVICE REANIMATION DU CHU GABRIEL	DIOP Th. M	90
COR 079	INTOXICATIONS AIGUËS AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE KATI, REGION DE KOULIKORO, MALI	COULIBALY S K	91
COR 080	CANCERS DIGESTIFS AU CHU GABRIEL TOURE : BILAN DE 10 ANS D'ACTIVITE	DEMBELE BT,	92
COR 081	VARIATIONS ANATOMIQUES DU PLEXUS BRACHIAL AU LABORATOIRE D'ANATOMIE DE BAMAKO	KANTE A,	93
COR 082	L'OBSERVANCE DU LAVAGE CHIRURGICAL DES MAINS AU BLOC OPERATOIRE	KANTE A	94
COR 083	ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE DU HELLP SYNDROME	KANTE I	95
COR 084	PATIENTS GRAVES AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES (SAU) DU CHU-GABRIEL TOURE: DELAI D'ADMISSION ET DEVENIR EN REANIMATION	DIOP Th. M	96
COR 085	HEMORRAGIE INTRA VENTRICULAIRE APRES RACHIANESTHESIE : A PROPOS DE 1 CAS AU CHU « LE LUXEMBOURG »DE BAMAKO	M COULIBALY	97
COR 086	LES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE, THERAPEUTIQUE, PRONOSTIQUE AU CHU MERE ENFANT « LUXEMBOURG »	A O TRAORE	98
COR 087	BILAN ANNUEL D'ACTIVITE DU SERVICE DE MEDECINE INTERNE AU CHU DU POINT G.	TRAORE AK,	99
COR 088	DOULEUR CHRONIQUE DANS LE SERVICE DE NEUROLOGIE DU CHU GABRIEL TOURE DE BAMAKO(MALI) SUR 5 ANS (2010- 2015)	Y MAÏGA	100
COR 089	LA NECESSITE DES SOINS PALLIATIFS DANS LES SERVICES A CIRCUIT FERMÉS POUR UNE MEILLEURE CONTINUITE DES SOINS	DR MUTEBA CHRIS	101
COR 090	DEFI EN ANESTHESIE PEDIATRIE DANS L'EST DE LA REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO : CAS D'UN HOPITAL DE REFERENCE TERTIAIRE A GOMA.	KAMBALE KATSUVA POTEAU	102
COR 091	L'IGNORANCE DES GESTES DE PREMIERS SECOURS PAR LA POPULATION EN GENERALE UN FACTEUR IMPORTANT DE LA NON-ASSISTANCE DES PERSONNES EN DANGER (CAS DE LA VILLE DE KINSHASA RDC)	DR MUTEBA CHRIS	103
COR 092	PROBLEMATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DES ADENOMES HYPOPHYSAIRES PAR VOIE ENDOSCOPIQUE AU MALI	O DIALLO,	104
COR 093	ANESTHESIE POUR VENTRICULO-CISTERNOSTOMIE : 31 CAS A L'HOPITAL DU MALI (BAMAKO).	SIDIBE A.	105

COR 094	ANESTHESIE POUR CHIRURGIE CARDIAQUE SOUS CIRCULATION EXTRACORPORELLE A PROPOS DE 6 CAS A L'HOPITAL DU MALI	SIDIBE A	106
COR 095	PRISE EN CHARGE DES STENOSES DE L'URETRE CHEZ L'HOMME AU SERVICE D'UROLOGIE DU CHU GABRIEL TOURE : A PROPOS DE 43 CAS	COULIBALY MT	107
COR 096	ANALGESIE POST OPERATOIRE CHEZ L'ENFANT DANS LES SERVICES D'ANESTHESIE REANIMATION ET DE CHIRURGIE PEDIATRIQUE	DABO A.	108
COR 097	PRATIQUE DE LA VENTILATION MECANIQUE DANS UN CENTRE HOSPITALIER EN MILIEU SEMI- URBAIN AU SENEGAL : L'EXEMPLE DE L'HOPITAL DE TOUBA.	A. DIOP	109
COR 098	AVCI ET MALADIE DE MARFAN OBSERVE A LA CLINIQUE NEUROLOGIQUE DU CHU DE FANN, DAKAR-SENEGAL ET REVUE DE LA LITTERATURE	SISSOKO AS	110
COR 099	PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DE L'EMPYEME THORACIQUE A L'HOPITAL DU MALI	I.B. MAÏGA	111
COR 100	ANESTHESIE POUR CHIRURGIE CARDIAQUE SOUS CIRCULATION EXTRACORPORELLE A PROPOS DE 6 CAS A L'HOPITAL DU MALI	SIDIBE A	112
COR 101	SATISFACTION DES FAMILLES DE PATIENTS HOSPITALISES EN REANIMATION POLYVALENTE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BRAZZAVILLE	ELOMBILA M	113
COR 102	ANESTHESIE-REANIMATION POUR ENDOSCOPIE EN UROLOGIE : EPIDEMIOLOGIE, PRONOSTIC ET PRISE EN CHARGE DES CAS DE SYNDROME DE RESECTION TRANSURETRALE DE LA PROSTATE (TURP SYNDROME)	S.TRAORE	114
COR 104	TUMEURS DES PARTIES MOLLES : ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES	KONATÉ S	115
COR 105	INTERET DE LA SIMULATION MEDICALE DANS LA PEDAGOGIE DES COMPETENCES EN ANESTHESIE-REANIMATION	KONE J.	116
COR 106	ANTIBIOTHERAPIE CHEZ LES PATIENTS REFERES DANS LES SERVICES DE REANIMATION ET DE GASTRO-ENTEROLOGIE DU CHU GABRIEL TOURE DE BAMAKO.	TRAORE AM	117
COR 107	ANTIBIOTHERAPIE AU BLOC OPERATOIRE EN MEDECINE HUMANITAIRE : CAS DE NIONO A SEGOU.	SIDIBE A.	118
COR 108	PRISE EN CHARGE ANESTHESIOLOGIQUE DES PATIENTS OPERES POUR PIED DIABETIQUE	TRAORE S.	119
COR 109	MOTIFS D'ADMISSION ET PROVENANCE DES PATIENTS AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES (SAU) DU CHU GABRIEL TOURE DE BAMAKO	MANGANE M	120
COR 110	PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE, THERAPEUTIQUE, ET PRONOSTIQUE DES HEMORRAGIES SOUS-ARACHENOIDIENNES DANS LE SERVICE DE NEUROLOGIE DU CHU GABRIEL TOURE SUR 5 ANS (2011-2016)	MAIGA Y	121
COR 111	PRISE EN CHARGE DES BRULES GRAVES A L'HOPITAL NATIONAL DE NIAMEY	BOUKARI BAWA.M	122
COR 112	PRATIQUE DE L'ANESTHESIE PEDIATRIQUE A L' HOPITAL NATIONAL LAMORDE DE NIAMEY : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES	BOUKARI BAWA.M	123
COR 113	LA MORTALITE MATERNELLE AU CENTRE DE SANTE MERE ENFANT DE LA REGION DE ZINDER : CAUSES ET ASPECT EPIDEMIOLOGIQUE DES PATIENTES	BOUKARI BAWA.M	124
<b>Communications affichées (POSTER)</b>			
Poster 01	HERNIE INGUINO-SCROTALE ETRANGLEE ET FISTULISEE AU SCROTUM A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI : PRISE EN CHARGE ET MESURES PREVENTIVES A PROPOS D'UNE OBSERVATION.	KANTE A.	126

Poster 02	TRANSSECTION DUODENALE PAR TRAUMATISME ABDOMINAL A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI : OBSERVATION D'UN CAS	KANTE A.	127
Poster 03	FISTULE ARTERIO-VEINEUSE TRAUMATIQUE RECIDIVANTE DU MEMBRE INFERIEUR TRAITEE PAR VOIE ENDOVASCULAIRE : LE PREMIER CAS AU MALI.	S TOGO	128
Poster 04	FORMATION DES CHIRURGIENS GENERALISTES AU MALI : ETUDE DU CURRICULUM	KANTÉ A.	129
Poster 05	EMBOLIE PULMONAIRE GRAVE THROMBOLYSEE A L'HOPITAL DU MALI	M. KONATE	130
Poster 06	GOITRES VOLUMINEUX AU CHU DU POINT G DE BAMAKO DE 2009 A 2014	KANTÉ A.	121
Poster 07	RUPTURE TRAUMATIQUE SOUS ADVENTICIELLE DE L'AORTE THORACIQUE ASCENDANTE ETENDUE A LA CROSSE PAR ECRASEMENT THORACIQUE ENTRE DEUX CHARS D'ASSAUT AU SERVICE DE CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE AU CHRU DE BESANÇON (FRANCE).	KANTÉ A.	132
Poster 08	POLYVALVULOPATHIE : PREMIERE PLASTIE VALVULAIRE AU MALI	TOURE C A S	133
<b>Conférences (CONF)</b>			
CONF 01	HEMORRAGIE AIGUE DU TROISIEME TRIMESTRE	TRAORE Y	135
CONF 02	QUELLE ANESTHESIE POUR UNE CESARIENNE EN URGENCE	TETCHI Y	136
CONF 03	HEMORRAGIE GRAVE DU POST - PARTUM	KEITA M	138
CONF 07	ARRET CARDIAQUE EN OBSTETRIQUE AU BLOC OPERATOIRE	DR. TOURE M K	139
CONF INF	HEMORRAGIE DU POST PARTUM (CAS CLINIQUE)	DIALLO B	141
CONF 11	PRISE EN CHARGE DES TRAUMATISMES CRANIENS GRAVES (TCG) A LA PHASE PRECOCE	MANGANE MI	142
CONF 17	CHOC CARDIOGENIQUE EN 2017	DIOP TH M	146
CONF SYMPO 2	L'ANTIBIOPROPHYLAXIE EN CHIRURGIE	COULIIBALY M	148

# **RESUMES DES COMMUNICATIONS**

# **Communications Orales**

## **(COR)**

## **COR 001. Hémorragie du post –partum : étude épidémioclinique et thérapeutique**

SIMA M.; TRAORE M. S.; KANTE I. ; COULIBALY A. ; ONGOÏBA I. ; YADYANGO E.M. ; DICKO B. ; THERA T., TRAORE Y., KEÏTA M.

Auteur : SIMA Mamadou [drmsima@yahoo.fr](mailto:drmsima@yahoo.fr)

### **RESUME**

**Objectifs :** Etudier les aspects épidémioclinique et la prise en charge des hémorragies du postpartum.

**Méthodes :** Etude descriptive prospective réalisée à la maternité du CSRéf de San entre le 01/01/2012 au 31/12/2013, chez les patientes ayant présenté une hémorragie du post-partum.

**Résultats :** Nous avons enregistré **61 cas** d'HPP sur **1783** accouchements effectués soit une fréquence de **3,42%**. La tranche d'âge 20-35ans était majoritaire avec 44,3% (N=27/61). Avons enregistré plus de femmes venant de la ville de San soit 39,3%. Les cas d'évacuation étaient de **42,6%**, celles venues d'elle-même (autoréférence) représentait **21,3%**. L'ambulance a constitué le moyen de transport le plus utilisé avec 44,3 %. Le taux moyen de CPN était de 1,60%. L'atonie utérine a constitué la première cause d'HPP avec une fréquence de 41,0%, celles consécutives à un traumatisme de la filière génitale a représenté 24,6%. 83,6% des HPP étaient Immédiates, et 16,4% tardives. La révision utérine et le massage utérin ont été les gestes obstétricaux pratiqués en premier lieu avec respectivement 77,0% et 70,5%. 62,3% des patientes ont été transfusés au sang total. Parmi les utéro toniques l'ocytocine a été le plus utilisé soit 90,2%. 82,4% des prestataires ont une bonne connaissance de la GATPA, en revanche 15,70% une mauvaise connaissance. Parmi les prestataires qui ne conservent pas l'ocytocine au frais 80% sont du CSRéf. 32,8% de nos patientes ont présenté une complication et Anémie sévère a représenté la moitié (50%) de ses complications, suivit de l'endométrite avec 30%, l'insuffisance cardiaque 10%. Par ailleurs cas de rein de choc et de thrombophlébite ont été retrouvés. Un taux de létalité par HPP de **3,27%**. La durée hospitalisation était en moyen de 4,60%.

**Conclusion :** L'HPP constitue un problème majeur de santé public. La prévention est un meilleur moyen pour améliorer le pronostic maternel.

**MOTS CLES :** hémorragie du post-partum ; urgence obstétricale, mortalité maternelle, gestion du troisième stade du travail d'accouchement (GATPA)

## **COR 002. Hystérectomies d'urgence au CHU Point G à propos de 36 cas.**

ONGOÏBA I.; TRAORE MS.; SIMA M.; KANTE I.; COULIBALY A.; DICKO H.,  
TRAORE SO., SIDIBE A., THERA T., TRAORE Y., KEÏTA M.

**Auteur:** SIMA Mamadou: [drmsima@yahoo.fr](mailto:drmsima@yahoo.fr)

### **RESUME**

**Introduction :** Les interventions obstétricales majeures constituent l'un des moyens pour faire face aux urgences obstétricales. L'hystérectomie en fait partie et sa fréquence est d'une grande disparité. Les principales indications en sont : les ruptures utérines, les hémorragies incontrôlables, les infections.

**Objectifs :** Etudier l'hystérectomie d'urgence dans ses indications et son pronostic dans le service de gynécologie obstétrique au CHU du Point G.

**Méthodologie :** Il s'est agi d'une étude rétrospective, descriptive, et transversale. L'étude s'étendait du 1<sup>er</sup> Janvier 2009 au 31 Décembre 2011. Ont été incluses toutes les patientes ayant eu une hystérectomie quelle qu'en soit l'indication et l'âge de la grossesse admises dans le service pendant la période d'étude. L'analyse des données a été effectuée sur SPSS 17.0 et test de khi 2 pour étudier les associations entre variables ( $P < 0,05$  comme seuil de signification).

**Résultats :** La fréquence de l'hystérectomie d'urgence en obstétrique a été de 0,51% (N=36/7026) soit une hystérectomie pour 195 accouchements. La tranche d'âge la plus exposée était celle de 20 à 34 ans avec 55,6 % (N=20/36). Les indications étaient dominées par les ruptures utérines dans 75 % des cas (N=27/36) contre 25 % (N=9/36) pour les hémorragies. Les complications post opératoire étaient infectieuses avec 25 % (N=2/8) d'infection pariétale. La létalité était de 8,3% (N=3/36)

**Conclusion :** l'hystérectomie demeure une intervention d'actualité dans notre service. Ses indications restent dominées par les lésions traumatiques utérines et les hémorragies

**Mots clés :** hystérectomie, rupture utérine, hémorragie obstétricale.

---

**COR 003. Hystérectomies d'hémostase : Aspects  
épidémiologique, clinique et pronostic maternel à la  
maternité du centre de santé de référence de la commune  
V du district de Bamako.**

CAMARA D., KONE J, TALL S, SIDIBE A, HAMIDOU A, TRAORE O.M, TRAORE S.O,  
KONE K.N, TRAORE Y, TRAORE M.

**Auteur :** Daouda Camara- Email : [daoudacamara961@yahoo.fr](mailto:daoudacamara961@yahoo.fr)

**RESUME**

**Introduction :** L'hystérectomie d'hémostase est l'ablation chirurgicale de l'utérus emportant généralement le corps et le col de l'organe en situation d'urgence afin d'arrêter un saignement menaçant le pronostic vital. L'objectif de notre travail était d'étudier l'aspect épidémiologique clinique et pronostic maternel de l'hystérectomie d'hémostase.

**Patientes et méthode :** C'est une étude descriptive transversale, rétrospective (1er janvier 2007 au 31 décembre 2015) et prospective (1er janvier 2016 au 31 décembre 2016) sur une période de dix (10) ans, portant sur les cas d'hystérectomies d'hémostases collectés au centre de santé de référence de la commune V de Bamako. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS.21 avec des résultats exprimés en effectifs et pourcentages.

**Résultats:** Nous avons colligé un total de 101 cas sur 90.872 accouchements soit 0,11%. L'âge moyen des patientes était de 32,35 ans avec des extrêmes de 16 et 46 ans, les femmes mariées (99%), la grande multiparité (53,47%). A l'admission 76,24% des patientes avaient un état hémodynamique instable faisant appel à la transfusion sanguine dans 94,06%. Les deux principales indications ont été l'atonie utérine (47,53%) et la rupture utérine (42,57%). Le taux de morbidité post-opératoire dominée par l'oligurie à la 24<sup>ème</sup> (9%) et à la 48ème heure (2%), la suppuration pariétale (7,92%). Le pronostic vital était bon avec 93,07% de survie.

**Conclusion :** Une meilleure organisation du système de référence et de contre référence, la disponibilité suffisante de produits sanguins pourrait améliorer le pronostic vital maternel.

**Mots clés :** Hystérectomie d'hémostase, Indications, Pronostic maternel.

## **COR 004. Morbi-mortalité au cours de la césarienne sur 524 cas au CHU Gabriel Touré**

Samaké B.M., Bocoum A., Almémoune., Dabo A., Diop M., Almémoune H., Monkam Yamadjeu G., Traoré Y.

Auteur correspondant : Broulaye M. Samaké, Email : [samakébroulaye@yahoo.fr](mailto:samakébroulaye@yahoo.fr)

### **RESUME**

**Introduction :** L'analyse des causes de décès maternel en rapport avec l'anesthésie dans les enquêtes britanniques de mortalité montrent que l'anesthésie générale est la principale cause. La césarienne reste une intervention chirurgicale avec un risque de complications materno-fœtales.

**Objectif :** Etudier la morbi-mortalité materno-fœtale liée à la césarienne

**Patients et méthode :** Il s'agissait d'une étude prospective et transversale dans les services d'anesthésie-réanimation et de gynéco-obstétrique de janvier à août 2017. La population d'étude était constituée de parturientes ayant accouché par césarienne. Etaient incluses toutes les parturientes césarisées sous anesthésie locorégionale ou générale en urgence ou en chirurgie programmée. Le test de  $\chi^2$  de Pearson était utilisé pour la comparaison de nos résultats avec  $p < 0,05$  considéré comme significatif.

**Résultats :** pendant la période 1875 accouchements ont été enregistrés dont 633 césariennes soit 33,76%. Nous avons colligé et analysé 524 dossiers de césarienne. La létalité était de 1,5 % et un taux de mortalité fœtale de 15 %. L'âge moyen était de  $26,63 \pm 6,884$ ans. Elles étaient évacuées dans 59,4 % des cas. Les facteurs de morbi-mortalité maternelle étaient : le mode d'admission, la césarienne itérative, l'opérateur, le contexte de la césarienne, la réalisation de la consultation pré anesthésique, la technique d'anesthésie et la réalisation de l'intubation avec  $p \leq 0,05$ . Les facteurs de mortalité fœtale étaient la réalisation d'intubation endo-trachéale, la technique d'anesthésie, la réalisation de la consultation d'anesthésie, le contexte de la césarienne, la césarienne itérative et le mode d'admission avec  $p \leq 0,05$ .

**Conclusion :** La césarienne est associée à un risque élevé de complications maternelles et une mortalité fœtale très importante. La consultation d'anesthésie dans le suivi de la grossesse réduirait cette forte mortalité.

**Mots clés :** Morbi-mortalité, Maternelle et fœtale, Césarienne CHU Gabriel Touré.

## **COR 005. Morbi-mortalité périopératoire associée aux urgences obstétricales**

Diallo B, Dicko H, Adegbindin AY, Traoré S, Mangane MI, Beye SA, Gamby A, Dembélé AS, Koné J, Coulibaly Y.

**Auteur :** Dr Diallo Boubacar, Email : [aboudiallo@gmail.com](mailto:aboudiallo@gmail.com)

### **RESUME**

**Introduction :** la santé materno-fœtale représente un défi majeur de santé publique au Mali avec des mortalités maternelle de 368 pour 100 000 naissances vivantes, et néonatale de 34 pour 1 000 naissances vivantes. Dans les situations d'urgences, la délivrance chirurgicale reste l'une des principales options thérapeutiques pouvant préserver le pronostic maternel et/ou fœtal.

**Objectifs :** évaluer la morbi-mortalité périopératoire associée aux urgences obstétricales

**Patientes et méthode :** Nous avons réalisé une étude prospective, descriptive sur deux mois, incluant toutes les patientes opérées pour urgence obstétricale quelque soient les techniques d'anesthésie, et chirurgicale. Les patientes étaient enrôlées au bloc et suivi pour un maximum de 30 jours. Les complications périopératoires maternelles, fœtales, le contexte de la chirurgie, l'admission en réanimation, la durée de séjour, et la mortalité ont été analysés.

**Résultats :** 130 patientes ont été opérées pour urgence obstétricale. L'âge moyen était de  $26,71 \pm 6,80$  ans. La classe ASA1 était prédominante (83,1%). Les indications étaient dominées par: les hémorragies (25,58%), les dystocies (20,15%), et la Pré éclampsie / Éclampsie (17,69%). L'anesthésie générale (AG) était réalisée chez 50%. La durée moyenne de l'intervention était de  $45,20 \pm 14,75$  mn. La spoliation sanguine était supérieure à 500 ml chez 19,3% et 1000 ml chez 10,8%. Les évènements indésirables peropératoires retrouvées étaient l'arrêt cardiaque (1 cas), l'inhalation (1 cas) et l'hypoxie (1 cas). 13,3% des patientes étaient admises en réanimation après l'intervention avec une durée moyenne de séjour de  $5,5 \pm 3,9$  jours. Sur 129 nouveau-nés, la moyenne d'Apgar était de  $6 \pm 5,5$  ; 16 (12,4%) ont été réanimés à la naissance, et 31 étaient mort-nés (24%).

Les complications post opératoires étaient retrouvées chez 37 patientes (28,5%) dominées par les infections (26,1%) et l'hémorragie (10,8%). On note 8 cas (6,2%) d'insuffisance rénale, et un cas d'AVC (0,8%). Trois décès maternels (2,3%) ont été enregistrés.

**Conclusion :** la morbi-mortalité maternelle et fœtale associée aux urgences obstétricales reste élevée. Elle est liée surtout aux hémorragies, aux complications de l'hypertension artérielle gravidique et aux infections.

**Mots clés :** Urgences obstétricales chirurgicale, morbi-mortalité fœto-maternelle, Bamako.

## **COR 006. Aspects pratiques de la Réhabilitation post-opératoire précoce après Césarienne. Cas du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako**

COULIBALY Y, KONATE M, KONE J, TRAORE N, DIARRA B, HAIDARA M, KEITA M, TALL S, TOURE MK, NIANGADO R, KONE KN, DIALLO B, TRAORE S, DICKO H, COULIBALY Y, TRAORE M.

### **RESUME**

**Introduction :** Le concept de réhabilitation précoce est une approche multidisciplinaire visant la réduction de la morbidité post-opératoire des patients avec une diminution significative de la durée de séjour et de couts hospitaliers. En obstétrique elle assure une autonomisation rapide de la parturiente, et facilite la relation mère-enfant. L'objectif de cette étude était d'évaluer la faisabilité d'un protocole de réhabilitation post opératoire précoce dans notre contexte.

**Méthode :** Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive sur une période de 06 mois menée au CSREF de la commune V du District de Bamako. Nous avons les patientes admises pour césarienne prophylactique (programmée) et n'ayant de facteur de risque cardiovasculaire, ou d'hémorragie du post partum. Les critères évalués étaient les suites opératoires et la relation mère/nouveau-né. Le recueil et l'analyse des données ont été réalisés avec SPSS. Les résultats exprimés dans des tableaux et graphiques.

**Résultats :** Nous avons enregistré 60 patientes césarisées au cours de l'étude, parmi lesquelles 57 patientes ont été prises sous rachianesthésie et 3 en Anesthésie Générale. Toutes les patientes ont reçu le même protocole de la réhabilitation post opératoire. Au sortir du bloc, l'EVS était à 0 chez toutes les patientes. Les patientes (93,3 %) ont allaité leur bébé dès la sixième heure post-opératoire. La majorité des patientes (96,7%) s'étaient mobilisées dès la sixième heure avec ablation de la sonde urinaire. La reprise de l'alimentation orale (liquidienne) était observée chez 57 patientes (95%) de 06 à 07heures en post-opératoires. La durée de séjour hospitalier était de 02+/-0,37 jours avec notre protocole de réhabilitation précoce post-opératoire.

**Conclusion :** Le protocole de réhabilitation post-opératoire précoce après césarienne a comme bénéfices : une réduction des durées de séjours et les couts hospitaliers, les couts, une autonomie et un meilleur rapport mère nouveau-né

**Mots Clés :** Césarienne, Réhabilitation post-opératoire précoce.

## **COR 007. Eclampsie du post-partum**

DIAKITE. M, TRAORE. K THIAM S, SISSOKO M, GUINDO .H, DAO. K

### **RESUME**

**Introduction :** l'éclampsie du post partum survient le plus souvent dans les 48 heures après l'accouchement. Notre travail avait pour objectif de déterminer la fréquence de l'éclampsie du post partum, et d'identifier les facteurs de risques de survenu.

**Méthodes et Matériels :** Il s'agit d'une étude prospective réalisée dans le service d'anesthésie /réanimation de l'hôpital régional de Gao sur une période de 12 mois allant de juillet 2016 à juin 2017.

**Critère d'inclusion :** toute patiente admise pour crise tonico clonique avec une protéinurie significative à moins 2 croix dans un contexte d'accouchement récent ou tardif jusqu' a 14 jours.

**Critère d'exclusion :** patiente présentant une éclampsie du pré et per partum, ou toute autre patiente avec une crise comitiale et protéinurie négative. Les variables utilisées étaient : Age, suivi de grossesse, signes cliniques, signes biologiques, mode d'accouchement. Nous avons utilisé les dossiers médicaux pour parfaire ce travail.

**Résultats :** durant notre étude, nous avons colligés 63 cas d'éclampsies pré, per et post partum. Eclampsie péripartum : 18 cas, Eclampsie per partum : 5 cas, Eclampsie du post partum : 41 cas. L'éclampsie du post partum était fréquente dans 65%. La tranche d'âge de 18-23 ans était la plus concernée dans 53.65%. La grossesse était mal suivie dans 51,22%. HTA était le signe clinique le plus retrouvé à l'admission dans 48 ,27%.

La protéinurie était significative dans 100% L'accouchement avait été fait par voie basse dans 97,56%

**Conclusion :** Au terme de notre étude, nous avons retrouvé que l'éclampsie du post partum était en augmentation croissante dans notre structure, et que le seul garant d'une diminution de la fréquence reste la prévention en mettant l'accent sur une consultation prénatale régulière.

**Mots clé :** éclampsie, grossesse, post partum

## **COR 008. Eclampsie en situation d'insécurité : prise en charge et pronostic materno - foetal à propos de 35 cas.**

SIMA M. ONGOÏBA I, COULIBALY A., KANTE I., TRAORE MS., DICKO H., TRAORE SO., BA A., DICKO B., THERA T., TRAORE Y., KEÏTA M.

**Auteur :** SIMA Mamadou: [drmsima@yahoo.fr](mailto:drmsima@yahoo.fr)

### **RESUME**

**Introduction :** La mortalité maternelle constitue un problème de santé publique et son taux est un indicateur de développement d'un pays. Parmi les causes directes de décès maternel, l'hypertension artérielle et ses complications occupent une part importante. Elle constitue la 3<sup>ème</sup> cause de décès maternelle, la 1<sup>ère</sup> cause de mortalité périnatale à l'échelle mondiale.

**Objectifs :** Evaluer la prise en charge et le pronostic de l'éclampsie.

**Méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective, descriptive qui a duré 12 mois allant du 1<sup>er</sup> Décembre 2014 au 30 Novembre 2015. L'échantillon a été choisi dans la population de femmes enceintes ou en travail admises dans le centre de santé de référence de Niafunké.

Les critères d'inclusion ont été la crise convulsive tonico-clonique ou une perte de connaissance associée à une hypertension artérielle supérieure ou égale à 140/90 mm hg et une protéinurie significative (supérieure à 300mg/24 H) à partir de la 20<sup>ème</sup> SA. Les patientes ne répondant pas à ces critères n'ont pas été incluses. Les données ont saisies sur Word et analysées sur EPI INFO version 6.04

**Résultats :** Nous avons colligé 35 dossiers d'éclampsie sur 553 admissions pendant la période d'étude soit une fréquence de 6,33 %. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 15 – 18 ans avec 42,9 % (N= 15/35). Le profil type de ces patientes était : non scolarisées (N=34/35), sans occupation professionnelle (N=34/35), mariées (N=32/35), sans antécédent médical notable (N=25/35). La majorité des patientes ont fait 1 à 3 crises soit 94,3 % (N=33/35). La grossesse s'était terminée par un accouchement par la voie basse dans 51,4% (N=18/35) contre 48,6% (N=17/35). Le pronostic foetal était marqué une létalité de 8,6% (N=3/35) en rapport avec une prématurité. La létalité maternelle était de 2,9% (N=1/35).

**Conclusion :** l'éclampsie reste toujours un problème de santé publique et le couple mère-enfant paye toujours un lourd tribut.

**Mots clés :** éclampsie, décès périnatal, décès maternel

## **COR 009. FACTEURS EPIDEMIO-CLINIQUE ET PRONOSTIQUE DES COMPLICATIONS DE LA PREECLAMPSIE DANS LE SERVICE REANIMATION**

DABO A, DIOP Th. M, NGUEYEM.N G.G., MANGANÉ M.I., ALMEIMOUNE A., TOURE M.K., COULIBALY M., TRAORE S., KOITA S., COULIBALY Y., DIANGO D M.

### **RESUME**

**INTRODUCTION :** Nombreuses sont les affections qui exposent la femme enceinte et le fœtus aux risques morbides pendant la grossesse, l'accouchement et les jours qui suivent le post partum. La prééclampsie constitue un véritable problème de santé publique tant dans sa fréquence, la diversité de sa prise en charge et dans ses complications. Le but de notre travail est décrire les facteurs épidémio-clinique et pronostiques des complications de la prééclampsie en milieu de réanimation au CHU Gabriel TOURE.

**MATERIEL ET METHODE :** Nous avons mené une étude prospective transversale portant sur un recrutement de toutes les patientes hospitalisées dans le service de réanimation du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Gabriel Touré chez qui une complication de la prééclampsie a été diagnostiquée pendant une période allant de Mai 2015 à Octobre 2016. Une analyse multivariée du profile socio-économique, obstétricaux, des complications, des traitements reçu a permis d'identifier le profile épidémiologique et les facteurs significatifs au devenir des patientes. Les données ont été collectées par le biais des fiches d'enquêtes des dossiers médicaux. L'analyse des données a été faite sur le logiciel SPSS (version19.) et le logiciel Microsoft Word Starter.

**RESULTATS :** Au cours de notre étude, nous avons colligé 244 cas, l'âge moyen était 32 ans avec des extrêmes de 14 ans et 39 ans. Les primigestes étaient les plus représentées avec 53,3%. Les complications du pré-partum étaient les plus retrouvées soit 143 de notre effectif, une césarienne fut indiqué dans 74,6% des cas. L'éclampsie était la complication la plus représentée suivie des HRP soit respectivement 156 cas et 63 cas. Un protocole pré établi était utilisés selon le type de complication. Nous avons recensé 13,9% de décès. 81,1 % ont eues une évolution favorable et ont été transférés au service de gynécologie pour une durée moyenne d'hospitalisation en réanimation de 3-5 jours.

**CONCLUSION :** L'étude a permis de démontrer que la primiparité et la multipartite; associés à un niveau économique bas sont des facteurs de risque de survenue des complications de la pré éclampsie. La précocité de la prise en charge sur la base de protocoles codifiés influence le pronostic.

**Mots clés:** Epidémio-clinique, pronostique, prééclampsie, complications, réanimation.

## **COR 010. La grossesse extra utérine sous implant Jadelle® à propos d'un cas au CHU de Kati**

KOUMA A, THERA A, GUINDO B, DIARRA B, KONE D, SISSOKO A, BOCOUM A, TRAORE A, KANTE I, TEGUETE I, TRAORE Y, DOLO A.

**Auteur :** Kouma A, *Email :* [Koumamit@yahoo.fr](mailto:Koumamit@yahoo.fr)

### **RESUME**

**Introduction :** La grossesse extra-utérine sous implant est rare. Le premier cas de grossesse extra- utérine a été rapporté en 2004 en France sous Implanon. Nous rapportons le premier cas au Mali de grossesse extra-utérine sous contraception par implant sous cutanée (Jadelle®).

La discussion porte sur le rôle des progestatifs dans l'implantation ectopique de la grossesse.

**Observation :** Il s'agit une patiente de 23 ans, primigeste, primipare, ayant un enfant âgé de 13ans. Elle n'a pas d'antécédents médicaux ni chirurgicaux, une IMC à 23, un cycle régulier de 30 jours. La Jadelle a été posée sous anesthésie locale au niveau du bras gauche en Mai 2017.

Elle n'a pas signalé d'effets secondaires.Elle a consulté aux urgences gynécologie-obstétriques le 08 Novembre 2017 pour douleur pelvienne aigue à type de torsion sur une aménorrhée de deux mois. A l'admission elle avait un bon état général, une pression artérielle à 120/60 mmHg, un abdomen souple sensible à la palpation, rénitent et un cri de l'ombilic. L'examen au spéculum notait un col sain. Au toucher vaginal, on notait un comblement des culs de sac et une douleur à la mobilisation de l'utérus. Le test de grossesse était positif. A L'échographie pelvienne, on notait un utérus vide et homogène, une masse latero- utérine gauche associée à un épanchement péritonéal de moyenne abondance. Devant cette forte suspicion de grossesse extra-utérine rompue, on a effectué une laparotomie qui a confirmé le diagnostic de grossesse extra-utérine ampullaire gauche rompue avec un hémopéritoine de 800cc. Nous avons réalisé une salpingectomie totale gauche. Les suites opératoires ont été simples.

**Discussion :** Chez cette patiente, l'implantation de la grossesse a eu lieu de façon ectopique alors qu'elle n'avait aucun facteur de risque. Nous ne pouvons affirmer que Jadelle® est responsable de cette implantation ectopique. Cependant, le risque accru de survenue d'une grossesse extra-utérine est connu sous contraception micro progestative orale. Le mécanisme favorisant serait la modification de l'endomètre par les progestatifs. Nous pouvons nous demander si le même mécanisme n'est pas ici en cause.

**Conclusion :** Cette observation nous incite à rester vigilant devant les signes évocateurs de la grossesse extra utérine

**Mots clés :** grossesse extra utérine, Implant contraceptif, progestatifs

## **COR 011. PRONOSTIC MATERNO-FŒTAL DE LA PRÉ-ÉCLAMPSIE AU CHU GABRIEL TOURE.**

SISSOKO A., TEGUETE, I, DJIRE M Y., BOCOUM A, SIDY T, BAGAYOGO M, H, SANOGO S, FANE S, FOMBA A, TRAORE Y, MOUNKORO N, TRAORE M; DOLO A.

### **RESUME**

**Introduction :** L'HTA associée à la grossesse demeure encore une cause majeure de morbi mortalité materno-fœtale. Le sous groupe le plus fréquent et redoutable est la pré-éclampsie.

**Objectif :** Etudier la pré-éclampsie au CHU Gabriel Touré de Bamako.

**Méthodologie :** Etude rétrospective transversale de 2003 à 2013.

**Résultats :** Nous avons enregistré 8193 patientes hypertendues dont 6364 cas de pré-éclampsie soit une fréquence de 18,7% au cours de la gravido-puerpéralité sur un total de 33916 des admissions en obstétrique et de 77,6% des hypertensions artérielles associées à la grossesse dans le service. Il s'agissait des patientes admises dans un contexte d'urgence 50,3% ; des adolescentes (OR=1), des primigestes (OR=3,3), nullipares (OR=3,1) et des célibataires (OR=3,5). Le risque d'accouchement par césarienne était presque multiplié par trois. Les principales complications maternelles étaient la crise d'éclampsie (OR=1,4), l'hématome rétro placentaire (OR=1,3), le HELLP Syndrome (OR=2,5) et de décès (OR=3,4).

La souffrance fœtale chronique (OR=1,7), la SFA (OR=1,3), la mortinaissance (OR=1,3) et la mortalité néonatale précoce (OR=1,7) étaient les complications fœtales les plus retrouvées.

**Conclusion :** La fréquence est élevée. Elle constitue une préoccupation pour l'obstétricien, le cardiologue, l'anesthésiste-réanimateur et le pédiatre.

**Mots clés :** Pré-éclampsie- Grossesse-Accouchement-Pronostic.

## **COR 012. ANESTHESIE DES TRAUMATISMES OCULAIRES EN URGENCE AU CHU-IOTA**

Dembélé AS, Sylla F, Sogodogo C, Mangané M, Diop Th M, Almeimoune A, Guindo A, Guirou N, Napo A, Simaga A, Diango D M, Coulibaly Y, Diallo A K.

### **RESUME**

**INTRODUCTION :** Les traumatismes oculaires constituent les principales causes de cécité monoculaire et de déficiences visuelles avec plus de 1,5 millions d'aveugles.

Les répercussions socio-économiques sont importantes, et concernent les jeunes.

L'AG est largement utilisée. Le jeune pré opératoire ; la prévention et la prise en charge des réflexes oculocardiaques et la normotonie sont les impératifs de cette anesthésie.

**OBJECTIFS :** Evaluer la prise en charge anesthésiologique des traumatismes oculaires.

**PATIENTS ET METHODES :** Etude rétrospective, descriptive de janvier 2015 à Décembre 2016 portant sur les patients pris en urgence pour traumatisme oculaire. Les variables mesurées étaient les données socio démographiques et de l'anesthésie.

**RESULTATS :** 486 traumatismes oculaires ont été pris en urgence sur 11259 patients opérés pendant la même période, soit un taux de 4,32%. L'âge moyen était de 17,49 ans avec un sex-ratio de 1,89 en faveur du masculin. Il s'agissait d'élèves à 35,2% et des enfants non scolarisés à 28%. Les plaies cornéennes étaient les plus fréquents avec 42,2%. La classe ASAIU représentait 82,3% ; L'APB était réalisée dans 50% et l'AG dans 45,1%. L'induction était intraveineuse avec le Propofol à 57,5% et inhalatoire dans 42,5%. Le masque laryngé était utilisé dans 90,4% ; et l'IOT dans 9,6%. Nous avons observé 9 malaises, 4 convulsions et 3 vomissements au cours de l'ALR et 3 bronchospasmes sous AG.

**CONCLUSION :** L'anesthésie en urgence pour traumatisme est fréquente et concerne les enfants avec des séquelles invalidantes.

## **COR 013. Mortalité péri opératoire en chirurgie générale et viscérale dans un hopital de référence régionale au Burkina – Faso**

Bonkougou P, Lankoandé M, Kabe H, Ouédraogo S, Ouangré E, Zida M, Zongo G, Sanou J, Ouédraogo N, Traoré SS.

### **RESUME**

**Introduction :** La chirurgie est devenue de pratique quotidienne. En 2008, l’OMS rapportait que 234 millions d’interventions chirurgicales majeures sont pratiquées chaque année dans le monde [1]. La mortalité péri-opératoire, un indicateur de l’accès à des soins de santé essentiels et de qualité, est définie selon l’OMS, comme le décès survenant au cours et dans les 30 jours suivant après toute procédure anesthésique et ou chirurgicale faite au bloc opératoire [1]. L’objectif de ce travail est d’évaluer cet indicateur dans un hôpital de référence régionale.

**Patients et Méthodes :** Il s’est agi d’une étude rétrospective sur 12 mois (1er janvier au 31 décembre 2016). Ont été inclus, les patients du service de chirurgie générale et viscérale du CHR de Ouahigouya, décédés lors ou au décours d’une intervention chirurgicale endéans les 30 jours post-opératoires.

**Résultats :** Sur un an, 2360 patients ont été admis dans le service et 1451 ont bénéficié d’une procédure chirurgicale ou anesthésique au bloc opératoire. Sur 1451 procédures, 80 cas sont décédés en péri opératoire soit un taux de mortalité péri opératoire de 5,5%. L’âge moyen était de 48,1 ans  $\pm$  25,2 ans. On a dénombré 64 hommes (80 %) et 16 femmes (20 %) ; 54 (67,5%) cas d’urgence contre 26 (36,2%) chirurgies électives. La majorité (n = 73) était ASA1 ou ASA2. L’anesthésie générale, réalisée chez 66 patients (82,4%) était avec intubation dans 57 (71,2 %) cas contre 14 (17,6%) de rachianesthésie. Les péritonites (n = 26 ; 32,5%), les occlusions (n= 11 ;13,7 %) étaient plus fréquentes. Le décès était postopératoire dans la majorité des cas (90%).

**Conclusion :** La mortalité périopératoire dans le service de chirurgie générale et viscérale de l’hôpital régional de Ouahigouya reste élevée. Elle touche le sujet âgé, sexe masculin, de faible niveau socio-économique, opéré surtout en urgence. Sa réduction passera par une bonne réanimation péri opératoire.

**Mots clés :** mortalité, péri opératoire, chirurgie générale, viscérale.

## **COR 014. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des traumatismes oculaires dans le service d'urgences ophtalmologiques au CHU-IOTA à propos de 148 cas.**

Napo. A, Brainima. C, Sissoko. M, Saye. G, Guirou. N, Guindo. A, Dembélé. S, Bakayoko. S, Sylla. F, Tall. A, Simaga. A, Saliou. M, Diallo.O, Tangara.A, Théra. J P, Bamani. S, Traoré. J

**Auteur :** Napo Abdoulaye

### **RESUME**

**INTRODUCTION :** La traumatologie oculaire représente une part importante de la pathologie observée aux urgences ophtalmologiques, puisqu'elle représente environ 20% des motifs de consultation. Le but de notre étude était d'analyser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des traumatismes oculaires chez les enfants reçus dans un service d'urgences ophtalmologiques au CHU-IOTA.

**PATIENS ET METHODES :** Il s'agissait d'une étude descriptive, rétrospective et longitudinale. Ont été inclus tous les patients reçus pendant les gardes pour traumatisme oculaire sur une période de 12 mois. Chaque patient a bénéficié d'un examen ophtalmologique aussi complet que son état et sa coopération le permettaient.

**RESULTATS :** L'échantillon était constitué de 148 patients, soit 22,46% des consultations effectuées par les services de garde. Les hommes étaient les plus atteints (68,24%). L'âge moyen des patients était de 17,34 ans et la tranche d'âge de 0 à 10 ans était prédominante. Les élèves et étudiants étaient les plus touchés par le traumatisme oculaire avec 31,08%. Les accidents de jeux (33,11%) ont constitué la principale circonstance du traumatisme oculaire. Parmi les agents traumatisants 22,97% étaient d'origine métallique. Les traumatismes oculaires à globe ouvert constituaient le principal type (58,78%). Malgré le recours à la chirurgie dans 63,51% des cas, l'évolution s'est soldée par une perte fonctionnelle du globe dans 21,62%. Les complications et séquelles liés au traumatisme étaient notés respectivement dans 18,24% (27 cas) et 26,35% (39 cas).

**Conclusion :** Les traumatismes oculaires sont fréquents au Mali. Ils représentent 22,46% des patients qui consultent au service des urgences pendant la garde.

**Mots clés :** Traumatismes oculaires; urgences ophtalmologiques.

---

## **COR 015. Les luxations traumatiques de hanche dans le service d'Orthopédie Traumatologie CHU Gabriel TOURE**

Moussa AK ; Traoré M B ; Diallo M ; Toure L ; Coulibaly T  
Auteur: Abdoul Kadri ; Email : [abdoulkaderm47@gmail.com](mailto:abdoulkaderm47@gmail.com)  
Tel : (00223) 60017515 ; (00223)71667314

### **RESUME**

**Introduction** : les luxations de hanche nécessitent un traumatisme violent avec souvent des lésions associées locales ou générales, constituant une urgence thérapeutique.

Le but du travail était d'évaluer le résultat thérapeutique de la prise en charge.

**Matériel et Méthodes** : nous avons colligé 81 patients présentant une luxation traumatique de hanche de janvier 2012 à décembre 2016 dans le Service d'Orthopédie et Traumatologie du CHU Gabriel TOURE.

**Résultats** : il s'agissait de 69 hommes et 12 femmes. L'âge moyen était de 31,83 ans avec des extrêmes de 9 ans et 70 ans. Les AVP ont constitué les étiologies les plus fréquentes (93,82%). Le type I de Stewart et Milford était le type anatomoclinique le plus fréquent avec 62,96%. Les lésions associées ont été notées dans 67,90%. Le traitement a été orthopédique dans 97,53%. Les patients ont été suivis pendant au moins 1 an. Les complications ont été dominées par la douleur chronique avec 48,14%. Les résultats ont été bons dans 51,85%.

**Conclusion** : Les luxations traumatiques de hanche sont graves pouvant engager le pronostic fonctionnel de la hanche, surtout avec la fréquence des lésions associées. Le traitement doit être urgent et approprié afin d'améliorer le pronostic fonctionnel de la hanche.

**Mots-clés** : luxation, hanche, lésions associées, urgence, traitement

## **COR 016. Urgences chirurgicales digestives au CHU Gabriel Touré : Bilan de 10 ans d'activité**

Dembélé BT, Traoré A, Togo A, Konaté M, Bah A, Sidibé Y, Kelly B, Maiga A, Traoré AA, Koné T, Kanté L, Diakité I, Karembé B, Koné A, Tounkara I, Diop Th M, Mangane MI, Almeimoune A, Diango MD, Diallo G.

### **RESUME**

**Introduction :** Les Urgences chirurgicales digestives sont très fréquentes depuis un certain temps, leurs pronostiques dépend de la rapidité de prise en charge

**Objectifs** déterminer leur fréquence, leurs aspects diagnostiques et thérapeutiques.

**Méthodologie :** Nous avons réalisé une étude rétrospective sur 10 ans incluant toutes urgences chirurgicales digestives

**Résultats :** Nos travaux ont porté sur 2510 patients, les péritonites ont représenté 47 % Les occlusions 31 % et les urgences chirurgicales traumatiques 22%. Sur un échantillon de 1185 cas de péritonites. Les principales causes ont été la péritonite appendiculaire et la péritonite typhique et la perforation d'ulcère gastrique ou duodénale. La péritonite appendiculaire a représenté 33 %, l'âge moyen était de 22,5 ans avec un sex-ratio de 4 le diagnostic était essentiellement clinique. La mortalité était de 0,7% et la morbidité de 15%. Sur un échantillon de 385 cas de péritonite typhique, la perforation siégeait essentiellement sur le grêle, la vésicule biliaire ou le colon. Dans les perforations du grêle, les différentes techniques opératoires effectuées ont été l'excision suture (273 cas), l'iléostomie (59 cas) et la Résection anastomose d'emblée (44 cas). La deuxième urgence chirurgicale la plus fréquente était l'occlusion intestinale aiguë avec 770 cas. Dans l'occlusion du grêle la bride a été la première cause, le volvulus est la cause la plus fréquente des occlusions d'origine colique (319 cas). Nous avons recensé également 555 traumatismes de l'abdomen dont 405 cas de traumatismes fermés contre 150 cas de plaies pénétrantes de l'abdomen. Nous avons ainsi réalisé avec succès 73 cas de traitement non opératoire parmi les 270 hémopéritoines traumatiques

**Conclusion :** Le CHU Gabriel Touré est un hôpital d'urgence par excellence, de la rapidité de prise en charge des urgences dépendent le pronostic.

**Mots clés :** Urgences digestives, chirurgie, Bamako, Mali

## **COR 017. Prise en charge des traumatismes cranio encéphaliques au CHU ME Le Luxembourg à propos de 124 cas.**

DIARRA M. S., CISSE M.E.H, TOURE M. K., KEITA A, SOGOBA Y., DAMA M., COULIBALY O., SOGOBA B., KANIKOMO D., DIALLO O.

### **RESUME**

**Introduction :** Devant l'augmentation des accidents de la route et confrontés à un réel problème de santé publique, nous avons voulu dans ce travail, étudier la prise en charge neurochirurgicale des traumatismes cranio-encéphaliques au sein de l'Hôpital « Le Luxembourg ».

**Matériels et méthode :** Sur environ 780 interventions, 124 patients ont été opérés suite à une étiologie traumatique cranio encéphalique, au sein de notre structure de Mars 2010 à Septembre 2017. Les patients non opérés ou référés n'ont pas fait partie de notre étude. Les données ont été collectées et analysées sous SPSS version 16.0.

**Résultats :** La moyenne d'âge de notre série était de 45,2 ans avec des extrêmes allant de 1 à 90 ans. On notait une prédominance masculine (86,3%). Les TCE étaient principalement causés par les AVP suivis par les accidents domestiques et les rixes. Les signes cliniques prédominants étaient : les troubles de la conscience (29%), les déficits moteurs (16,9%) et l'hypertension intracrânienne (12,9%). Le scanner cérébral a été réalisé chez tous nos patients. On trouvait un hématome sous dural dans 57,3%, un hématome extradural dans 11,3% et une embarrure dans 25,8%. Le traitement chirurgical était principalement l'évacuation de l'hématome (67,7%) et la levée d'embarrure (21%). L'évolution était favorable dans 79% des cas.

**Conclusion :** Les lésions traumatiques cranio-encéphaliques sont malheureusement encore très fréquentes et graves malgré les campagnes de sensibilisation sur le port du casque et de la ceinture de sécurité. Ces mesures de protection peuvent diminuer la morbi-mortalité et les dépenses liées à la prise en charge neurochirurgicale et en réanimation de patients jeunes qui deviennent souvent une perte pour la communauté.

**Mots clés :** TCE, Traitement Chirurgical

## **COR 018. LA PRISE EN CHARGE ANESTHÉSIQUE DES URGENCES OBSTÉTRICALES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DU POINT G – BAMAKO**

M. Keita, H. Dicko, S. Traore, B. Diallo, M. Sima, T. Keita, M. Traore

**Auteur :** Mohamed KEITA mail : [bilkeita@yahoo.fr](mailto:bilkeita@yahoo.fr)

### **RESUME**

**Objectif :** Evaluer la prise en charge anesthésique des urgences obstétricales.

**Patientes et méthode :** Il s'agissait d'une étude prospective qui s'est déroulée, il n'existe pas de bloc opératoire pour la gynécologie de juin à novembre 2015. Toutes les patientes opérées pour urgence obstétricale ont été incluses. Les données ont été recueillies à partir des fiches d'anesthésie et des dossiers obstétricaux. Il s'agissait des caractéristiques sociodémographiques, des comorbidités, de l'évaluation clinique et para clinique préopératoire, des techniques anesthésiques, des évènements indésirables et de la mortalité peropératoire. Le Chi carré a été utilisé pour la comparaison des proportions avec un seuil de signification de 0,05.

**Résultats :** Trois cent trente-quatre patientes avaient été opérées pour une urgence obstétricale sur 521 soit une fréquence de 64%. L'hypertension artérielle était la comorbidité retrouvée dans 4,2% et l'ASAIU était prédominant (95,2%). L'échographie obstétricale et le groupe sanguin / rhésus étaient réalisés en préopératoire dans 8,4 et 100% des cas. La césarienne a été l'intervention chirurgicale la plus fréquente (92,8%). L'éclampsie (23,35%), la dystocie mécanique (10,77%) et la souffrance fœtale aiguë (10,77%) étaient les principales indications opératoires. L'Anesthésie générale (55,4%) et la Rachianesthésie (42,5%) étaient les principales techniques anesthésiques réalisées. Le Score d'APGAR après césarienne à la 1<sup>ère</sup> minute était > 7 (56,4%). Au moins un évènement indésirable lié à la technique anesthésique a été observé chez 18,3% de nos patientes ( $p = 0,001$ ). IL a concerné 70,5% des patients sous rachianesthésie et 24,6% sous AG. L'hypotension artérielle a été l'incident peropératoire le plus fréquent (52,4%). Quatre cas d'arrêt cardiaque peropératoire ont été enregistré soit 6,5%. Nous avons noté 3 décès maternels peropératoire soit 0,89%. Les causes de décès étaient un HRP IIIa de Sher, une éclampsie et une hémorragie post – partum par atonie utérine.

**Conclusion :** Les urgences anesthésiques obstétricales représentent la plus grande partie de l'activité du service de gynécologie – obstétrique du CHU du Point G. L'Anesthésie générale occupe encore une place importante dans la pratique de l'acte anesthésique (55,4%). L'hypotension artérielle peropératoire demeure l'évènement indésirable le plus fréquent (52,4%).

**Mots clés** Anesthésie, urgences obstétricale, prise en charge

## **COR 019. INTOXICATION AU SULFATE DE MAGNESIUM : A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE**

Dicko H, Diallo B, Traoré S, Touré MK, Dembélé AS, Sima M, Beye SA, Diallo D, Keita M, Doumbia D, Coulibaly Y.

Auteur: Dicko Hammadoun, Email : [dickoh60@gmail.com](mailto:dickoh60@gmail.com)

### **RESUME**

**Introduction:** Le sulfate de magnésium (MgSO<sub>4</sub>) constitue le traitement de choix chez les femmes présentant une éclampsie ou une pré éclampsie. Cependant, son utilisation doit faire l'objet d'un monitoring et d'un respect strict des contre-indications. Le but de cette étude était de décrire un cas clinique d'intoxication au MgSO<sub>4</sub> et de ressortir l'importance du monitoring et des contre-indications pour son utilisation.

**Observation:** Madame M.K...âgée de 17 ans, primipare, sans antécédent pathologique notable, admise au service de réanimation le 15/09/2013 pour éclampsie du post partum. La patiente a accouché le 08/09/2013 d'un nouveau-né de sexe féminin vivant. Les suites immédiates de l'accouchement ont été normales. Le 15/09/2013 vers 03 du matin elle a présenté des céphalées suivies de crises tonico-cloniques généralisées avec relâchement sphinctérien et morsure de la langue. Elle aurait reçu 5g de Magnésium en IM avant sa référence. L'examen à l'admission retrouve une patiente agitée avec un score de Glasgow à 13/15 (E4 V4 M5), eupnéique à l'air ambiant, SPO<sub>2</sub> = 98%, TA 176/112 mm Hg, Fréquence Cardiaque FC = 145b/min, température = 37,7°C avec OMI et albuminurie = +++ à la bandelette urinaire. Après conditionnement et administration de la dose de charge de sulfate de Magnésium, 4g dans 250 ml de sérum glucosé 5 % en 30 min, la patiente a présenté des signes d'intoxication à type d'arythmie, bradycardie sévère à 30 bat/mn, arrêt respiratoire avec cyanose des muqueuses et des extrémités, hypotonie généralisée avec abolition des ROT. La prise en charge a consisté à une intubation orotrachéale et la mise sous ventilation mécanique. La patiente reçut 2g de gluconate de calcium. L'évolution fut favorable avec récupération neurologique et cardiorespiratoire au bout d'une heure. La patiente fut alors sevrée de la VM et extubée. Le bilan biologique réalisé était sans particularité en dehors d'une créatininémie à 269 micromoles/l. Elle est transférée à J 3 au service de Gynéco-obstétrique.

**Conclusion:** L'utilisation du sulfate de magnésium en pratique courante est simple et les complications imputables au traitement semblent exceptionnelles sous réserve d'une utilisation rationnelle et parfaitement codifiée.

**Mots clés :** sulfate de magnésium, intoxication, éclampsie, Réanimation

## **COR 020. Réanimation néonatale à la phase initiale au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.**

KONATE M, KONE J, COULIBALY Y, TRAORE N, DIARRA B, HAIDARA M, KEITA M, TALL S, TOURE MK, NIANGADO R, KONE KN, DIALLO B, TRAORE S, DICKO H, COULIBALY Y, TRAORE M.

**Auteur :** Docteur Joseph KONE- Email : [drjosephkone@yahoo.fr](mailto:drjosephkone@yahoo.fr)

### **RESUME**

**Introduction :** La réanimation néonatale est l'ensemble de procédures destinées à restaurer les fonctions vitales du nouveau-né en détresse. Elle reste préoccupante dans les premières minutes suivant la naissance. L'objectif de notre travail était d'étudier la problématique actuelle de la réanimation néonatale post-césarienne dans notre centre.

**Méthodologie :** Etude prospective sur une période de 02 mois réalisée au CSREF de la Commune V du district de Bamako, sur les nouveau-nés réanimés au bloc opératoire par les ISAR.

Les variables étaient les caractéristiques cliniques des nouveau-nés et les gestes et l'issue de la réanimation à la naissance. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS.21 avec des résultats exprimés en effectifs et pourcentages.

**Résultats :** Nous avons enregistré 200 accouchements par césarienne d'urgence dont 30 cas de souffrance fœtale avérée avec un score d'APGAR inférieur à 7, ayant nécessité des gestes de réanimation néonatales. La souffrance fœtale aigüe était l'indication la plus fréquente des césariennes (25% des cas) suivie du travail dystocique sur utérus cicatriciel, la RPM et l'HRP. La rachianesthésie a été effectuée dans 84% des cas. Quatre (4) nouveau-nés étaient en état de mort apparente à l'extraction, et chez dans 5 cas, la fréquence cardiaque était inférieure à 60 battements par minute. Le taux de survie a été de 100% avec un score d'APGAR supérieur à 7 chez 88% à la 5<sup>ème</sup> minute. Les gestes prodigués étaient le réchauffement et les stimulations tactiles, l'aspiration oro-pharyngée, la ventilation au masque facial sur canule de Guedel, l'intubation orotrachéale (02), le massage cardiaque (03 cas), l'administration de catécholamine (04), et une (01) correction d'hypoglycémie.

**Conclusion:** La réanimation néonatale en salle de naissance relève d'une prise en charge rigoureuse des fonctions cardio-respiratoires. Bien dispensée, elle permet de réduire considérablement la mortalité néonatale.

**Mots clés :** Réanimation néonatale, CSREF CV, Bamako-Mali

## **COR 021. Insuffisance rénale aiguë obstétricale : Aspect clinique et pronostic**

Yattara H, Fofana AS, Coulibaly M, Diallo D, Djiguiba K, Coulibaly S, Sima M, Tounkara E, Coulibaly SM, Fongoro S.

**Auteur :** E-mail : [fofaboubacarsidiki@gmail.com](mailto:fofaboubacarsidiki@gmail.com)

### **RESUME**

**Introduction :** L'insuffisance rénale aiguë (IRA) est une complication fréquente en milieu obstétrical dans les pays en voie de développement. Durant ces dernières décennies, l'IRA gestationnelle survient volontiers dans un contexte de prééclampsie ou d'éclampsie sévère. L'IRA du post partum est surtout le fruit d'accident d'hémorragie massif et de trouble de la coagulation.

**Objectifs :** Déterminer les aspects cliniques et évaluer le pronostic de l'IRA obstétricale dans le service de néphrologie du CHU du point G.

**Méthodologie :** Il s'agissait d'une étude retro prospective allant de 01 septembre 2015 au 01 septembre 2017. Etait incluse toute patiente avec insuffisance rénale et/ou anurie au-delà de la 20<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée ou en post-partum sans notion de pathologie rénale antérieure ni de prise de médicaments néphrotoxiques et qui ont accepté de participer à l'étude.

**Résultats :** Durant la période d'étude, la prévalence de l'IRA obstétricale était de **1,02%** dans notre service soit **14 cas** sur 1370 hospitalisations. L'âge moyen était de 29 ans avec des extrêmes allant de 19 à 40 ans. L'hypercréatininémie associée à l'anurie était le motif d'hospitalisation dans 64,5% avec une valeur moyenne de la créatininémie à 782  $\mu\text{mol/l}$ . L'HTA grade 2 OMS était retrouvée chez 5 patientes. Les signes d'hémolyse mécanique étaient présents dans 42,9 % des cas. La moitié (50%) des patientes avait un taux d'hémoglobine inférieur à 7 g/dl. La taille des reins à l'échographie était normale chez 11 patientes. L'éclampsie sévère du postpartum était le diagnostic obstétrical dans 57,1%. Les complications étaient faites respectivement d'IRA (92,2%), l'HRP (50%), le HELLP syndrome (35,7%), l'OAP (21,4%) et le SHU (14,3%). L'hémodialyse était pratiquée chez 9 patientes (64,3%). L'évolution a été favorable chez 11 patientes (78,6%) versus 3 décès.

Parmi les patientes dialysées 7 avaient été retirées de la dialyse devant la reprise de la diurèse et la normalisation de la fonction rénale.

**Conclusion :** Devant une morbi-mortalité non négligeable de l'IRA obstétricale, une précocité de prise en charge efficace est le garant d'un bon pronostic rénal.

**Mots-clés :** IRA obstétricale, pronostic, service de néphrologie CHU point G.

## **COR 022. PRISE EN CHARGE D'AVCH COMPLIQUANT UNE PRE ECLAMPSIE SEVERE A Propos d'un cas**

A.Soumare , A.Dabo, T. Salia, S. Koita , M. Coulibaly , M .K. Toure , O.Kokena, A.Sissoko

### **RESUME**

**Introduction** : La survenue d'AVCH pendant la grossesse constitue une urgence neurologique grave et exceptionnelle. Elle peut être l'expression clinique des complications de pathologies gravidiques dont la pré éclampsie et l'éclampsie [1]. Nous rapportons un cas d AVCH compliquant une pré éclampsie sévère chez une parturiente âgée de 34 ans .

**Observation** : Patiente âgée de 34 ans, aux antécédents de pré éclampsie il y a 3 ans ; actuellement présente une grossesse d'environ 22 semaines mal suivi, admise en réanimation pour trouble de conscience et hémiplégié gauche d'installation brutale. Environ 24h avant son admission la patiente rapporte une notion de céphalée en casque avec des bourdonnements d'oreille traité symptomatiquement . Avec l'apparition d'un trouble de conscience et un déficit moteur, suivis d'une aphasie elle a consulté aux urgences du CHU MERE ENFANT d'où son admission en réanimation. L'examen à l'admission retrouvait une patiente avec GCS à 13, aphasie, hémiplégié gauche avec un TA 202/110 mmHg. Après mise en condition une TDM cérébrale est réalisée et a mis en évidence un AVC hémorragique du tronc cérébral . Une Echographie obstétricale a retrouvé une grossesse mono foetale non évolutive estimée à 21 semaines avec une protéinurie positive à 3 croix. En réanimation l'objectif était une maîtrise des chiffres tensionnels ainsi que la correction des facteurs de risque afin d'éviter un ré saignement. Elle est mise sous nicardipine en bolus de 0,5 mg puis à la seringue automatique à raison de 2mg par heure . Un bilan biologique réalisé n'a pas mis en évidence de trouble de crase sanguine ni d'anomalie hépatique . A j3 de son admission la pression artérielle est restée stables au tour de 145 /88 mmHg. On a réalisé un déclenchement artificiel du travail ayant abouti à l'expulsion de fœtus mort-né. Suivi d'une perfusion de syntocinon et une transfusion de 2 concentrés globulaire. L'évolution est marquée par une bonne amélioration clinique, avec des chiffres de pression artérielle stable, Une régression des fausses routes et la patiente est sortie de la réanimation à J 5.

**Conclusion** : La prise en charge de L'AVCH est une urgence médico chirurgicale.

Sa survenue chez la femme enceinte rend complexe cette prise en charge .Le pronostic dépend de la précocité de la prise en charge qui est multidisciplinaire incluant anesthésiste réanimateur, le gynécologue obstétricien et le neurochirurgien .La prévention de ces accidents vasculaire est axée sur l'éducation et le suivi rigoureux des parturientes hypertendu.

## **COR 023. Anesthésiologie pour césarienne chez les patientes drépanocytaires majeures : évaluation de pratique**

Diallo B, Sogodogo C, Dicko H, Traoré S, Diallo D, Mangané MI, Koné J, Traore A, Keita M, Doumbia D, Coulibaly Y

**Auteur :** Diallo Boubacar, Email : [aboudiallo@gmail.com](mailto:aboudiallo@gmail.com)

### **RESUME**

**Objectif :** évaluer la prise en charge anesthésiologique de la césarienne chez les patientes atteintes d'une forme majeure de drépanocytose.

**Matériels et Méthode :** étude rétrospective descriptive sur 6 ans (Juin 2010 à Juin 2016), incluant toutes les patientes drépanocytaires majeures césarisées. Les données sociodémographiques, les complications évolutives de la maladie, la préparation préopératoire les protocoles anesthésique et transfusionnel, les complications périopératoires, et le pronostic, ont été recueillis et analysé à partir des dossiers hématologique, obstétrical, et d'anesthésie-réanimation.

**Résultats :** au total 132 drépanocytaires majeures ont accouché, dont 65 par césarienne (49,24%). Il s'agissait de patientes âgées de 21-30 ans (72,3%), femme au foyer (49,2%), suivies à 83% au centre de recherche et de lutte contre la drépanocytose, et classées ASA II (92%) et ASA III (8%). Le phénotype SS était majoritaire (60%), suivis de SC (30,8%). Les complications au cours de la grossesse étaient dominées par les crises vaso-occlusives (36,9%) et l'anémie (32,4%). La transfusion et/ou échange transfusionnel était réalisée chez 86,2% avant l'accouchement. Les indications de la césarienne étaient d'origine maternelle dans 58,5% et fœtale dans 24,6%. Dans 63% des cas la césarienne était réalisée en urgence. La rachianesthésie a été la technique la plus utilisée (78,5%). Elle utilisait systématiquement la Bupivacaïne qui était associé à un morphinique dans 17%. En peropératoire 46% ont présenté au moins un évènement indésirable. Les complications fœtales retrouvées étaient l'asphyxie périnatale (24,6%), la mortinatalité (6,2%) et la prématurité (3,1%). La durée moyenne de la césarienne était de 41mn. En post opératoire, 70,8% était admis en réanimation. Les complications post opératoires étaient retrouvées chez 46,16% et dominées par les crises vaso-occlusives (41%); un cas de syndrome thoracique aigu dont les suites ont été simples. Deux patientes sont décédées (3%) dont un arrêt cardiaque per opératoire et un cas de coagulopathie sur mort fœtale in utéro.

**Conclusion :** la césarienne chez les patientes drépanocytaire est une situation délicate pour l'anesthésiste-réanimateur. Elle est grevée de complications engageant le double pronostic maternel et fœtal. Seule une prise en charge multidisciplinaire optimisé pourrait réduire les situations d'urgences chez ces patientes.

**Mots clés :** Anesthésie, Césarienne, drépanocytose, Bamako

## **COR 024. PRONOSTIC MATERNO-FOETAL DE LA CRISE D'ECLAMPSIE AU CHU GABRIEL TOURE.**

SISSOKO A., TEGUETE I., DJIRE M Y., TRAORE S., FOMBA A., TRAORE Y., BAGAYOGO M H., BOCOUM A., SANOGO S., MOUNKORO N., TRAORE M., DOLO A.

### **RESUME**

**Introduction :** L'éclampsie est une complication majeure de la pré-éclampsie, et demeure un problème de santé publique dans les pays en voie de développement. Les complications tant maternelles que fœtales sont à l'origine de la forte mortalité et morbidité materno -fœtales .

**Objectif :** Etudier la crise d'éclampsie au CHU Gabriel Touré durant la période d'étude.

**Méthodologie :** Etude rétrospective transversale de 2003 à 2013

**Résultat :** Nous avons enregistré 8193 patientes hypertendues dont 6364 cas de pré éclampsie et 1890 cas de crise d'éclampsie soit une fréquence de 5,5% au cours de la gravidopuerpéralité sur un total de 33916 des admissions en obstétrique et de 23,06% des hypertensions artérielles associées à la grossesse dans le service. La moyenne d'âge de ces patientes était de 26,08 ans. Le profil était des adolescentes ménagères, non scolarisées ou avec un niveau faible de scolarisation, des élèves et des primigestes. La consultation prénatale n'a pas été réalisée chez un tiers des patientes et elles étaient des évacuées dans la majorité des cas. Les crises survenaient respectivement en anté partum, per et post partum. Deux tiers des cas accouchaient par césarienne (OR= 2,2). Les principales complications maternelles étaient surtout le HELLP Syndrome (OR=9,8), l'insuffisance rénale (OR=1,3) et de décès (OR=4,1). En ce qui concerne le pronostic fœtal était dominé la prématurité (OR=2,3), SFA (OR=1,8), SFC (OR=5), de mortalité périnatale (OR=1,2), de mort-né (OR=1,5) et de mortalité néonatale précoce (OR=2,1).

**Conclusion :** L'éclampsie demeure toujours une cause majeure de morbidité et de mortalité materno-fœtale dans nos pays où le diagnostic est souvent tardif.

**Mots clés :** ECLAMPSIE -GROSSESSE-ACCOUCHEMENT-PRONOSTIC.

---

**COR 025. PRONOSTIC MATERNO-FŒTAL DU PALUDISME ET GROSSESSE AU CHU GABRIEL TOURE.**

Thera F., Teguede I., Sissoko A., Sanogo S., Traore S., Djire M Y., Bocooum A., Bagayogo M H ., Sanogo S., Youssouf T., Mounkoro N., Traore M., Dolo A.

**RESUME**

**Introduction :** L'infection palustre pendant la grossesse représente un problème de santé publique majeur, comportant des risques substantiels pour la mère, le fœtus et le nouveau-né.

**Objectif :** Etudier le pronostic materno-fœtal du paludisme associé à la grossesse.

**Méthodologie :** Etude rétrospective transversale de 2003 à 2013.

**Résultat :** Nous avons enregistré pendant la période d'étude 33784 admissions en obstétrique, parmi lesquelles 6006 femmes ont présenté le paludisme confirmé par une goutte épaisse positive soit 17.7% (6006/32726) de la population générale. Parmi celles qui ont réalisé la GE elle est de 35,5% (6006/16914).

Les principaux facteurs de risque étaient : la primiparité OR=2 ; l'absence de traitement préventif intermittent OR= 258, l'absence de scolarisation OR= 1,25 et les adolescentes OR=1,1.

Le pronostic maternel était de : les fausses couches spontanées OR=3,01 ; la MAP OR=1,1 ; l'anémie OR=1,6 ; les hémorragies de la délivrance OR=1,2 et de décès OR=1,05.

Les complications fœtales étaient surtout la SFA OR=1,07 ; l'apgar morbide OR=1,2 ; la prématurité OR=1 ; la mortalité néonatale précoce OR= 1,7 et de mortinaissance OR= 1,05.

**Conclusion :** Le paludisme demeure toujours une cause majeure de morbidité et de mortalité materno-fœtale dans le service.

**Mots clés :** Paludisme, Grossesse, Accouchement, Pronostic.

## **COR 026. PRONOSTIC MATERNO-FŒTAL DE L'ANÉMIE ASSOCIÉE A LA GROSSESSE AU CHU GABRIEL TOURE**

BOCOUM A. ; SISSOKO A. , SISSOKO H. , TEGUETE I. , DJIRE M Y. , SIDY T., BAGAYOGO M H., SANOGO S., FOMBA A., FANE S. , TRAORE Y. , MOUNKORO N., TRAORE M. , DOLO A.

### **RESUME**

**Introduction :** L'anémie associée à la grossesse est une cause importante de morbidité et de mortalité materno-fœtale.

**Objectif :** Etudier l'anémie associée à la grossesse.

**Méthodologie :** Etude rétrospective transversale de 2003 à 2013.

**Résultat :** Nous avons enregistré 33916 admissions en obstétrique dont 7914 cas d'anémie soit une fréquence de 23,3%.

Les principaux facteurs de risque étaient la fièvre (OR=1,3), les hémoglobinopathies (OR=1,2), du paludisme (OR=1,6), les grossesses multiples (OR=2,5) et les métrorragies (OR=3,5).

Les complications maternelles étaient surtout l'endométrite (OR=1,1), les infections urinaires (OR= 1,4), les hémorragies de la délivrance (OR=1,7) et de décès (OR=2,6).

Les complications fœtales étaient : la SFC (OR=4,2), le petit poids de naissance (OR= 51,4), la prématurité (OR=49,9), les morts nés (OR=4,8), la mortalité per partum (OR=4) et de mortalité néonatale précoce (OR=3,2).

**Conclusion :** La fréquence de l'anémie demeure élevée dans le service.

**Mots clés :** Anémie, Grossesse, Accouchement, Pronostic.

---

## **COR 027. PRONOSTIC MATERNO-FŒTAL DU HELLP SYNDROME AU CHU GABRIEL TOURE.**

SANOGO S., SISSOKO A., TEGUETE I., DJIRE M Y., BOCOUM A., SANOGO S.,  
YOUSOUF T., MOUNKORO N., TRAORE M., DOLO A.

### **RESUME**

**Introduction :** Le HELLP Syndrome est la manifestation précoce de l'atteinte viscérale diffuse qui fait la gravité de la pré éclampsie. Il signe une rupture de la relation normale entre la paroi vasculaire et le sang circulant viscéral .

**Objectif :** Etudier le pronostique materno-fœtal du HELLP Syndrome.

**Méthodologie :** Etude rétrospective transversale de 2003 à 2013.

**Résultat :** Nous avons enregistré 33916 admissions en obstétrique dont 374 cas de HELLP Syndrome soit une fréquence de 1,31% (374/28488) des accouchements. L'accouchement par voie basse était de 51,3 % et la césarienne 48,7 %. Les principaux facteurs de risque associés étaient : l'obésité (OR=6,3), âge  $\geq$  35 ans (OR=7,5), le diabète (OR=18,4), grossesse multiple (OR=77,1), syndrome des anti phospholipidiques (OR=87,3). Le pronostic maternel est dominé par l'amaurose, l'insuffisance rénale aigue, les CIVD, l'éclampsie, l'HRP et l'anémie. Le pronostique fœtal était dominé par les morts nés 27,2% et l'apgar morbide 17,4% et de prématurité 49,6%.

**Conclusion :** Le HELLP Syndrome demeure toujours une cause majeure de morbidité et de mortalité materno-fœtale dans le service ou le diagnostic est souvent tardif.

**Mots clés :** HELLP Syndrome, accouchement, pronostic.

---

## **COR 028. INTERET DE LA CLASSIFICATION DE LA CESARIENNE SELON ROBSON AU CHU GABRIEL TOURE BAMAKO MALI.**

KODIO A. ,SISSOKO A., TEGUETE I. , DJIRE M Y. , TRAORE S., FOMBA A. ,  
TRAORE Y. , BAGAYOGO M H. , BOCOUM A. , SANOGO S. , MOUNKORO N.,  
TRAORE M. , DOLO A.

### **RESUME**

**Introduction :** Le taux de césariennes continue d'augmenter dans le monde d'où l'intérêt d'un système de classification celle de Robson a été adoptée par l'OMS.

**Objectif :** Etudier la césarienne selon la classification de Robson au CHU-GT.

**Méthodologie :** Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et transversale.

**Résultats :** La fréquence de la césarienne au CHU Gabriel TOURE était de 32,5%.

Les principaux groupes contributeur au taux de césarienne étaient le groupe 1, Groupe 3, Groupe 5 et le Groupe 10. Les indications étaient représentées par la DFP, la SFA, la césarienne itérative et l'hypertension artérielle et ses complications (Eclampsie, HRP) et 48,4% des décès sont survenu chez les femmes ayant accouchées par césarienne. Le décès néonatal étaient plus élevé dans le groupe 10 (53,2%) et du groupe 3 (21,6%).

**Conclusion :** La classification de Robson est simple d'utilisation ; les maternités peuvent facilement l'utiliser en routine pour l'évaluation.

**Mots clés :** césarienne, classification selon Robson, CHU GT.

---

## **COR 029. ETUDE DES COMPLICATIONS DE LA CESARIENNE AU CHU GABRIEL TOURE BAMAKO MALI.**

DEMBELE D., SISSOKO A., TEGUETE I., DJIRE M Y., TRAORE S., FOMBA A., TRAORE Y., KODIO A., BAGAYOGO M H., BOCOUM A., SANOGO S., MOUNKORO N., TRAORE M., DOLO A.

### **RESUME**

**Introduction :** La césarienne n'est pas une intervention anodine, elle peut être émaillée de complications cause de morbidité et de mortalité materno-fœtale.

**Objectif :** Etudier les complications de la césarienne dans le service au CHU-GT.

**Méthodologie :** Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et transversale de 2003 à 2013.

**Résultats :** Nous avons enregistré 33916 admissions avec 28488 (84%) accouchements dont 9509 cas de césarienne (33,3%) avec une complication chez 3049 (32,06). Le profil de ses patientes était des adolescentes célibataires non scolarisées et elles étaient évacuées dans un cas sur deux. Il s'agissait de césarienne d'urgence dans 94,5% des cas. L'anesthésie générale représentait 78,2% et la rachianesthésie 20,1%. Les complications per opératoire sont dominées par les hémorragies et les lésions vésicales. En ce qui concerne le post opératoire on notait surtout l'anémie, les infections pariétales, l'endométrite, l'éviscération, éventration et de septicémie.

**Conclusion :** Ces complications concernaient surtout les adolescentes célibataires non scolarisées, n'ayant fait aucune CPN, évacuées pour la plupart.

**Mots clés :** césarienne, Complications, pronostic, CHU GT

## **COR 031. PRISE EN CHARGE NEUROCHIRURGICALE DU TRAUMATISME CRANOENCEPHALIQUE GRAVE A L'HOPITAL SOMINE DOLO DE MOPTI : A PROPOS DE 7 CAS**

TRAORE A, DIASSANA M, CISSE D, DIALLO B, SAMA HD, KPELAO E, ASSIH D.

Auteurs : Abdoulaye Traoré [ngoaabdoualye@yahoo.fr](mailto:ngoaabdoualye@yahoo.fr)

### **RESUME**

**Introduction** : Le traumatisme crânien représente un problème majeur de santé publique. Il est responsable de nombreux décès et laisse également des séquelles neurologiques, génératrices de handicap compromettant une réinsertion socio-professionnelle.

La prise en charge en neuro traumatologie reste problématique au niveau régional au Mali. Dans le cadre de la Mission Multidimensionnelle Intégrée des Nations Unies pour la Stabilisation au Mali (MINUSMA), une collaboration née entre l'hôpital SOMINE Dolo de Mopti, centre hospitalier régional de 2<sup>ème</sup> référence et l'hôpital militaire Togolais de niveau 2 déployé dans la région de Mopti (SEVARE) a permis de prendre en charge quelques cas.

**Patients et méthodes** : Nous rapportons 7 cas de traumatisme crânio-encéphalique grave opérés à l'hôpital SOMINE Dolo entre août 2013 et avril 2014. L'âge moyen des patients était de 24 ans avec des extrêmes 9 et 36ans. Tous les patients sont de sexe masculin. La principale étiologie était la chute de moto 3 cas sur 7 soit 42,85%. Le scanner cérébral réalisé en urgence chez tous les patients a mis en évidence un hématome extradural dans 6 cas dont 2 avec embarrure associée et 1 cas de plaie crânio-cérébrale pariétale droite avec embarrure. La technique chirurgicale a consisté en une évacuation de l'hématome par volet (6 cas), une levée d'embarrure (3cas) dont une associée à une plastie durale. 5 patients sont guéris sans séquelles, 2 patients ont présenté des séquelles.

**Conclusion** : La disponibilité du scanner à l'Hôpital Somine Dolo, l'existence d'un service de réanimation et la parfaite collaboration avec l'équipe médicale togolaise de la MINUSMA ont été déterminantes pour la prise en charge de ces patients.

Un équipement complémentaire du plateau technique de l'Hôpital SOMINE DOLO est nécessaire pour la pérennisation de cette activité.

**Mots clés** : traumatisme crânio-encéphalique, neurochirurgie, Hôpital SOMINE Dolo Mopti.

## **COR 032. Traumatismes duodéno pancréatiques à propos de 12 cas au CHU Gabriel Touré**

Traoré A, Karembé B, Dembélé BT, Diakité I, Konaté M, Traoré A, Bah A, Sidibé BY Koné T, Diakité S, Kanté L, Togo A, Diallo G.

Auteur: Traoré Alhassane mail : [alhassanetraore2008@yahoo.fr](mailto:alhassanetraore2008@yahoo.fr)

### **RESUME**

**Introduction :** les traumatismes duodéno-pancréatiques surviennent fréquemment dans un contexte de polytraumatisme. Le diagnostic et le traitement demeurent toujours difficiles et constituent un défi pour le chirurgien.

**Objectifs :** étaient de déterminer la fréquence des traumatismes duodéno-pancréatiques, d'étudier les aspects diagnostiques et thérapeutiques et analyser les suites opératoires.

**Méthodes :** Nous avons réalisé une étude rétro et prospective de 2009-2017 soit une période de 9 ans dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré.

**Résultats :** nous avons enregistré 12 cas de traumatismes duodéno-pancréatiques. Il s'agissait de 11 hommes et 1 femme. L'âge moyen était de 25ans. Les principales étiologies ont été les accidents de la voie publique (AVP) 77.78%, les traumatismes par arme à feu 22.22%. La tomodensitométrie (TDM) a objectivé des lésions duodéno pancréatiques avec rupture du pancréas chez 41,7% (5cas) patients. Le diagnostic a été posé en peropératoire chez 58,3%(7cas) des malades. Les lésions étaient duodéno pancréatiques dans 5 cas et pancréatiques isolées dans 7 cas. Les lésions associées étaient : hépatiques (3cas) ; une perforation gastrique et une perforation colique. Selon la classification de Lucas, 3 patients étaient de Grade I ; 5patients Grade II ; 4 patients Grade IVa.

Le traitement chirurgical a consisté en une pancréatectomie gauche chez 5 malades, une suture duodénale chez 4patients et une suture parenchymateuse pancréatique chez 3 patients. Le traitement des lésions associées étaient : une colectomie droite, des sutures gastrique et hépatique. Les suites opératoires ont été simples 58,3% (7cas). La morbidité a été de 41,7% (5cas) dont une pancréatite aiguë 40% (2cas), une fistule pancréatique 40% (2 cas) et une péritonite post opératoire 20%(1cas). La mortalité a été de 20%(1cas).

**Conclusion:** les traumatismes duodéno pancréatiques sont graves et deviennent de plus en plus fréquentes. De la rapidité du diagnostic, dépend le pronostic. La prévention passe par la lutte contre les accidents de la voie publique et les grands banditismes.

**Mots clés :** Traumatismes- Duodénum - pancréas- Chirurgie MALI.

## **COR 033. Tétanos associés aux accidents de la voie publique à Bamako.**

AM Traoré, G Dabo, H Cissé, I Coulibaly, Sogodogo D, A Soukho – Kaya, DM Diango, K Diallo, T Cissé, DK Minta.

### **RESUME**

**Introduction :** Avec l'avènement des motocycles et le non-respect du code de la route, les accidents de la voie publique sont de plus en plus nombreux à Bamako. Ils exposent les victimes au risque de tétanos qui reste d'actualité au Mali. **But :** Nos objectifs étaient d'étudier les aspects épidémio-cliniques et pronostiques du tétanos post accident de la voie publique (AVP) et formuler des recommandations.

**Méthodologie :** Notre étude a été transversale à collecte de variables cliniques rétrospectives sur 9 ans, des adultes admis pour trismus et/ou crise paroxystique généralisée ou localisée consécutive à un AVP.

**Résultats :** Notre échantillon était de 25 cas. La morbidité proportionnelle était de 22,12%. Les hommes étaient surreprésentés (24/1). L'âge médian des cas était de 34 ans [21 – 65 ans]. La vaccination était absente (21 cas) et inconnue (4 cas). L'immunoprophylaxie était inexistante. La forme clinique généralisée a été dominante (96%). Le niveau de gravité III était de 12%. Dans les suites immédiates de l'AVP, 32% des patients étaient reçus dans un service de traumatologie hospitalo-universitaire, 56% dans un service de médico-chirurgical général, 8% suivaient des soins traditionnels et 1 patient ne recevait pas de soin depuis le premier parage. Les portes d'entrée se répartissaient entre les fractures ouvertes de jambe (4 cas), les plaies céphaliques (2 cas), les plaies cutanéomuqueuses (14 cas) et 5 cas de contusion musculaire. Le délai moyen de référence était de  $8 \pm 7$  jours et la durée médiane d'hospitalisation de  $9,08 \pm 11$  jours. Deux cas se sont compliqués de paludisme grave. La létalité était de 60%, dont 52% survenue dans les 72 premières heures.

**Conclusion :** La promotion de la sérothérapie et la vaccination antitétanique chez les accidentés de la voie publique s'imposent. La conscientisation des tradithérapeutes sur l'intérêt de la sérothérapie et de la vaccination antitétanique mérite considération.

**Mots clés :** Accident de la voie publique, Adulte, porte d'entrée, sérothérapie, tétanos.

## **COR 034. Complications des envenimations par morsure de serpent**

Dicko H, Diallo B, Traoré S, Koné J, Dembélé AS, Beye SA, Diallo D, Sanogo D, Togola B, Keita M, Coulibaly Y.

Auteur: Dicko Hammadoun, Email : [dickoh60@gmail.com](mailto:dickoh60@gmail.com)

### **RESUME**

**Objectif** : évaluer la prise en charge des complications aiguës et pronostic des envenimations ophidiennes au CHU du Point G.

**Matériels et Méthode** : nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive sur 66 mois (du 1er janvier 2011 au 30 juin 2016). L'ensemble des patients admis en réanimation pour envenimation par morsure de serpent et ayant présenté au moins une complication, ont été inclus. Les données cliniques, thérapeutiques et évolutives ont été recueillies et analysées à partir des dossiers médicaux et les registres d'hospitalisation.

**Résultats** : 2637 patients ont été admis en Réanimation dont 65 cas d'envenimation ophidienne (2,46%). Parmi les cas d'envenimation 25 ont présenté au moins une complication (38,46%). La moyenne d'âge était de 26,40±15,98 ans avec des extrêmes de 1 an et 65 ans. Le ratio Homme / Femme était de 1,5. Le serpent était identifié comme vipère chez 92 %. Les morsures aux membres inférieurs étaient majoritaires (76,0%). Les complications étaient dominées par le saignement (64%), le choc hypovolémique (48%), et l'hémolyse (40%). Nous avons enregistré 1cas de syndrome coronarien aigu, 1cas d'AVC hémorragique, 3cas d'insuffisance rénale aiguë, et 3 hémopéritoine. Les sérothérapies antivenimeuse et antitétanique étaient systématiques. Il y'a eu une laparotomie pour hémopéritoine. 1 patient a été dialysé; et 10 ont été transfusés. Une aponévrotomie de décharge a été réalisé chez 3. Nous avons enregistré 2 décès, soit 3,1% des envenimations.

**Conclusion** : les envenimations ophidiennes sont fréquentes dans nos contextes, représentant plus de 2,46% des admissions en réanimation. Elles se compliquent dans 38,46% des cas avec une mortalité de 3,1%.

**Mots clés** : Envenimation, Morsure de serpents; complications ; réanimation ; Bamako.

## **COR 035. Bilan des activités d'anesthésie pour la prise charge des traumatismes maxillo-faciaux au CHU-CNOS**

Nientao Q, Sogodogo C, Diarra Y, Sangaré O, Guindo O, Traoré H.

Auteur: [orientao@yahoo.fr](mailto:orientao@yahoo.fr)

### **RESUME**

**Introduction :** Les traumatismes maxillofaciaux intéressent par définition les structures faciales situées entre la ligne capillaire en haut et la pointe du menton en bas. La diversité des lésions maxillofaciales. Leur association à d'autres atteintes en particulier neurochirurgicales, la problématique du maintien de la liberté des voies aériennes supérieures (VAS), Ainsi que les difficultés qui en découlent, font toute la complexité de la prise en charge de ces traumatismes.

**Objectif :** Rappporter notre expérience, faire ressortir les difficultés de la prise en charge anesthésique des traumatologies maxillo-faciales.

**Matériel et méthode :** Il s'agit d'une étude rétrospective sur 12 mois (du 1er juin 2016 au 1er juin 2017) au CHU CNOS ont été inclus tous les patients admis pour TMF, les données ont été recueilli sur des fiches d'enquêtes préétablie, et analyser par le logiciel SPSS version 16.0

**Résultats:** Durant la période d'étude 349 patients ont été admis au chu CNOS ; les TMF représentait 48, 42 %

Le profil épidémiologique est celui d'un sujet de sexe masculin (86,5%), adulte jeune, victime d'un accident de la circulation (70,8%) ou d'une agression (14,6%). L'AG a été réalisée dans 71,9 des cas. ALR dans 28,1% des cas. L'intubation était nasotrachéale dans 48,3 % des cas.

**Discussion :** La difficulté de la PEC des TMF est liée à plusieurs facteurs : les lésions associées, l'intubation difficile, Le délais de prise en charge. Et aussi l'expérience de l'anesthésiste. Ont été décrites dans la littérature.

**Conclusion :** La PEC des TMF est un véritable challenge pour l'anesthésiste du fait du partage du cite opératoire avec les chirurgiens, la nature des lésions, mais aussi les difficultés liées à l'évaluation des scores d'intubation.

**Mots clés:** traumatisme maxillo-faciale, intubation nasotrachéale, Anesthésie générale.

## **COR 036. EVISCERATIONS TRAUMATIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DU C.H.U GABRIEL TOURE**

Kanté L, Dembélé BT, Traoré A, Togo A, Diakité I, Konaté M, Konaté MA, Coulibaly Y,  
Keita M, Diallo G.

### **RESUME**

**Introduction** : Les éviscérations traumatiques sont en augmentation lié aux accidents de la voie publique

**Objectifs** : Cette étude initiée avait pour objectifs de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques

**Méthodologie** : Nous avons réalisé une étude rétrospective sur 15 ans, de Janvier 1999 à Décembre 2014 dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré, Bamako, Mali .Les patients présentant une éviscération traumatique de l'abdomen et traités dans le service ont été inclus dans l'étude.

**Résultats** : Sur 197 cas de plaie pénétrante de l'abdomen colligés, 112 cas étaient des éviscérations traumatiques de l'abdomen soit, 56,85%. L'âge moyen de nos patients était de 28,97 ans, (Extrêmes 16-64, ET : 12,08) et avec un sexe ratio de 6,5 en faveur du sexe masculin. Les circonstances de survenue étaient l'agression criminelle dans 74 cas (66,7%). L'arme blanche était l'agent vulnérant le plus représenté soit 75,83% ( 85/112), suivi de l'arme à feu 18,59% (21/112). L'épiploon et le grêle ont été les organes les plus éviscérés (92,3%). Nous avons réalisé une laparotomie chez 82 patients (73,4%) dont 32,8 fois (40%) une suture intestinale et 30 fois une laparotomie blanche (36,58%).

Le taux de complications a été de 6,25% (7 cas) dont 3 cas de décès (2,67%) ,3 cas d'infection du site opératoire (2,67%) et 1 cas (0,89%) de fistule digestive postopératoire

**Conclusion** : La gestion des éviscérations traumatiques de l'abdomen reste difficile .Les moyens diagnostiques plus précis (échographie, scanner) et une bonne sélection des patients peuvent permettre de diminuer les laparotomies inutiles.

**Mots clés** : Eviscérations abdominales, Chirurgie, Bamako

## **COR 037. Lésions vasculaires traumatiques : Problématique de la prise en charge chirurgicale**

Togola B, Togo A, Sanogo C O, Coulibaly B, Traoré D, Bengaly B, Maiga A, Dicko H,  
Diango D, Ongoiba N, Diallo G

Auteur : Togola Birama [togolib@yahoo.fr](mailto:togolib@yahoo.fr)

### **RESUME**

**Introduction** : L'incidence des lésions vasculaires traumatiques est en augmentation ces dernières décennies, en rapport avec le nombre élevé des AVP et la violence criminelle.

**Résultats** : Environ 3% de la population civile et militaire sont atteintes. Il s'agit le plus souvent de traumatisme ouvert intéressant les membres dans 27- 87%. Le pronostic vital et fonctionnel est fonction de la rapidité du diagnostic et d'une prise en charge adéquate.

Au Mali depuis les événements de Mars 2012, une insécurité grandissante sévit partout dans le pays. A travers la prise en charge d'un certain nombre de blessés nous avons analysé et dégagé les difficultés liées à la prise en charge chirurgicale de ces lésions vasculaires traumatiques.

**Conclusion** : Nous pensons qu'une gestion pluridisciplinaire reste nécessaire pour l'amélioration de nos résultats.

**Mots Clés** : traumatisme - vasculaire - prise en charge – chirurgie – difficultés

---

## **COR 038. ANESTHESIE-REANIMATION ET URGENCES NEUROCHIRURGICALES A L'HOPITAL MILITAIRE DE LIBREVILLE**

EDJO NKILLY G, MATSANGA A, MANDJI-LAWSON JM, OKOUE ONDO R, SOUGOU E, MANLI D, MWANYOMBET L, TCHOUA R

Tel : +24106527592 Email : [edjo\\_ghislain@yahoo.com](mailto:edjo_ghislain@yahoo.com)

### **RESUME**

**Objectif:** Etablir le profil épidémiologique des urgences neurochirurgicales à l'hôpital militaire de Libreville et analyser la prise en charge.

**Matériel et méthode :** Etude analytique rétrospective sur 1 an (1er Janvier – 31 Décembre 2016). Ont été Inclus les patients ayant bénéficié d'une intervention neurochirurgicale en urgence.

**Résultats :** sur 75 interventions, 31(41,33%) étaient réalisées en urgence, le temps opératoire moyen était de 2H20, l'âge moyen des patients était de 38 ans, une prédominance masculine (28 H/ 3F). L'hématome sous dural(HSD) et l'embarrure représentaient les lésions cérébrales prédominantes. Les accidents de la voie publique et les chutes étaient les circonstances traumatiques prépondérantes (n=28). Un coma était présent d'emblée chez 8 patients, l'hypotension artérielle préopératoire était retrouvé chez 8 patients. L'anesthésie générale était exclusive avec une induction par Propofol-Suxaméthonium, entretien de l'anesthésie par Isoflurane (n=14), Propofol (n=9) et Sufentanil. Hypotension artérielle per opératoire chez 9 patients. Hémorragie avec transfusion per opératoire chez 3 patients. Osmothérapie par mannitol réalisée chez 11 patients. Réveil et extubation sur table chez 14 patients contre 17 en réanimation. Les complications postopératoires prédominantes étaient la reprise chirurgicale sur résaignement (n=5), la pneumopathie nosocomiale (n=5) et le décès (n=6), la durée moyenne de séjour était de 7,55 jours

**Conclusion :** Nos résultats sont satisfaisants, notre prise en charge est globalement conforme vis-à-vis des recommandations internationales

---

**COR 039. EVALUATION DU PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE  
DES COUPS ET BLESSURES VOLONTAIRES (CBV) AUX  
SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES DE L'HÔPITAL DU  
MALI : A PROPOS DE 291 CAS.**

Cissé M A C, Diani N, Tembiné K, Traoré M M , Soumaoro M N , Diakité Y , Sidibé Y,  
Bagayogo I.

Auteur : Dr CISSE Mamadou AC, Email : [mcisse168@yahoo.fr](mailto:mcisse168@yahoo.fr)

**RESUME**

**INTRODUCTION :** Les coups et blessures volontaires sont un problème majeur de santé publique au Mali en raison de nombreuses lésions qu'ils engendrent.

**OBJECTIFS :** Evaluer le profil épidémioclinique des coups et blessures volontaires

**MATERIELS ET METHODES :** Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique sur une période de 5 ans (janvier 2012 à janvier 2017). Nous avons inclus tous les patients consultés pour CBV avec une réquisition. L'analyse des données a été faite sur [epi-info 6.fr](http://epi-info.6.fr)

**RESULTATS:** 291 cas de CBV ont été colligés. Le sex ratio est 0,33 en faveur des hommes.

L'âge moyen était de 22 ans avec des âges extrêmes.

Les CBV par objets contondants et par arme blanche étaient les plus fréquents respectivement 52,6% et 26,8%.

La détresse était respiratoire dans 33,7% et neurologique dans 39,2%.

Une suite judiciaire a été réservée dans 46,7% des cas (136/291)

La mortalité était de 7,9% (23 décès).

**CONCLUSION :** Cette étude épidémioclinique a permis de mettre en évidence la fréquence et la gravité des CBV. La sensibilisation de la population et la justice restent les moyens de réduction des CBV.

**Mots clés :** CBV, arme blanche, réquisition

---

## **COR 040. ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE DES DECES DUS AUX ACCIDENTS DE LA VOIE PUBLIQUE REÇUS AU CHU GABRIEL TOURE.**

Kanikomo D, Coulibaly M, Diallo O, Cissé MAC, Sogoba Y, Dama M, Soumbounou I, Diango D M

### **RESUME**

**Introduction:** Les décès dus aux AVP sont de plus en plus fréquents au Mali touchant particulièrement les motocyclistes.

**Objectifs:** dégager les aspects sociodémographiques, déterminer la fréquence, identifier les lésions responsables du décès.

**Patients et Méthodes :** il s'agissait d'une Etude rétrospective allant de janvier à décembre 2015, portant sur tous les cas de décès dus aux accidents de la voie publique.

**Résultats :** nous avons enregistré 407cas sur 562 décès traumatiques ou suspect soit 72,42%. Le sexe masculin était majoritaire avec 84% des cas. La tranche d'âge de 21-25 ans était la plus touchée.les élèves et étudiants étaient les concernés (23,8%) suivis par les commerçants (11,3%). Le maximum de cas a été enregistré au mois de juillet. Le mécanisme moto-moto était le plus fréquent. Le décès était préhospitalier dans 74,7%. Le traumatisme crânio-encéphalique était responsable de 72 % des cas suivis par les traumatismes thoraco-abdominaux.

**Conclusion :** les AVP constituent un problème de santé publique qui touche tous les pays. La richesse du park moto et le non port de casque pourraient expliquer la fréquence relativement élevée au Mali.

---

## **COR 041. LES FRACTURES DE JAMBE ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE A L'HOPITAL NIANANKORO FOMBA DE SEGOU**

M. DIALLO, L.TOURE, M. MOUNKORO, M. KANE, M. KANTE, L. BOUARE

E. mail: [diallo\\_mohamed67@yahoo.fr](mailto:diallo_mohamed67@yahoo.fr)

### **RESUME**

**INTRODUCTION:** Les fractures de jambe représentent une lésion fréquente dans la pratique quotidienne en traumatologie.

**BUT :** Le but de ce travail était d'étudier la fréquence des fractures de jambe ainsi que les aspects épidémiologiques et cliniques de ces lésions

**MATERIEL ET METHODE :** Il s'agissait d'une étude prospective de 18 mois allant de Septembre 2015 à février 2017 effectuée dans le service d'orthopédie et traumatologie de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. Elle a concerné les patients admis au service présentant une fracture de jambe récente, traités, et suivis jusqu'à la consolidation.

**RESULTATS :** Nous avons colligé 72 cas de fractures de jambe dont 2 bilatérale soit 25,26 % de l'ensemble des fractures. L'âge moyen des patients était de 30,66 avec des extrêmes de 4 et 77 ans et un sex ratio de 2,04. Les accidents de la circulation routière représentent 83,3% des causes de ces fractures. Les élèves et étudiant étaient les plus touchés avec 30% des cas. Ces fractures concernaient les 2 os de la jambe dans 84,7% et étaient ouvertes dans 65,3% des cas. Le traitement orthopédique a été le plus sollicité avec 90,3% des cas. Nous avons enregistré 9,7% de complication.

**CONCLUSION :** Les fractures de jambe touchent particulièrement la population jeune en plein activité avec une prédominance masculine. Les accidents de la circulation routière ont été l'étiologie la plus fréquente. Le traitement a été orthopédique dans la majorité des cas.

**MOTS CLEFS:** fracture de jambe, clinique, épidémiologie

---

## **COR 042. URGENCES NEUROCHIRURGICALES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE-MERE ENFANT A PROPOS DE 233 CAS.**

DIARRA M. S., CISSE M. E. H., DIALLO O., KANIKOMO I., TOURE M. K,

### **RESUME**

**Introduction :** Les urgences en neurochirurgie posent le problème de leur prise en charge rapide pré-hospitalière, per et post opératoires.

**But :** Etudier l'épidémiologie des urgences neurochirurgicales, les signes cliniques, les étiologies et types de lésions, les modalités et résultats de la prise en charge,

**Méthodologie :** On été inclus dans notre étude rétrospective descriptive, 233 patients opérés en urgence pour une pathologie neurochirurgicale au CHU-ME « Le Luxembourg » de Janvier 2010 à Juillet 2017.

**Résultats :** Les urgences neurochirurgicales ont représenté 30,5% de notre activité totale, avec 83,7% d'interventions sur le crâne. L'âge moyen était de 42 ans et nos patients étaient essentiellement de sexe masculin (82,6%). Les troubles de la conscience et/ou syndrome d'hypertension intracrânienne étaient présents dans 44 % des cas, ainsi que des para/tétra/hémi-parésies (25,7%). La TDM a été réalisée chez tous nos patients. L'étiologie traumatique était la plus fréquente (55,4 %). Les hématomes sous duraux ont représenté 35,2%, les hématomes intracérébraux, 12,9 % ; les traumatismes du rachis et les embarrures ont représenté 11,2%. Les patients ont été opérés en urgence après mise en condition.

L'évolution a été favorable en post-op immédiat dans 91,3 % des cas. Nous avons noté 8,9 % de complications et 5,9 % de décès.

**Conclusion :** La gestion des urgences neurochirurgicales nécessite une bonne collaboration avec l'anesthésie-réanimation, afin d'effectuer rapidement un geste de qualité dans des conditions optimales et d'obtenir une récupération rapide et complète.

**Mots clés :** Urgences, Neurochirurgie, CHU-ME, Anesthésie-Réanimation.

## **COR 043. TRAUMATISME DES BOURSES : ASPECTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES AU SERVICE D'UROLOGIE DU CHU GABRIEL TOURE**

Coulibaly M T, Amadou I, Kassogué A, Ouattara z

Auteur: Mamadou Coulibaly E-mail : [mamadoutc@yahoo.fr](mailto:mamadoutc@yahoo.fr) Tel 00223 69 03 65 59

### **RESUME**

**Objectif :** Notre travail avait pour but de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques des traumatismes des bourses dans le service d'urologie – andrologie du CHU Gabriel Touré de Bamako au Mali.

**Matériel et Méthode :** Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur 13 dossiers de patients qui ont été pris en charge au service d'Urologie-Andrologie l'hôpital Gabriel Touré du Mali pour traumatisme des bourses durant la période allant de Février 2006 à Janvier 2013.

Les paramètres suivants ont été étudié : la fréquence, l'âge, les étiologies, le motif et le délai de consultation, les résultats de l'examen clinique, le protocole de traitement adopté et l'évolution.

**Résultats :** La moyenne d'âge était de 28 ans avec des extrêmes de 1an et 46 ans. Les circonstances de survenue étaient dominées par les accidents de la voie publique (12 cas), une agression par armes à feu. Le délai de consultation variait entre 1heure à 1jour. La grosse bourse douloureuse était le motif de consultation le plus fréquent (n=12). A l'examen physique le traumatisme était fermé dans 10 cas, et ouvert dans 3 cas.

Sur le plan thérapeutique, 7 de nos patients ont subi une intervention chirurgicale et 6 un traitement conservateur (surveillance + anti-inflammatoire). Les gestes chirurgicales ont consistés; à une plastie des enveloppes scrotales et péniennes (n=2), une orchidopexie, une urethroplastie (n=1), un parage et drainage de la vessie, une orchidectomie. Le séjour moyen en hospitalisation a été de 5 jours avec des extrêmes d'un jour et 1mois. Les suites opératoires immédiates ont été simples chez tous les patients sauf deux.

**Conclusion :** Une exploration chirurgicale doit être réalisée en cas d'hématocèle ou de rupture de l'albuginée testiculaire à l'échographie. Une prise en charge précoce permet de préserver la fonction gonadique.

**Mots clés :** Bourses, Testicule, traumatismes

## **COR 044. PRISE EN CHARGE DES APPENDICITES AIGUES PAR VOIE COELIOSCOPIQUE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE “A” DU CHU DU POINT G A BAMAKO**

Koumaré S, Soumaré L, Keïta S, Camara M, Sacko O, Camara A, Koïta A, Sissoko M, Dicko H, Ouattara MA, Togo S, Sanogo ZZ

Auteur t : [sekou\\_koumare@yahoo.fr](mailto:sekou_koumare@yahoo.fr)

### **RESUME**

Le but de ce travail était d'évaluer dans le service de chirurgie “A”, la pratique de l'appendicectomie laparoscopique après 150 malades consécutifs.

**Patients et Méthodes** : il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive dans le service de chirurgie “A” du CHU du Point G. L'étude s'est déroulée sur une période de 137 mois. Ont été retenus dans l'étude tous les cas d'appendicites aiguës et de plastrons refroidis, opérés sous coelioscopie. N'ont pas été retenus les cas d'appendicites aiguës opérés par voie classique. Tous les patients ont été opérés sous anesthésie générale avec intubation oro-trachéale et curarisation. Les patients ont été opérés par les 3 procédés d'appendicectomie : « in, out, mixte ». L'âge, le sexe, les signes cliniques, les examens complémentaires, la morbi-mortalité, les motifs de conversions et les suites opératoires ont été analysés.

**Résultats** : Un total de 150 patients a été colligé sur une période de 137 mois. La coelio appendicectomie a représenté 9,71% des activités de chirurgie laparoscopique dans le service. L'âge moyen des patients a été de 31,5 ans avec des extrêmes de 10 et 70 ans. Le sex ratio était de 1,05 en faveur des hommes. La douleur était le principal motif de consultation. L'échographie abdominale a été réalisée chez tous les patients. La classe ASAI était la plus représentée (105 patients ; 70% des cas). En per opératoire le diagnostic d'appendicite catarrhale a été retenu chez 83 patients. Nous avons observé 27 cas de pathologies associées. La procédure d'appendicectomie « out » a été réalisée chez 62 patients, la procédure « in » ; 31 patients, et la procédure « mixte » chez 52 patients. La conversion a été réalisée chez 5 patients (3,3%). En post opératoire 55 patients sont sortis à J2, et 34 patients à J1 et J2. Les suites opératoires ont été simples chez 146 patients. Quatre cas de complications ont été observés. La mortalité a été nulle.

**Conclusion** : La coelio appendicectomie est une technique fiable, à précision diagnostique avérée. C'est une alternative de choix à l'appendicectomie classique.

**Mots clés** : appendicectomie, chirurgie laparoscopique, Bamako.

---

**COR 045. Anévrisme de l'artère sciatique persistante une cause rare d'ischémie subaiguë de membre inférieur dans le service « B » du CHU du Point « G »**

TOGOLA B, SANOGO S, TRAORÉ D, BENGALY B, KONATÉ S, DIALLO B, DICKO H, COULIBALY M, TOURÉ C, TEMBELY G, ONGOIBA N.

**Auteur** : Togola Birama [togolib@yahoo.fr](mailto:togolib@yahoo.fr)

**RESUME**

**Introduction** : L'artère sciatique persistante est une anomalie congénitale rare. Sa principale présentation clinique se fait sous la forme d'un anévrisme et ou ses complications à type de compression sciatique, de thrombose ou d'embolisation distale.

**Observation** : Un homme de 56 ans tailleur à la retraite était référé dans notre service pour une masse fessière droite douloureuse irradiant à la face postérieure de la cuisse et à la cheville laquelle douleur était étiquetée comme une sciatique L5-S1. Trois semaines avant la consultation dans le service, un œdème du membre avec un aspect cyanosé du pied s'était associée au tableau clinique. Un écho-doppler avait révélé un anévrisme de l'artère glutéale supérieure. L'angio-scanner réalisé avait conclu à une artère sciatique aberrante anévrismale assurant la vascularisation de tout le membre. Une chirurgie de revascularisation par un pontage fémoro-poplitée en veine saphène inversée associée à une résection anévrismale était réalisée en un temps avec succès.

**Conclusion** : La rareté, les difficultés diagnostique et thérapeutique rencontrés ont motivées la présentation de ce cas clinique.

**Mots clés** : artère sciatique persistante – malformation vasculaire – anévrisme - ischémie

## **COR 046. Prise en charge des envenimations par morsure de serpent au SAU de L'HOPITAL du Mali**

Cissé M A C, Tembiné K, Soumaoro M N, Traoré M M, Diakité Y, Sidibé Y, Bagayogo I,

Dao N

Correspondant : Dr CISSE Mamadou A C, Email : mcisse168@yahoo.fr

### **RESUME**

**Introduction :** Les envenimations par morsure de serpent constituent un problème majeur de santé publique. Dans les pays en voie de développement, ce problème est aggravé par le coût élevé du sérum antivenimeux (SAV) et de sa disponibilité pour la majorité de la population.

**Objectifs :** Evaluer la prise en charge des envenimations par morsure de serpent

#### **Matériels et méthodes :**

Il s'agit d'une étude prospective étalée sur 10 mois du 01/12/2017 au 30/10/2017.

Toutes personnes admises au SAU pour morsure de serpent ont été incluses

L'analyse des données a été faite sur épi-info 6.fr

**Résultats:** Durant les 10 mois, nous avons colligé 50 cas de morsures dont 42 envenimations soit 84% avec un sexe ratio de 0,79 en faveur des hommes et l'âge moyenne était de 24 ans (22ans à 28 ans). Du point de vue thérapeutique, 5 cas ont présentés une perturbation biologique avec anémie (Hb=7g /dl) et une thrombopénie et 3 cas avec détresse respiration ayant eu besoin d'une assistance respiratoire après intubation orotrachéale (syndrome cobraïque). La durée moyenne d'hospitalisation était de 48h (2 jours). Le taux de mortalité était de 8% (soit 4 décès sur les 50 cas)

**Conclusion :** bien que négligés, les envenimations par morsure de serpent sont pourvoyeuses de complications graves. L'immunothérapie par le SAV reste le seul traitement spécifique et l'indisponibilité et/ou son coût élevé compromettent souvent la prise en charge des envenimations.

**Mots clés :** Morsure de serpent, sérum antivenimeux, hôpital du Mali.

## **COR 047. Hémopéritoine par rupture de varices para ombilicales révélant une maladie de Cruveilhier**

### **Baumgarten**

Togola B, Bengaly B, Sissoko M, Traoré D, Coulibaly M, Sanogo ZZ, Ouattara D, Coulibaly B, Sanogo S, Ba B, Diallo S, Tembely G, Dicko H, Ongoïba N, Sissoko F

**Auteur:** Togola Birama [togolib@yahoo.fr](mailto:togolib@yahoo.fr)

#### **RESUME**

**Introduction :** L'hémorragie externe par rupture spontanée de varices para ombilicales est une complication rare du syndrome d'hypertension portale conséquence d'une hépatopathie chronique. En général le saignement se fait dans la grande cavité péritonéale réalisant ainsi un hémopéritoine gravissime dont le traitement passe par une laparotomie urgente avec ligature de la veine saignante.

**Observation :** Nous rapportons l'observation d'une jeune dame de 23 ans sans antécédents d'hépatopathie, adressée dans notre service pour varices para ombilicales et une dilatation variqueuse ombilicale avec un thrill et un souffle continu péri ombilicale, sur une grossesse de 20 SA. Une semaine après la consultation dans notre service, elle était réadmise en urgence pour saignement ombilicale spontanée en état de choc hémodynamique.

**Conclusion :** L'analyse de la présentation clinique laisse penser à une maladie rare dite de Cruveilhier-Baumgarten peu ou pas rapporté dans la littérature médicale africaine.

**Mots clés :** Hémopéritoine – varice para ombilicale - Hypertension portale – Cruveilhier-Baumgarten

## **COR 048. Les Plaies Pénétrantes de l'abdomen en chirurgie générale**

Kanté L, Kanté A, Dembélé BT, Traoré A, Togo A, Diakité I, Traoré A, Konaté M, Konaté MA, Coulibaly Y, Keita M, Sagara M, Diallo G.

### **RESUME**

**Introduction :** La prise en charge des plaies pénétrantes de l'abdomen reste encore sujet à controverses. Les objectifs de ce travail étaient d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques

**Matériels et méthode :** Cette étude rétrospective de 4 ans, de janvier 2006 à janvier 2010 portant sur 70 cas de plaies pénétrantes de l'abdomen, a été réalisée dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré. Les plaies non pénétrantes et les encornements ont été non inclus

**Résultats :** A l'issue de l'étude, nous avons colligé 70 cas de plaies pénétrantes abdominales ;ce qui a représenté 1,2% des hospitalisations. L'âge moyen des patients a été de 27,7 ans(extrêmes 12 et 59 ans) avec un sex ratio de 9 pour les hommes. Vingt-sept patients (38,36%) viennent de la commune I et II. L'agression criminelle a été la circonstance de survenue la plus fréquente (70%). Trois de nos patients avaient un antécédent psychiatrique et 45,7% consommaient des stupéfiants. L'épiploon et le grêle ont été les organes les plus éviscérés (51,4%). Dix-sept patients sur 53 ont bénéficié du traitement non opératoire. Notre taux de laparotomie blanche a été de 30,2% et la morbidité post opératoire était de 15,1%.

**Conclusion :** la gestion des plaies pénétrantes abdominales reste difficile. Une bonne sélection des patients permet de diminuer le taux de laparotomie blanche

**Mots-clés :** plaies pénétrantes abdominales. Laparotomie. Bamako

## **COR 049. Profil bactériologique des péritonites communautaires au CHR de Ségou au Mali**

Beye SA, Togo A, Coulibaly M, Almeimoune A, Mangané MI, Traoré B, Touré MK, Dicko H, Traoré A, Diop Mth, Samaké B, Diango MD.

Auteur : Seydina Alioune Beye. Hôpital Nianankoro Fomba

### **RESUME**

**Introduction :** L'étude du profil bactériologique est une procédure qui entre dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins et du pronostic. L'antibiothérapie occupe une place prépondérante et est gage de succès du traitement chirurgical des péritonites. L'objectif de cette étude était d'identifier les germes et leur sensibilité aux antibiotiques disponibles.

**Malades et méthodes :** Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et prospective allant du 1<sup>er</sup> mars 2016 au 28 Février 2017 soit une période de 12 mois au centre hospitalier NianankoroFomba de Ségou. L'inclusion a concerné les patients admis pour un abdomen aigu dont l'exploration chirurgicale retrouve une collection purulente ou non généralisée ou localisée. Les paramètres d'étude étaient les données sociodémographiques (âge, sexe, profession, résidence), cliniques délai de consultation, de prise en charge, voie d'abord), bactériologique (germe isolé, sensibilité aux antibiotiques) et évolution (devenir à court terme).

**Résultats :** Durant la période 357 patients étaient admis pour un abdomen chirurgical dont 104 patients pour péritonite soit 29.1%. L'âge médian des patients était de 26,9 avec un sex ratio de 2.5. Les patients étaient référés de la périphérie dans 68.3% avec un délai moyen de consultation de 8.4 jours (2-30 jours) et un délai de prise en charge chirurgicale de 7.7 heures (2-168 heures). Le liquide péritonéal était d'aspect purulent (61 cas), fécaloïde et ou seropurulent. Dans 80%, un germe était isolé du prélèvement péritonéal avec un délai moyen d'obtention de l'antibiogramme de  $3.7 \pm 1.7$  jours (2-10 jours). Le germe retrouvé était un bacille gram négatif dans 66.6% contre 32.1 de Cocci gram positif. Escherichia coli était le germe prédominant pour les BGN suivi de citrobacterkoseri dans 9%. La sensibilité d'Escherichia coli était de 57.1% pour amoxicilline-acide clavulanique, 67,7% pour la gentamicine, 71% pour la ceftriaxone et 100% pour les carbapénèmes. Enterobactercloacae avait une sensibilité conservée à la gentamicine (100%), ciprofloxacine (50%) et les carbapénèmes (100%). Pour Staphylococcus Aerus sa sensibilité était de 33.3% pour amoxicillineacide clavulanique, 70% pour ciprofloxacine et 77.8% pour la gentamicine. L'antibiothérapie probabiliste était adaptée dans 63% contre 35% cas non adaptés. L'évolution était favorable dans 55.1%, compliquée (36.7%) et de décès dans 8 cas.

**Conclusion :** La connaissance du profil bactériologique reste d'une importance capitale dans la prise en charge des péritonites communautaires et le choix de l'antibiothérapie probabiliste. Elle garde aussi un intérêt épidémiologique.

**Mots clés :** profil bactériologique ; antibiotiques, péritonites communautaires, Ségou, Mali.

## **COR 050. Perforation traumatique du grêle en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré**

A. DIARRA, I. TOUNKARA, A. KONE, M. KONATE, B. KAREMBE, B. SIDIBE, N. KONE A. TRAORE, B. T. DEMBELE, I. DIAKITE, A. TOGO, L. KANTE, A. TRAORE, G. DIALLO

Auteur correspondant : [abdoulayeg2004@yahoo.fr](mailto:abdoulayeg2004@yahoo.fr)

### **RESUME**

**Objectif :** déterminer la fréquence hospitalière, décrire les aspects cliniques et thérapeutiques et déterminer le pronostic.

**Matériels et Méthode :** Il s'agissait d'une étude rétro et prospective réalisée dans le service de chirurgie générale du 1er Janvier 1999 au 31 Décembre 2014. Nous avons inclus 128 patients opérés pour perforation traumatique du grêle.

**Résultats :** nous avons enregistré 119 hommes contre 9 femmes et le sex-ratio a été de 13,22. L'âge moyen était de 25 ans avec des extrêmes variant entre 15 et 70 ans. Les principales étiologies ont été les accidents de la voie publique 36,7%(47cas), l'agression par arme blanche 21,9%(28cas), l'arme à feu 14,8%(19cas), les accidents de sport 10,1% (13cas). Les principaux signes cliniques ont été la douleur abdominale 48,44%(62cas), la contracture abdominale 60%(76cas), la disparition de la matité pré-hépatique 66,36%(84cas), le Douglas douloureux 74,4%(94cas). La radiographie de l'abdomen sans préparation (A.S.P) a permis d'objectiver un pneumopéritoine dans 45,31% cas et l'échographie, un épanchement liquidien dans 45,31% cas. Les lésions étaient associées dans 37,5% (48cas). Le traitement chirurgical a consisté en une excision suture 60,15%(77cas), une résection anastomose 25% (32cas) et une stomie 15% (19 cas). La durée moyenne d'hospitalisation a été de 9 jours avec des extrêmes de 1 à 60 jours. La morbidité était de 10,15% et la mortalité 17,18%.

**Conclusion :** Les perforations traumatiques du grêle sont fréquentes chez les sujets jeunes. Les accidents de la voie publique et les agressions à main armée, sont les principales causes. La prévention passe par une sécurisation de la circulation routière et une répression énergétique de tous les actes de violence et de banditisme.

**Mots clés :** Perforation, traumatisme, grêle, chirurgie, Mali.

## **COR 051. PROFIL DES URGENCES CARDIO-VASCULAIRES A BAMAKO**

SANGARE I, BA H.O, CAMARA Y, COULIBALY S, COULIBALY M, SIDIBE N, MENTA I, SANGARE L B S A C, DIALL I, SANOGO K, Cisse M A C, DIANGO DM, COULIBALY Y, DIALLO B

Auteur : SANGARE Ibrahima Email : [flakebus@yahoo.fr](mailto:flakebus@yahoo.fr) BP : 267 / Tél : 20-22-27-12 / 79-22-78-39

### **RESUME**

**Introduction:** Les maladies cardio-vasculaires constituent un véritable problème de santé publique au Mali et avec elles les urgences cardio-vasculaires (UCV) qui sont de plus en plus fréquentes.

**But :** Déterminer la fréquence, le profil et l'évolution des urgences cardio-vasculaires dans deux Centres Hospitaliers de Bamako.

**Matériel et méthodes :** Etude prospective et multicentrique de janvier à décembre 2011 dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU) du CHU Gabriel Touré et de Cardiologie du Centre Hospitalier Mère-Enfant de Bamako. Ont été inclus tous les patients âgés de plus de 10ans admis durant la période d'étude pour UCV. Les patients ont été examinés par un ou plusieurs cardiologues et leur prise en charge était pluridisciplinaire impliquant également les urgentistes et réanimateurs. L'analyse des données a été réalisée par l'outil informatique.

**Résultats:** La fréquence des UCV était de 1,9% (497/25607), l'âge moyen était de 55,5 ans. Il y avait plus de femmes (57,3%) que d'hommes (42,7%) avec un sex- ratio à 1,3. La majorité (89,4%) résidait en zone urbaine, les patients provenaient directement du domicile dans 66,5% et le moyen de transport était le taxi de ville dans 71,2%. Le délai moyen d'admission était de 16,5 heures. 62,6% des patients avaient un niveau socio-économique bas. Le profil des UCV était dominé par les AVC (49,4%), l'insuffisance cardiaque stade IV de la NYHA (15,1%), le SCA (10,8%) et l'HTA sévère (8,2%). Les facteurs de risque les plus associés étaient l'HTA (66,1%), l'obésité et les dyslipidémies (9,2%), le diabète (5,3%).

L'évolution était favorable dans 75,8% des cas. Les causes d'évolution défavorable étaient dominées par la dissection aortique, le choc cardiogénique, l'AVC et l'embolie pulmonaire. Les urgences les plus mortelles étaient l'AVC (36,8%), le SCA, l'embolie pulmonaire et le choc cardiogénique avec 15,7% chacune.

**Conclusion :** Les urgences cardio-vasculaires ne sont pas rares au Mali. Leur prise en charge nécessite une attention particulière et la mise en place d'Unité de Soins Intensifs Cardiologiques (USIC) dans les grands centres hospitaliers du pays.

**Mots clés :** Urgences Cardio-vasculaires (UCV), fréquence, profil, Bamako.

## **COR 052. Aspects épidémiologique, clinique, biologique et étiologique de l'embolie pulmonaire dans le service de cardiologie du CHU du point G**

DIALLO N, KOUMARÉ Y, COULIBALY S, SIDIBÉ S, TOLOBA Y, KODIO A, SACKO A.K, SAKO M, MARIKO S, DIAKITÉ M, DIALLO I, DIALLO B

**Auteur :** Diallo Nouhoum, E – mail : [docteurdiallo2000@yahoo.fr](mailto:docteurdiallo2000@yahoo.fr)

### **RESUME**

**Introduction :** L'embolie pulmonaire est une urgence cardiovasculaire fréquente et grave. Sa prévalence dans les séries européennes chez les malades hospitalisés varie 17- 42,6%. En Afrique, elle est de 9.2%. L'objectif de notre étude était d'actualiser les données sur les aspects cliniques et paracliniques de l'embolie pulmonaire.

**Méthodes :** étude prospective, étalée du 01 janvier 2017 au 31 décembre 2017 sur l'embolie pulmonaire. Tous les patients hospitalisés dans le service pour embolie pulmonaire confirmée par l'angioscanner thoracique pendant la période d'étude ont été inclus au protocole.

**Résultats :** Nous avons recensé 40 cas d'embolie pulmonaire sur 1595 patients hospitalisés dans le service de cardiologie du CHU du point G, soit une prévalence hospitalière d'embolie pulmonaire de 2,5%. La prédominance était féminine (62,5%) soit un sex ratio de 1.39 en faveur des femmes. La moyenne d'âge des patients était de 55ans avec des extrêmes à 19 ans et à 87 ans. Les facteurs étiologiques étaient dominés par l'alitement prolongé (17.5%) et l'insuffisance cardiaque (15%). La polypnée superficielle (87.5%) et la toux (57.5%) étaient les signes fonctionnels majoritairement retrouvés. La tachycardie sinusale était le principal signe électrocardiographique et l'écho doppler cardiaque concluait à une dilatation des cavités droites dans 27.7% des cas. A l'angioscanner thoracique, la branche droite de l'artère pulmonaire était le plus souvent touchée (82.2%). L'anomalie biologique était dominée par l'élévation des D dimères (80%).

**Conclusion :** l'embolie pulmonaire est une urgence cardiovasculaire grave et fréquente. Le diagnostic et la prise en charge précoce de cette affection sont des éléments déterminants pour améliorer la survie des patients.

**Mots clés :** Embolie pulmonaire, aspects épidémiologique, clinique, biologique et étiologique de l'embolie pulmonaire, CHU point G.

## **COR 053. Aspects epidemio-cliniques, therapeutiques et evolutifs de la dissection aortique dans le service de cardiologie du chu du point G**

Diallo N, Dagnoko M, Diakité M, Sacko A.K, Toloba Y, Sidibé S, Kodio A, Sako M, Mariko S, Diall I.

**Auteur:** Diallo Nouhoum, E – mail : [docteurdiallo2000@yahoo.fr](mailto:docteurdiallo2000@yahoo.fr)

### **RESUME**

**Introduction :** la dissection aortique est une urgence médico-chirurgicale engageant dans la forme aiguë, le pronostic vital du patient. L'objectif de notre étude était d'actualiser les données sur la prévalence et les aspects sociodémographiques, cliniques, complémentaires et thérapeutiques de la dissection aortique.

**Méthodes :** étude rétrospective et descriptive étalée de janvier 2010 à février 2017 sur la dissection aortique. Tous les patients hospitalisés dans le service pour dissection aortique confirmée par l'angioscanner thoracique pendant la période

**Résultats :** la période d'étude, la dissection aortique a représenté 0.33% des admissions en cardiologie. La prédominance était masculine (82,6%), soit un sex ratio de 4,75 en faveur des hommes. La moyenne d'âge des patients était de 45,3 ans avec une classe modale de 50-69 ans. L'hypertension artérielle et le tabagisme étaient les facteurs de risque dominants. L'asphygmie et le souffle d'IAo étaient les principaux signes de l'examen physique.

Le diagnostic était suspecté à l'écho-doppler cardiaque dans la majorité des cas et la confirmation était toujours scannographique. Les complications étaient dominées par l'insuffisance cardiaque (47,8 %) et l'anévrysme de l'aorte (34,8 %). Plus de la moitié des dissections aortiques (56,5%) était localisée sur l'aorte descendante mais la mortalité était plus élevée chez les patients présentant une dissection de l'aorte ascendante (70%).

Le traitement était purement médical, faute de plateau technique chirurgical. Nous avons enregistré 12 cas de décès soit une létalité de 52,2%.

**Conclusion :** la dissection aortique est une pathologie de très mauvais pronostic en l'absence de prise en charge. Les progrès récents du traitement endovasculaire contribuent largement à une meilleure prise en charge de cette pathologie et constituent une alternative de choix à la chirurgie ou en combinaison avec cette dernière.

**Mots clés :** dissection aortique, aspects épidemio-cliniques, thérapeutiques et évolutifs, CHU du point G

## **COR 054. Infarctus du myocarde aigu avec sus décalage de ST : le retard de prise en charge**

DIAKITE M., COULIBALY S., SACKO A.K., SIDIBE S., DEMBELE B., DIALLO N., SANGARE A., DAGNOGO M., DIALL I.B., DIALLO B.

**Auteur:** DIAKITE Mamadou – [diakitemamadoua@yahoo.fr](mailto:diakitemamadoua@yahoo.fr) ;

### **RESUME**

**Introduction :** Les progrès actuels dans la prise en charge des syndromes coronaires aigus tels : l'organisation et le développement des systèmes de transport médicalisé depuis le domicile du patient; la thrombolyse et/ou l'angioplastie... ne sont pas encore disponibles dans notre pays.

**Le but** de ce travail est de mettre en exergue les péripéties dans la prise en charge de 59 patients hospitalisés avec infarctus aigu avec sus décalage de ST.

**Méthode :** Il s'agit d'une étude à partir du registre des admissions en USIC du 1<sup>er</sup> Janvier 2016 au 31 Décembre 2016. Ont été colligés, l'ensemble des hospitalisations pour syndrome coronarien avec sus décalage de ST et ayant bénéficié d'une prise en charge jusqu'à discharge ou décès.

**Résultats :** Les coronariens étaient majoritairement masculin 80% avec un âge moyen de 61±11ans avaient un niveau d'éducation et de vie faible (42%). Ils ont consulté au moins à 3 niveaux de la pyramide sanitaire du Mali pour 60% d'entre eux sans avoir réalisé un ECG. S'ils obtenaient un examen ou une prescription : 40% ont bénéficié d'une échographie abdominale, 20% un examen digestif et seul 10% ont une consultation cardiologique. Si le diagnostic ECG est fait dans une structure le plus souvent privée (80%), seul 2 patients (3,3%) ont bénéficié d'un transport par ambulance, 10% ont quitté leur terroir pour Bamako. Le délai moyen du 1<sup>er</sup> contact médical avec réalisation d'un ECG était de 3J 1/2±4, un seul patient a bénéficié d'une prise en charge dans les 3 heures du début des douleurs thoraciques, 8 patients (14%) dans les 12 heures et 39% dans les 24 heures. A ce stade 42% étaient en poussée d'insuffisance cardiaque. Malgré l'absence de moyens de réouverture de l'artère coronaire occluse, il existait un gain thérapeutique chez les patients pris en charge dans les 3, 12 et 24 1<sup>ère</sup> heures avec moins d'évènements, moins de décès. Au total il y avait 12% de décès.

**Conclusion :** l'infarctus du myocarde avec sus décalage de ST est grave de par ses complications et sa létalité qui peuvent être amoindri par la création et l'organisation de la chaîne de survie comme cela se fait ailleurs.

**Mots clés :** IDM, sus décalage ST, prise en charge.

## **COR 055. Les anomalies ECG pré opératoire au CHR de Ségou au Mali**

Beye SA, Mangané MI, Touré MK, Almeimoune A, Coulibaly M, Traoré B, Diop Mth, Dicko H, Sanogo A, Traoré A, Diango MD.

Auteur : Seydina Alioune Beye.. Mail : [bevealioune@gmail.com](mailto:bevealioune@gmail.com)

### **RESUME**

**Introduction :** L'objectif de l'ECG pré opératoire est de mettre en évidence une anomalie cardiaque pouvant justifier la modification de la prise en charge pré, per ou post opératoire. Cela permettant d'améliorer le pronostic du patient, de dépister les anomalies prédictives de complication cardiaque et de servir d'examen de référence chez un patient à risque. L'incidence des anomalies ECG pré opératoire varie entre 0 et 75%. Elle est entre 5 à 15% devant la présence de facteurs de risque. Nous avons entrepris cette étude pour déterminer la prévalence des anomalies ECG et identifier les facteurs favorisant sa survenue.

**Méthodologie :** Il s'agissait d'une étude descriptive, prospective et analytique de janvier 2014 à décembre 2016 au service d'anesthésie du centre hospitalier Nianankoro Fomba de Ségou. L'ECG était réalisé chez les patients vus en consultation d'anesthésie pour une chirurgie programmée présentant un ou plusieurs facteurs de risque et ou un âge supérieur à 60 ans pour les hommes et 50 ans pour les femmes. Les paramètres d'étude étaient : l'âge, le sexe, la profession, le type de chirurgie, le type d'anomalie électrocardiographique.

Nous avons effectué un calcul de fréquence et de moyenne et une analyse multivariée était effectuée à la recherche de facteurs de risque avec une p retenue à 0.05 comme significative.

**Résultats :** Durant la période d'étude 950 ECG étaient réalisés. Les patients avaient un âge médian de 69 ans avec des extrêmes de 19 à 100 ans. Le sex ratio était de 6.03 en faveur des hommes. Les non fonctionnaires étaient majoritaires avec une proportion de 44.6% pour les cultivateurs. La provenance de nos patients était hors de la ville de Ségou dans 63.2%. Les patients d'urologie étaient majoritaires ; une cure d'hypertrophie bénigne de prostate dans 54.7% des cas. Les antécédents étaient dominés par une HTA (25.1%), un asthme (3.2%) et un diabète dans 1.8%. Dans 68% des cas, les patients n'avaient aucun antécédent. Les anomalies ECG étaient retrouvées dans 52.6% et étaient réparties en groupe d'anomalies : Hypertrophie de cavités (55.6%), une hypertrophie de parois (6.4%), un trouble du rythme (21.2%), un trouble d'excitation (15.2%), un trouble de repolarisation (14.2%), un trouble de conduction 12.4% et une atteinte de territoire 2.6%. En analyse multivariée, les facteurs de survenue des anomalies électrocardiographiques en préopératoire étaient un âge supérieur à 65 ans, une existence d'antécédent et la profession non fonctionnaire.

**Conclusion :** La recherche d'anomalies électrocardiographiques est une démarche qualité permettant de contribuer à la réduction de morbidité péri opératoire. Ces anomalies sont fréquentes dans notre pratique et mériteraient d'être recherchées chez les patients d'âge supérieur à 65 ans et ou un antécédent et ou de profession non fonctionnaire.

**Mots clés :** anomalies ECG, types, facteurs de survenue, Ségou, Mali.

## **COR 056. Répertoire des urgences cardio-vasculaires au CHU du Point G.**

DIAKITE M., COULIBALY S., SACKO A.K., SIDIBE S., DEMBELE B., DIALLO  
N., SANGARE A., DAGNOGO M., DIALLO I.B., DIALLO B.

**Auteur :** DIAKITE Mamadou – [diakitemamadou@yahoo.fr](mailto:diakitemamadou@yahoo.fr)

### **RESUME**

**Introduction :** La transition épidémiologique des affections non transmissibles cardio-vasculaires est établie en Afrique subsaharienne ; leur prévalence est croissante. Nombre de ces pathologies sont à révélation aiguë et doivent nécessiter une prise en charge urgente.

**Le But** de cette étude est d'établir un répertoire des urgences cardio-vasculaires à partir des admissions en USIC (unité de soins intensifs cardiologiques).

**Méthodologie :** Il s'agit d'une étude transversale d'une année s'intéressant aux patients admis en USIC. Cadre privilégié pour assurer la continuité des soins grâce à l'outillage et la disponibilité du personnel.

**Résultats :** les admissions en USIC constituaient 20,5% de l'ensemble des hospitalisations en service de cardiologie du CHU du Point G, le sexe masculin était majoritaire 59%. Leur provenance était à 92% des structures de santé du district de Bamako surtout par le biais d'un transfert inter services du CHU du Point G 56%. Le motif d'admission était le plus souvent :  
- Une décompensation sévère d'une défaillance cardiaque et /ou respiratoire : Insuffisance cardiaque aiguë 28,5%, l'intrication des troubles du rythme 10%, les BPCO décompensées 7,9%.

-Un accident cardiovasculaire aigu : le SCA avec sus décalage de ST 26%, l'embolie pulmonaire 9,2%, les accidents vasculaires cérébraux 5,3%, la dissection aortique 2,6%.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 5jours±2 ; il y avait une différence statistiquement significative en comparant la durée d'hospitalisation des groupes diagnostics (P= 0,000). La létalité toutes causes confondues était de 19,7%.

**Conclusion :** les urgences cardio-vasculaires sont graves et létale, leur accessibilité peut être mieux régulée pour abréger la souffrance des usagers.

**Mots clés :** Répertoire, Urgences cardio-vasculaires, CHU Point G

## **COR 057. Les premiers cas de chirurgie à cœur ouvert du Mali : bilan et perspectives.**

Ombotimbé A, Maïga IB, Saye J, Touré CAS, M Bazongo , Al Koné, Togo S Ouattara MA, ,  
Maïga A, Ouologuèm N, Yéna S

Auteur: ombotimbe.allaye@yahoo.fr

### **RESUME**

**Introduction :** La mise en route au Mali de la chirurgie à cœur ouvert est un besoin pressant, car les pathologies cardio-vasculaires chirurgicales sont fréquentes et représentent actuellement le premier motif d'évacuation à l'étranger.

**Objectif :** Décrire les résultats de la première campagne de la chirurgie à cœur ouvert dans le service de chirurgie thoracique à l'hôpital du Mali et proposer les perspectives de son développement.

**Patients et méthodes :** Notre étude est prospective et descriptive. Elle porte sur les premières interventions à cœur ouvert, colligés au service de chirurgie thoracique de l'hôpital du Mali, sur une période allant du 17 /07 / 2016 au 17 /5/2017. Les aspects pré, per et postopératoires ont été revus. Il s'agit du bilan d'une mission de partenariat de type sud-sud entre le Mali et le Maroc.

**Résultats:**Dix patients ont été sélectionnés pour la première mission dont la moitié était des hommes. Quatre n'ont pas pu être opérés pour des raisons d'examens complémentaires ou de disponibilités techniques. Les patients opérés avaient un d'âge moyen de 22,5 ans avec des extrêmes de 12 et 33 ans. Il y avait une égalité dans le genre. Une dyspnée d'effort quottée à au moins 2 sur l'échelle de NYHA a été retrouvée dans tous les cas. Il y avait 2 cas de maladie mitrale, 2 cas de rétrécissement mitral, 1 cas d'Insuffisance mitral, 1 cas de communication interauriculaire. Nous avons effectué 4 remplacements valvulaires mitraux, une plastie mitrale et une fermeture de CIA. La durée moyenne de la CEC et du clampage de l'aorte a été respectivement de 94,6 et 68,8 mn. La durée moyenne l'hospitalisation a été de 13,1 jours dont 3,5 jours en réanimation. L'évolution a été simple dans tous les cas. Après une évaluation (clinique et paraclinique) à 08 mois, tous les patients ont été guéris avec un taux de satisfaction à 100%.

**Conclusion:** Notre étude a démontré que la chirurgie à cœur ouvert avec CEC est faisable dans notre contexte sans investissement majeur ni construction nouvelle. Cependant pour son enracinement, l'engagement et l'accompagnement technique des autorités sont nécessaires. Le partenariat sud-sud à travers des missions et des formations de compagnonnages semble être une meilleure voie. Toutes les initiatives actuelles de son développement au Mali, doivent être complémentaires dans les soins, la formation et la recherche.

**Mots-clés :** Chirurgie, Cœur, C.E.C, Perspectives, Mali.

## **COR 058. Cardioversion en urgence des troubles du rythme cardiaque : L'expérience du CHU Point G**

DIAKITE M., DICKO H., DAGNOGO M., SIDIBE S., COULIBALY S., SACKO A.K.,  
DIALLO B., DIALLO N., DIALLO I.B., KEITA M., DOUMBIA D., COULIBALY  
Y., DIALLO B.

Auteur : Dr DIAKITE Mamadou – [diakitemamadoua@yahoo.fr](mailto:diakitemamadoua@yahoo.fr)

### **RESUME**

**Introduction :** Le contrôle du rythme cardiaque est une option thérapeutique par cardioversion pharmacologique et/ou électrique à laquelle on a recours le plus souvent dans les situations d'urgences au cours d'un trouble du rythme cardiaque à cadence rapide.

**Le but** de ce travail est d'évaluer cette pratique au CHU du Point G en milieu de Réanimation.

**Méthodes :** Nous avons colligé le dossier de tous les patients admis au service de Cardiologie et de Réanimation du CHU Point G de janvier 2014 à Septembre 2017 pour tout type de troubles du rythme cardiaque grave (hémodynamiquement instable ; syncopaux et/ ou bas débit de perfusion d'organes « vitaux ») et étudier leur évolution hospitalière après une tentative de cardioversion.

**Résultats :** Les troubles du rythme cardiaque représentaient 10% des motifs d'admission en USIC. Parmi lesquels 43,4% étaient redevable d'une prise en charge diligente. Les femmes représentaient 56,7%. L'âge moyen est de 54ans±19. Le syndrome de bas débit était la représentation clinique la plus fréquente (54,5%) avec la Tension artérielle systolique (TAS) ≤ 90 mm Hg (82%). Une cardiopathie structurelle a été mise en évidence chez 63,6% des patients. Les tachycardies supra ventriculaires représentaient 73% à prédominance de FA (42,0%). D'emblée 61% ont bénéficié d'un choc électrique externe (CEE) pour contrôler le rythme sinusal. La mortalité hospitalière était de 36,4%.

**Conclusion :** Il s'agit là d'un domaine de collaboration entre cardiologues, urgentistes et réanimateurs dont les résultats encourageants peuvent être améliorés.

**Mots-clés :** Cardioversion en urgence, troubles du rythme cardiaque, CHU- Point G

## **COR 059. Kyste de l'ovaire énorme compliqué de thrombophlébite du membre inférieur, quelle conduite préopératoire ?**

M COULIBALY, A DIARRA, M K TOURE, J KONE, T M DIOP, B DIALLO, S A KOITA

**Auteur :** Mahamadoun COULIBALY, [mahacoulibaly@yahoo.fr](mailto:mahacoulibaly@yahoo.fr) / 64575950

### **RESUME**

**Introduction :** Les kystes et tumeurs présumées bénignes de l'ovaire constituent un motif fréquent de consultation en gynécologie. La complication la plus étudiée de ces kystes est la torsion annexielle; suivie des complications hémorragiques (hémorragie intra kystique ou rupture de kyste) et les complications plus rares (transformation maligne, complication extra ovarienne et ou extra pelvienne). Les complications obstructives quant à elles ont été moins décrites dans la littérature; une volumineuse tumeur de l'ovaire peut entraîner une compression des organes de voisinage (uretère ,vessie, rectum, colon, vaisseaux iliaques), la quasi-totalité des cas publiés de thrombose ont été décrits dans des contextes de syndrome des ovaires poly kystiques et ou syndrome d'hyperstimulation. Sur le plan physiopathologique, la compression s'associe probablement à une myeloprolifération et peut être à une libération de thromboplastine tissulaire locale.

**Objectif :** Faire ressortir la problématique de l'anticoagulation curative préopératoire ainsi que les risques de migration du thrombus pendant la période péri opératoire.

**Observation:** Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 67 ans sans antécédent pathologique admise au CHU ME «Luxembourg » pour prise en charge d'une masse pelvienne évoluant depuis près de 20 ans augmentant progressivement de volume, à cette symptomatologie était associée une augmentation du volume du membre inférieur homolatérale à la masse qui évolue depuis 3 mois. Le bilan paraclinique (TDM abdomino-pelvienne) mettait en évidence une masse charnue latéro-utérine gauche faisant 317x254x137 de dimensions refoulant les structures de voisinage et exerçant un effet de masse sur l'urètre gauche avec urétéro –hydronéphrose en amont. Le doppler veineux du membre inférieur trouvait une thrombose veineuse profonde et superficielle des veines iliaques, fémorales, poplitée, saphènes et tibiales postérieures gauches. L'exploration chirurgicale sous couverture anticoagulante (HBPM molécule et dose ) a permis l'extraction d'un volumineux kyste de l'ovaire faisant 12 kg, la pièce a été adressée à l'anatomo-pathologie, la poursuite de l'anticoagulation par AVK (molécule et dose INR) était de mise, la patiente est vue régulièrement en consultation et se porte bien avec un recul de 3 mois. L'instauration d'une anticoagulation pré opératoire n'annule pas le risque de migration du thrombus en peropératoire, cependant instauré une thrombolyse pré opératoire ou au mieux un Filtre Cave transitoire pourraient être proposés dans cette association même si la littérature est pauvre dans ses indications en préopératoire.

**Mots clés :** Kyste de l'ovaire Compression extrinsèque, Thrombophlébite, Anticoagulation pré opératoire.

## **COR 060. Troubles du rythme cardiaque aux urgences : Approche diagnostique à propos de 33 cas**

DIAKITE M., SIDIBE S., COULIBALY S., DICKO H., DAGNOGO M., SACKO A.K.,  
DIALLO B., DIALLO N., DIALLO I.B., KEITA M., DOUMBIA D., COULIBALY  
Y., DIALLO B.

**Auteur :** DIAKITE Mamadou – [diakitemamadou@yahoo.fr](mailto:diakitemamadou@yahoo.fr)

### **RESUME**

**Introduction :** Souvent rencontrés aux urgences, les troubles du rythme cardiaque ont un pronostic variable en fonction du diagnostic rythmologique, du type de cardiopathie sous-jacente ainsi que d'autres co-morbidités.

**Le but :** Ce travail se propose de faire une approche diagnostique des troubles du rythme aux urgences et de mettre en évidence leurs facteurs sous-jacents.

**Méthodes :** Tout patient/ patiente admis en urgences cardiologiques pendant la période (2014-2017) au CHU du Point G ayant bénéficié des moyens cliniques, ECG et d'imagerie au besoin (étude rétrospective sur dossier extrait du registre des hospitalisations en USIC).

**Résultats :** L'effectif était au nombre de 33; le sexe ratio était en faveur des femmes 61%. La triade cadence ventriculaire accélérée (fréquence cardiaque moyenne = 197 bpm ± 32) TA systolique basse ( $\leq 90$  mm Hg) chez 82% et syndrome bas débit 55% était le tableau clinique. Le diagnostic ECG retrouvait tout type d'arythmies à l'étage Supra-ventriculaire et ventriculaire tels: La Fibrillation auriculaire (FA) 30% ; les tachycardies à complexes QRS larges (TCL) 27% ; les tachycardies jonctionnelles (TJ) 21% ; les tachycardies atriales flutteriennes (Flutter) 15% et les Tachycardies atriales non flutteriennes (TA) 6%. La comparaison de l'âge moyen des patients en fonction du diagnostic ECG était statistiquement significatif ( $P = 0,018$ ). Les co-facteurs sous-jacents étaient dominés par les cardiopathies structurelles (63%), ensuite les BPCO décompensées 15% et l'insuffisance rénale aigüe (9%). 32 patients ont pu réaliser une échocardiographie trans-thoracique (ETT) parmi lesquels 18% avait une altération de la FE VG ( $< 40\%$ ).

**Conclusion :** Le diagnostic des troubles du rythme cardiaque aux urgences se fonde d'abord sur la clinique tout en recherchant les signes de mauvaise tolérance et la réalisation d'un ECG.

**Mots-clés :** Troubles du rythme cardiaque aux urgences, diagnostic, ECG.

## **COR 061. Etat de mal épileptique sur urgence hypertensive : Une entité rare à ne pas méconnaître**

M. COULIBALY, S. A.KOITA, M. K.TOURE, J.KONE, A. DABO, R.NIANGADOU, S A.BEYE

### **RESUME**

**Introduction :** La gravité d'une élévation tensionnelle est liée à la présence d'une complication viscérale grave (dissection aortique, encéphalopathie hypertensive. . .), mettant en jeu le pronostic vital à court terme, plus que le niveau de pression artérielle. Ces urgences comprennent l'encéphalopathie hypertensive, l'insuffisance ventriculaire gauche (IVG) aiguë, la dissection aortique, l'éclampsie, les crises catécholaminergiques, etc...

**Objectif :** Rapporter notre expérience sur la prise en charge de ces cas rares, et faire ressortir les facteurs favorisants et leur pronostic.

**Patients :** Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 22 mois (Décembre 2015-Octobre 2017) qui s'est intéressée aux dossiers de patients admis pour urgence hypertensive avec souffrance cérébrale. Nos patients étaient :

-Observation 1 : Patient âgé de 27 ans, diagnostic récent (2 mois) d'une insuffisance rénale chronique au décours d'un syndrome malin des neuroleptiques avec HTA sous traitement avec mauvaise observance

-Observation 2 : Patient âgé de 47ans, non connus hypertendu. Il a présenté des prodromes 24heures avant l'admission des céphalées invalidantes sans autres troubles associés ; pas d'insuffisance rénale ou autre tare.

-Observation 3 : Patient âgé de 59 ans hypertendu depuis 5 mois sous traitement mal conduit (Diurétique) avec mauvaise observance ; il n'avait pas d'autre tares connues.

Nos patients étaient tous admis en réanimation pour prise en charge d'un état de mal épileptique ne répondant pas au bolus de MIDAZOLAM/PHENOBARBITAL et chez qui la conduite était l'intubation, ventilation mécanique et la mise sous coma barbiturique. La moyenne des pressions artérielles moyenne (PAM) à leurs admissions était de 171mmHG [177,170 ,168 mmHG]. Ils sont tous restés intubés ventilés sédatisés pendant 48 heures, la TDM cérébrale systématique trouvait un léger œdème cérébrale chez les 3 patients sans autres particularités, notamment pas d'hémorragie intra crânienne ou de signe d'encéphalopathie hypertensive ancienne, l'échographie doppler cardiaque ne trouvait pas de signes d'hypertension artérielle de même que l'écho doppler rénale ne trouvait pas de sténose des artères rénales ou de masse surrénalienne, le dosage des catécholamines urinaire n'a pût être réalisé que chez un seul patient, il était négatif, la troponine était négative chez les 3 patients . En réanimation, l'hypertension artérielle a été traitée initialement par de la « Nicardipine » à la seringue auto pousseuse puis une bithérapie orale faite d'inhibiteur calcique et Beta bloquant a été instauré, l'objectif du traitement antihypertenseur était une réduction de la PAM de 20%. La durée moyenne du séjour en réanimation était de 5,3 jours [4, 5,7 jours], l'évolution était favorable chez les 3 patients, ils furent transférés en cardiologie pour complément de prise en charge.

**Discussion et commentaire :** Définie comme un syndrome cérébral aigu provoqué par une élévation tensionnelle sans thrombose ni hémorragie cérébrale associée et réversible lors de la normalisation de la PA. , cette urgence hypertensive est rare. Elle peut survenir chez des patients hypertendus chroniques (HTA essentielle) ou non. Cliniquement, le patient présente une élévation brutale de la PA, des céphalées sévères, des nausées, des vomissements et des troubles visuels, elle peut rapidement évoluer vers une altération des fonctions supérieures, avec des crises convulsives localisées ou généralisées. En l'absence de traitement, l'encéphalopathie progresse vers un coma qui peut être rapidement fatal. L'évolution spontanée est catastrophique (survie 10—20 % à un an), et plus favorable avec un traitement adéquat (survie 60—80 % à cinq ans). Le scanner cérébral élimine une hémorragie cérébrale et peut mettre en évidence des plages hyperdenses bilatérales et symétriques au sein de la substance blanche.

**Mots clés :** mal épileptique, urgence hypertensive, facteurs favorisants, pronostic

## **COR 062. Dissection aortique en milieu de réanimation : un cas à l'hôpital du Mali (Bamako).**

SIDIBE A; DIANI N ; CISSE M.A.C ; DRAME A.I. ; OUATTARA M. H. ;  
OUELEGUEM N. TOGO S. ; YENA S.

**Auteur:** Amadou SIDIBE Tél : 00223 66 88 96 59.Email : beidysi7@ yahoo.fr

### **RESUME**

**Introduction:** La dissection aortique est la plus connue des catastrophes de l'aorte. Non traité, la mortalité du type A est de 50% en 72 heures. La mortalité horaire du type B est rapportée à 11%. Le type B survient classiquement chez les hommes hypertendus âgés de 60-70 ans.

**Observation :** Nous rapportons un cas de dissection aortique. Dame de 51 ans hypertendue sous traitement depuis 3 ans, insuffisante surrénalienne sous traitement depuis 1 an, utilisant les dermocorticoïdes depuis plus de 15 ans, admise pour douleur retro sternale paroxystique, inaugurale transfixante avec odeur de chair frais à irradiation thoraco-dorsale et rebelle aux antalgiques. L'examen retrouvait une température à 36,9 °C, IMC : 31,25 kg/m<sup>2</sup>, anxieuse, consciente, calme, sans pâleur ni d'ictère, abdomen légèrement sensible sans masse palpable avec cicatrices de dépigmentation. Cœur : F.C : 66 battements/ minute, P. A : 170/ 100 mm Hg pas de souffle, pouls périphériques bien perçus. Pleuro-pulmonaire : polypnée à 29 cycles / minute. A la biologie, elle était du groupe B positif, une hyponatrémie à 130 mmol/l, la numération formule sanguine, la créatinémie, la glycémie, l'urée sanguine, la Troponine I et T étaient sans particularités, CPK- MB et  $\gamma$  GT étaient élevées à plus d'une fois, D-dimères étaient élevées à 16 fois. L'angiotomodensitométrie thoracoabdominale a confirmé la dissection de l'aorte thoracique descendant : stade B de Stanford. L'ETT a montré une insuffisance aortique modérée. Le traitement proposé fut : un apport hydro électrolytique, un inhibiteur calcique à la seringue électrique, un  $\beta$  bloquant, les antalgiques, un anxiolytique, la prévention de l'ulcère de stress. L'évolution a été marquée par la persistance de la douleur (EVA : 50-80) et une instabilité tensionnelle dans les premières 24 heures puis son atténuation (EVA : 20-40) et une stabilité tensionnelle. A J12, le contrôle de l'angio-tomodensitométrie thoracoabdominale a montré une thrombose des faux chenaux sans lésion artérielle hépatique, splénique et rénales. À J13, une hyperthermie à 40° C, les cultures ont isolé un *Staphylococcus aureus* sensible. Elle est transférée en cardiologie à J 26.

**Conclusion :** La dissection aortique est rapidement fatale. La prise en charge requiert du type A, une intervention en urgence. Quant au type B, le traitement est médical dans la majorité des cas.

**Mots clés :** Dissection Aortique – Réanimation- Hôpital du Mali.

## **COR 063. Anesthésie pour hernie diaphragmatique congénitale : A propos d'une observation**

M COULIBALY, S SIDIBE, S A KOITA, A ALMEIMOUNE, O NIENTAO, M I MANGANE, M K TOURE

**Auteur :** Mahamadoun COULIBALY, mahacoulibaly@yahoo.fr / 64575950

### **RESUME :**

**Introduction :** La hernie diaphragmatique congénitale est caractérisée par un orifice diaphragmatique malformatif de siège le plus souvent postérolatéral avec hernie des viscères abdominaux dans le thorax. Elle peut être para-sternales qui sont appelées également hernies de la fente de Larrey (hiatus sterno-costal gauche) ou hernies de Morgagni (hiatus sterno-costal droit). Le retentissement cardio pulmonaire de ces hernies fait toute la difficulté de la pris en charge anesthésique. Nous rapportons une observation d'hernie diaphragmatique de type Morgagnie chez un enfant de 08 (Huit) mois, opéré avec succès au CHU mère enfant « Luxembourg ».

**Objectif :** À travers cette observation nous ferons ressortir les difficultés pré et per opératoire que peuvent rencontrer l'anesthésiste réanimateur dans la pris en charge de ces patients.

**Patient, Méthodologie, Résultat :** Il s'agit d'un nourrisson de 08 mois de sexe masculin, issu d'un mariage consanguin, la grossesse était suivie et l'accouchement était médicalisée et était sans incident. A 4 mois de vie, il présentait des épisodes de détresses respiratoire à répétition avec des accès de cyanose ; à ce tableau étaient associées : retard staturo pondéral et dysmorphie thoraco abdominale. Le diagnostic d'hernie diaphragmatique de MORGAGNI fût confirmé après un bilan para clinique (radiographie du thorax et d'une TDM thoraco-abdominale). La consultation pré anesthésique s'est attardé à la recherche d'autres malformations associées, notamment cardio vasculaire. L'induction était faite par un senior anesthésiste réanimateur, une longue pré oxygénation était de mise en vue de réduire au maximum le besoin d'une éventuelle ventilation au masque avant l'intubation ce qui aggraverait l'effet tamponnade, le geste a duré 3 heures et a constitué à repositionner des anses digestives dans l'abdomen, fermeture de l'orifice herniaire par du fil non résorbable « Mersuture » et mise en place d'un drain thoracique droit .le patient a été extubé sur table puis transféré en réanimation pour 24 heures de surveillance et d'analgie ,les suites post-opératoire étaient simples et le patient est sorti à J+5 du post op après ablation du drain thoracique .

**Discussion :** Les retentissements hémodynamiques et respiratoires periopératoires des hernies diaphragmatiques font la hantise de l'anesthésiste réanimateur, qu'elles soient congénitales à expression précoce(en salle de naissance) tardive (dans notre cas).ces complications sont le résultat du processus physiopathologique de la genèse de ces hernies où cohabitent parfois : compression cardiaque, hypoplasie pulmonaire et/ou intestinale par bas débit. Le diagnostic est de plus en plus anténatal. En 2002, une étude européenne regroupant 20 registres au sein de 12 pays mesurait un taux de diagnostic anténatal de de 59 %, avec de grandes variations inter centres. Le pronostic est multifactoriel (Age du diagnostic, taille de la hernie, malformations associées, présence ou pas d'atrésie pulmonaire .....)

**Conclusion :** Pathologie congénitale peut fréquente de gravité variable ; le diagnostic est de plus en plus anténatale et parait améliorer le pronostic. La pris en charge anesthésique reste un challenge qui mérite une attention particulière afin d'éviter des situations catastrophiques au bloc opératoire.

**Mots clés :** Hernie diaphragmatique, anesthésie réanimation et tamponnade, malformations congénitales.

## **COR 064. Complications aiguës de la drépanocytose : profil épidémio-clinique et thérapeutique en réanimation polyvalente au CHU Point G**

Dicko H, Tembiné K, Diallo B, Traoré S, Beye SA, Dembélé AS, Toure MK, Traore A, Coulibaly Y.

**Auteur:** Dicko Hammadoun, Email : [dickoh60@gmail.com](mailto:dickoh60@gmail.com)

### **RESUME :**

**Introduction :** La drépanocytose est une maladie héréditaire, la plus répandue dans le monde, dont les complications aiguës sont graves et dominées par les crises vaso-occlusives (CVO), l'anémie aiguë par déglobulisation, le syndrome thoracique aigu (STA), et l'accident vasculaire cérébral.

**Objectif :** déterminer le profil épidémio-clinique, thérapeutique, et le pronostic des complications aiguës de la drépanocytose en réanimation polyvalente au CHU du POINT G.

**Matériels et Méthode :** Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive et analytique sur une période de 66 mois (janvier 2011 - Juin 2016). Nous avons inclus tous les patients drépanocytaires admis en réanimation pour complications aiguës et / ou ayant présenté des complications au cours de leur hospitalisation. Les aspects sociodémographiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques, et le pronostic ont été analysés.

**Résultats :** La fréquence de la drépanocytose en réanimation était de 8.2 % (218/2637). Nous avons colligé 27 cas de complications aiguës (12.4 %). Il s'agissait d'une population jeune avec un âge moyen de  $25.9 \pm 2.2$  ans (extrêmes : 13 ans et 49 ans), à prédominance féminine (81.50 %). Le phénotype SS était prédominant (51.5 %), suivi de SC (37.4%). Parmi les complications aiguës, les CVO isolées étaient les plus fréquentes (48.1%), suivies de CVO associées au Syndrome Thoracique Aigu (37%), et l'AVC (7,4%). La prise en charge de ces complications était basée sur l'oxygénothérapie, l'analgésie, et la réhydratation qui étaient systématiques ; la transfusion et/ou échange transfusionnel (51.85%) et l'assistance respiratoire (40,7%) étaient réalisées en fonction du tableau clinique. La durée moyenne d'hospitalisation était de  $4.37 \pm 2.37$  jours (extrêmes : 1 jour et 30 jours). Nous avons enregistré 6 décès (22, 2%).

**Conclusion :** La drépanocytose est une pathologie fréquente dans nos pays. Les formes majeures sont pourvoyeuses de complications graves, grevées d'une lourde morbi-mortalité.

**Mots-clés :** Drépanocytose; Complications ; Aiguës ; Réanimation ; Bamako.

## **COR 065. Complications péri-opératoires intra-hospitalières: évaluation prospective sur 2 mois au CHU**

### **Point G**

Diallo B, Traoré S, Adegbindin AY, Dicko H, Diallo D, Toure MK, Beye SA, Dembélé AS, Keita M, Doumbia D, Coulibaly Y.

**Auteur:** Diallo Boubacar, Email : [aboudiallo@gmail.com](mailto:aboudiallo@gmail.com)

#### **RESUME**

**Introduction :** la chirurgie est considérée comme une composante principale des soins de santé, cependant elle reste, en chirurgie non-cardiaque, corrélée à une mortalité annuelle de 5 à 10 millions de personnes.

**Objectif :** déterminer l'incidence des complications et évaluer la morbi-mortalité intra-hospitalière périopératoire au CHU du point G.

**Matériels et Méthode :** il s'agissait d'une étude transversale, sur 3 mois (13 mars au 11 juin 2017). Nous avons inclus tous les patients d'âge supérieur ou égal à 16 ans, opérés en chirurgie programmée ou urgente quelles que soient les techniques chirurgicale et d'anesthésie, et hospitalisés pendant au moins 24 heures après l'intervention. Les patients étaient enrôlés au bloc opératoire et suivis dans les différentes unités jusqu'à leur sortie ou au 30<sup>ème</sup> jour post opératoire. Les comorbidités, les caractéristiques de la chirurgie, le protocole anesthésique, les complications péri opératoires, l'admission en soins intensifs, ainsi que les données paracliniques ont été recueillis et analysés.

**Résultats :** sur une cohorte de 257 patients opérés, nous avons colligé 252. L'incidence globale des complications était de 34,1%, dont 33,3% en post-opératoires. L'âge moyen était de 33,15 ± 14,66 ans. Le ratio femme / homme était de 5,66. La classe ASA 1 représentait 74 %. L'intervention était réalisée en urgence chez 52,4%. Plus de la moitié (51,2%) des interventions était obstétricale, notamment des césariennes réalisées en urgence avec comme principales indications l'hémorragie et l'éclampsie. L'anesthésie générale (AG) et la rachianesthésie (RA) étaient les techniques anesthésiques les plus réalisées avec respectivement 52% et 41,3%. Les complications étaient dominées par les infections du site opératoire (27,4%), les saignements (10,3%) et les septicémies (6,7%). Parmi les complications anesthésiques on retrouvait : 3 cas d'inhalation, 2 arrêts cardiaques peropératoires, et 1 cas d'hypoxie. Ces complications étaient corrélées au sexe ( $p = 0,017$ ), la classe ASA ( $p = 0,023$ ), l'urgence de l'intervention ( $p = 0,001$ ), la sévérité de la chirurgie ( $p = 0,001$ ), le profil de l'anesthésiste ( $p = 0,001$ ), la durée de séjour en réanimation ( $p = 0,001$ ) et la durée d'hospitalisation ( $p = 0,001$ ). Nous avons enregistré 7 décès (2,8%) dont 3 décès maternels. 16 nouveaux nés ont été réanimé et 32 (23,88%) étaient décédés sur un total de 134. 9,5% des patients étaient admis en réanimation avec un séjour moyen de 2,83jours ± 2,86, avec un maximum à 15 jours. La durée moyenne d'hospitalisation était de 6,22jours ± 5,75.

**Conclusion :** la morbi-mortalité associée à la chirurgie est très élevée dans notre contexte et s'explique en partie par la prédominance des urgences.

**Mots clés :** complications péri-opératoires, mortalité intra-hospitalière.

## **COR 066. Les admissions postopératoires en réanimation : aspects épidémiologique, clinique et pronostique**

Kéita B., Dabo A., Samaké B.M., Mangané M.I., Jipap Zongnou A., Diop Th M.,  
Alméimoune A H., Togo A.

**Auteur :** Aminata Dabo [Amidabo86@gmail.com](mailto:Amidabo86@gmail.com)

### **RESUME :**

**Introduction :** L'admission des malades opérés en réanimation dénote donc de la gravité avérée ou potentielle de l'état du malade. Néanmoins, le pronostic des patients opérés dépend de la rapidité et de l'adéquation des mesures thérapeutiques mises en place dès les premières minutes de leur prise en charge.

**Objectif :** Etait de déterminer le profil des admissions post-opératoire

**Patients et méthode :** Il s'agissait d'une étude transversale dans le service d'anesthésie réanimation du CHU Gabriel Touré de mars 2016 à février 2017. La population d'étude était constituée de l'ensemble des patients admis en réanimation. Etaient inclus les patients admis après une intervention chirurgicale programmée ou en urgence. Les patients étaient recrutés consécutivement. Un questionnaire était administré à tous les patients notifiant les données sociodémographiques, cliniques et l'évolution. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Epi info7. Le test de khi carré était utilisé pour la comparaison de nos résultats avec une valeur de  $p < 0,05$  5% considéré comme significative.

**Résultats :** Pendant la période 402 patients ont été colligés sur 662 admissions soit 60,7 % d'admissions postopératoires. Le sex-ratio était de de 0,65 et l'âge moyen était de  $29,93 \pm 15,14$ . Les admissions après chirurgie gynéco-obstétricale prédominait avec 45,3 %. Les patients étaient classés ASA 1 dans 42,3% des cas et la chirurgie classée Altémeier 1 dans 64,2% des cas. Les urgences étaient le contexte de chirurgie le plus prédominant avec 86,3% L'anesthésie générale était la technique d'anesthésie la plus pratiquée avec 97,5%. L'hypotension était la complication peropératoire la plus fréquente avec 32,1%. La durée moyenne des interventions était de  $1,92 \text{ h} \pm 1,24 \text{ h}$ . A l'admission en réanimation le score d'Aldrète était  $\geq 8$  chez 60,9% des patients. En cours d'hospitalisation la complication la plus retrouvée a été la complication cardio-circulatoire avec 27,61% dont 92,8% était des états de choc. La durée moyenne d'hospitalisation était de  $3,7 \pm 3,24$  jours. La mortalité était de 33,1%. Les facteurs de mortalité retrouvés étaient : la non réalisation de l'antibiothérapie et de l'antibioprophylaxie, de la ventilation mécanique, de la thrombo-prophylaxie, de la transfusion sanguine, de l'utilisation des amines vaso-actives, de l'état de conscience du patient, de l'état général du patient, des antécédents, du sexe, de la durée d'intervention, des évènements indésirables peropératoires, de la classe ASA, du contexte et de la spécialité chirurgicale avec  $p < 0,05$

**Conclusion :** Les admissions postopératoires sont très fréquentes. Il s'agit majoritairement de patients jeunes, de sexe féminin, opérés dans un contexte d'urgence en chirurgie gynéco-obstétricale. La prise en compte des facteurs de morbi-mortalité dans leur prise en charge est un défi pour l'hôpital.

**Mots clés :** Profil, Patients, Postopératoire, Réanimation, CHU Gabriel Touré

---

## **COR 067. PRATIQUE DE LA TRANSFUSION SANGUINE A L'UNITE D'ONCOLOGIE PEDIATRIQUE DU CHU GABRIEL TOURE DE BAMAKO**

**Doumbia A K**, Togo P, Coulibaly O, Doumbia A, Samaké B T, Dembélé A, Cissé M E, Sacko K, Maïga B, Traoré F, Konaté D, Diall H, Diakité Al A, Dicko F, Togo B.

AUTEUR: Doumbia Abdoul Karim, pédiatre au CHU Gabriel Touré – Bamako - Mali  
([doumbiav@gmail.com](mailto:doumbiav@gmail.com))

### **RESUME**

**INTRODUCTION :** La transfusion sanguine fait partie des actes quotidiens en oncologie pédiatrique. Les principaux produits sanguins labiles sont les concentrés érythrocytaires, les concentrés plaquettaires et le plasma frais congelé.

**OBJECTIF :** Décrire la pratique de la transfusion sanguine à l'unité d'oncologie pédiatrique du CHU Gabriel Touré.

**METHODOLOGIE :** Notre étude s'est déroulée à l'unité d'oncologie pédiatrique du CHU Gabriel Touré de Bamako. Il s'est agi d'une étude prospective, descriptive sur une période 6 mois (1<sup>er</sup> mars au 31 septembre 2016). Nous avons inclus 50 patients atteints de cancer ayant reçu une transfusion sanguine.

**RESULTATS :** Les enfants âgés de 0 à 5 ans représentaient 48 % de l'effectif. Le sexe ratio (M/F) était de 1,8. La majorité des patients résidaient à Bamako (70 %). Les principaux types de cancer étaient les leucémies (38 %), les lymphomes (24 %), le néphroblastome (14 %) et le rétinoblastome (14 %). Une notion de transfusion antérieure était notée chez 52 % des patients. Le principal signe clinique retrouvé était la pâleur. On notait une anémie sévère chez 88% des patients et un risque de saignement chez 41%. Ce risque était important chez 6% des patients. Les indications transfusionnelles sont surtout liées à la toxicité de la chimiothérapie. Le groupe sanguin A était le plus demandé (48 %). Le rhésus positif représentait 90 %. La quasi-totalité des demandes était formulée avant 16 heures. Le PSL était acheminé à la main dans la moitié des cas. Le concentré érythrocytaire était le plus demandé (68 %). Le délai d'obtention du PSL dépassait 24 heures dans 10 % des cas. Le temps d'administration du produit sanguin était de 4 à 5 heures dans 64 % des cas. Aucun accident transfusionnel n'a été signalé au cours de l'étude. On notait une amélioration clinique chez 98 % des patients.

**CONCLUSION :** La transfusion sanguine doit répondre à des règles de compatibilité et de surveillance qui engagent la responsabilité médico-légale de l'équipe soignante. D'où la nécessité de la mise en place d'un comité d'hémovigilance au sein de notre établissement hospitalier.

**MOTS CLES :** transfusion, enfant, cancer.

## **COR 068. Profil épidémiologique et clinique des patients admis au service des urgences de l'hôpital mère enfant Luxembourg.**

S.KOITA, M.K. TOURE, M. COULIBALY, D. Kanté, J. Koné, O. Nientao, D. Doumbia

**Auteur:** Siriman Abdoulaye Koita. E. Mail : [sirimase@yahoo.fr](mailto:sirimase@yahoo.fr)

### **RESUME :**

**INTRODUCTION :** Les services d'urgences constituent la principale voie d'accès à l'hôpital pour une éventuelle hospitalisation en urgence. La prise en charge des patients hospitalisés aux urgences reste complexe du fait des motifs variés de consultation et d'atypies sémiologiques.

Le but de l'étude était de décrire les caractéristiques épidémiologiques des patients hospitalisés au service des urgences.

**MATERIEL ET METHODES :** il s'agissait d'une étude prospective allant du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 30 Juin 2017. Ont été inclus tous les patients admis à l'unité d'accueil et des urgences adulte.

**RESULTATS:** nous avons enregistré 3271 admissions au service des urgences durant la période d'étude. L'âge moyen des patients était de 55 ans ; le sexe ration était en faveur de l'homme. Les motifs d'admissions étaient dominés par les troubles de consciences 29,8%, suivis de l'AVP 25%, de syndrome infectieux 22%, de troubles métabolique 21%. 69% de nos malades avaient un antécédent connu et l'HTA présentait 20%, suivi du diabète 12 %.

Parmi les patients admis 75 % ont bénéficié d'un bilan biologique standard. La TDM était l'examen radiologique le plus réalisé 56,4 % suivie de la radiographie du thorax et de l'échographie abdominale. Sur le plan diagnostique Les AVC ont représenté 22.5 % suivis des urgences traumatologiques avec 16.8 %.

Le transfert secondaire vers la réanimation a concerné 42,85%, 23 % des patients ont été transférés en cardiologie et les 20,15 % vers d'autres services ou à domicile.

L'évolution était favorable chez 46% des malades et moins favorable chez 41 % avec Une mortalité à 13 %

**CONCLUSION :** Le service des urgences est la principale voie d'accès des urgences médico-chirurgicales. Le polymorphisme des pathologies rencontrées reste le principal challenge de la prise en charge. Une meilleure connaissance épidémiologique permettra d'améliorer et de sécuriser la qualité de la prise en charge.

**Mots clés :** urgences, épidémiologie, qualité

## **COR 069. Infarctus Cérébral révélateur d'une Thrombose du sinus Caverneux à propos d'un cas dans le service de Neurologie du CHU Gabriel Touré.**

Maiga Y, Maiga Oumar, Diallo SH, Traore Z, Diallo S, Coulibaly D, Traore I, Saliou M, Keita B M, Coulibaly C, Sacko M, Traore K, NGALEU FC.

### **REASUME**

**Introduction :** Malgré leur rareté, les thromboses veineuses cérébrales (TVC) requièrent un diagnostic urgent, car un traitement précoce est le plus souvent associé à une guérison sans séquelle.

Dans ce groupe des TVC, celle du sinus caverneux est exceptionnelle, surtout dans notre contexte où la disponibilité et l'accessibilité des examens neuroradiologiques font défaut. Nous rapportons le cas d'une jeune patiente de 39 ans hospitalisée dans le service de Neurologie du CHU Gabriel Touré pour un déficit moteur de l'hémicorps droit d'installation brutale dans un contexte ophtalmoplégie douloureuse.

**Observation:** Patiente de 39ans, ménagère droitière, hypertendue et diabétique, fut hospitalisée pour un déficit moteur droit d'installation brutale associé à des troubles de la vigilance. L'examen physique notait : un syndrome méningé franc fébrile, un syndrome pyramidal droit ; une ophtalmoplégie douloureuse avec un ptosis, chémosis de l'œil gauche, L'examen ORL et le reste de l'examen somatique étaient sans particularité. La TDM cérébrale mettait en évidence une hypodensité en rapport avec un infarctus épousant le territoire de l'artère sylvienne superficielle gauche, simulant une lésion artérielle de ce territoire. L'Angio-TDM cérébrale confirma la thrombose du sinus caverneux. Le bilan biologique montrait une hyperleucocytose à prédominance PNN, un syndrome inflammatoire biologique et une augmentation très significative des D-Dimères à 1055ng/ml. La sérologie rétrovirale et le reste du bilan biologique étaient sans particularité.

**Discussion :** Notre patiente remplit l'ensemble des critères d'une thrombose du sinus caverneux:(1) ophtalmoplégie douloureuse avec exophtalmie, (2) déficit neurologique focal, (3) infarctus cérébrale à la TDM, (4) thrombose du sinus caverneux à l'Angio TDM, ( 5) augmentation très significative des D-Dimères et syndrome inflammatoire à la biologie ; (6) l'évolution rapidement favorable sous AVK.

Le principal diagnostic différentiel était l'AVC ischémique sylvien superficiel qui avait été évoqué eu égard à la topographie particulière de l'infarctus compliquant la thrombose. Ce diagnostic a été éliminé devant les autres éléments en faveur de la TVC du sinus caverneux.

En outre, les autres causes d'exophtalmoplégie douloureuse ont été discutées : abcès orbitaire, d'anévrisme de la carotide interne intra-caverneuse pré-fissuraire et de fistule carotido-caverneuse, la migraine ophtalmoplégique, les granulomatoses infectieuses ou inflammatoires : syndrome de Tolosa-Hunt, une neuro-Behçet, sarcoïdose.

**Conclusion :** Compte tenu de la problématique de l'accessibilité et de la disponibilité de la neuro-imagerie dans notre contexte, nous attirons l'attention des praticiens, à travers cette présentation sur la nécessité de penser à une TVC du sinus caverneux devant une ophtalmoplégie douloureuse si le contexte clinique est évocateur. Le diagnostic d'une thrombose veineuse impose la mise en route sans délai d'un traitement anticoagulant. La prise en charge optimale de la thrombose du sinus caverneux nécessitera une collaboration pluridisciplinaire.

**Mots Clés :** Ophtalmoplégie douloureuse, thrombose du sinus caverneux, AVK, Mali.

## **COR 070. Anesthésie pour prothèse totale de la hanche au CHU de Kati**

Diallo D, Tall F K, Bengaly M, Diallo B, Dicko H, Traore S, Keita M, Coulibaly Y

**Auteur :** daoudadiallo11@gmail.com

### **RESUME**

**Introduction :** C'est une chirurgie fonctionnelle et programmée qui consiste à remplacer une articulation endommagée et dont l'objectif est d'améliorer la qualité de vie du patient en éliminant la douleur et en augmentant les mobilités articulaires.

**Objectif :** le but de cette étude était d'évaluer la prise en charge anesthésique des patients opérés pour une prothèse totale de la hanche.

**Matériel et méthodes :** Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive d'une année et demi. Durant la période d'étude 40 dossiers de patients opérés pour prothèse totale de hanche ont été retenus. Ont été inclus les dossiers des patients opérés pour une prothèse totale de la hanche quels que soient l'âge et le sexe. Les dossiers des patients opérés pour une chirurgie de la hanche et qui ont bénéficié d'une prothèse intermédiaire ou une chirurgie non prothétique ont été exclus. Les paramètres étudiés étaient l'âge, le sexe, les antécédents, les types de prothèses, la technique d'anesthésie, l'antibioprophylaxie, la spoliation sanguine et les événements indésirables.

**Résultats :** La moyenne d'âge était de 45,02 ans  $\pm$ 16,5 ; le sexe ratio est de 1,6 en faveur des hommes. La tranche d'âge de 21- 40 ans était prédominante 50%, nous avons retrouvé 43 % d'antécédents médical et chirurgical. La classe ASA1 était retrouvée chez 72,5% des patients et la classe ASA 2 représentait le reste (23,5%). La technique anesthésique la plus utilisée était l'anesthésie péridurale dans 60% des cas. La bupivacaïne 0,5% était associée à la lidocaïne adréalinée 2% dans 100% des cas pour l'anesthésie péridurale. La coxarthrose et la fracture du col fémoral étaient les plus fréquentes avec respectivement 52,5% et 25%. La prothèse non cimentée était le type prothèse le plus utilisé 75%. Les prothèses utilisées étaient non cimentées dans 75% des cas. L'antibioprophylaxie était faite avec des céphalosporines de 2è et 3è générations dans la majorité des cas (Ceftriaxone 45 %, Cefotaxime 32,5%, Cefuroxime 15%). La spoliation sanguine moyenne était de 558 ml, l'incidence de la transfusion sanguine était de 82%. L'hypotension artérielle était l'évènement indésirable le plus fréquent (82,5%). La durée moyenne de l'acte chirurgical était de 177 min.

**Mots clés :** anesthésie, prothèse totale, transfusion sanguine.

## **COR 071. Analgésie péridurale pour le travail d'accouchement au CHU Gabriel Touré, Bamako.**

Diakité DS, Dicko H., Dembélé AS., Samaké B., Keita M., Doumbia D., Coulibaly Y.

**Auteur :** Dr Diakité DS ; diakdiakite@yahoo.fr

### **RESUME**

**Introduction :** Grace aux progrès réalisés ces dernières années, l'analgésie péridurale s'est imposée en obstétrique comme la méthode de référence en termes d'efficacité et de sécurité pour les parturientes et les nouveau-nés. Cependant, elle reste encore très méconnue en Afrique subsaharienne.

**Objectif :** évaluer la faisabilité de l'analgésie péridurale pour le travail d'accouchement au CHU Gabriel Touré.

**Malades et méthodes :** étude prospective, transversale menée sur 3 mois du 1<sup>er</sup> Aout au 31 Octobre 2016. Soixante parturientes consentantes en début de phase active du travail ont été réparties de façon aléatoire en 2 groupes. Le groupe I a reçu une dose initiale de 10 à 15 ml de mélange de bupivacaine 0,125% + fentanyl 2µg/ml et le groupe II une dose initiale de 10 à 15 ml de mélange de ropivacaine 0,2% + fentanyl 2µg/ml. Des réinjections discontinues de 8 à 10 ml du mélange choisi étaient effectuées à travers le cathéter péridural à chaque fois que l'EVA était supérieur à 3 cm. Nous avons évalué la qualité et la durée de l'analgésie à travers les scores de la douleur selon l'échelle visuelle simple, le retentissement hémodynamique maternel et fœtal, le niveau du bloc moteur et l'incidence des évènements indésirables.

**Résultats :** L'âge moyen était de 26±18 ans avec des extrêmes de 16 ans et 41 ans. Les nullipares étaient majoritaires avec 46,67 %. Les comorbidités retrouvées étaient l'HTA dans 5 cas, l'asthme dans 3 cas et la drépanocytose dans 2 cas. Les parturientes de la classe ASAI étaient prédominantes avec 83%. Nous avons noté des évènements indésirables chez 11 parturientes. Les nausées et vomissements ont été les plus retrouvés chez 7 parturientes suivis de l'hypotension artérielle chez 2 parturientes. L'APD a duré entre 2h 30 et 3h 30 pour la majorité des parturientes du groupe I (56,67 %) et celle du groupe II (63 %). La majorité des parturientes était très satisfaite de l'APD avec 93 %.

**Conclusion :** l'analgésie péridurale pour l'accouchement normal est une technique réalisable dans notre pratique quotidienne.

**Mots clés :** analgésie péridurale, accouchement, anesthésiques locaux, complications.

## **COR 072. Etats des lieux de la pratique de l'anesthésie en ophtalmologie au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou au Burkina -Faso**

Bonkougou P, Lankoandé M, Kaboré Y, Bako YP, Kinda B, Simporé A, Wenmenga I, Traoré M, Meda ND, Sanou J, Ouédraogo N.

### **RESUME**

**Introduction :** L'ophtalmologie est la première discipline chirurgicale pourvoyeuse d'anesthésies en nombre. Elle fait appel très largement à l'anesthésie locorégionale (ALR) qui est parfois réalisée, non seulement par des anesthésistes mais aussi et surtout par des chirurgiens. L'objectif de ce travail était de faire un état des lieux de la pratique anesthésique dans le service d'ophtalmologie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO) de Ouagadougou

**Patients et méthodes :** Il s'est agi d'une étude rétrospective hospitalière couvrant une période de huit ans dans le service d'ophtalmologie du CHU-YO. La fréquence, les indications, les techniques, la morbidité et la mortalité ont été analysées par Epi- info.

**Résultats :** Durant la période de l'étude, 2894 anesthésies ont été réalisées (soit 362 anesthésies par an) et 2489 ont été incluses dans l'étude. L'âge moyen des patients était de  $25 \pm 24,9$  ans avec des extrêmes de 13 jours et 99 ans. Nous avons enregistré 1522 hommes et 967 femmes, soit un Sex-ratio de 1,6. Les traumatismes oculo-palpébraux ont été le premier motif de consultation (30,94% des cas) suivi par la baisse de l'acuité visuelle (26,88%). L'anesthésie a concerné dans 71% des cas la chirurgie réglée avec une prédominance des patients ASA1 (72%). Seule l'anesthésie générale (AG) a été réalisée par les anesthésistes. L'AG était prédominante (58,90%) par rapport à l'anesthésie locale (AL), représentée par l'Anesthésie locorégionale (ALR) et l'anesthésie topique (AT). Le propofol a été la drogue anesthésique la plus utilisée pour l'induction de l'anesthésie générale (64,45%). La bupivacaïne isobare 0,5% associée au lidocaïne 2% ont été les anesthésiques locaux majoritairement utilisés pour l'anesthésie locorégionale (69,16%). La durée moyenne de l'acte opératoire était de 28,58 minutes. Les incidents per anesthésiques ont concerné 1,52% des patients et étaient dominés par l'hypotension artérielle. Aucun accident per anesthésique n'a été notifié. En postopératoire 15,70% des patients ont présenté des complications dominées par l'inflammation de cornée.

**Conclusion :** L'anesthésie au service d'ophtalmologie du CHUYO de Ouagadougou, s'adresse aussi bien à des enfants qu'à des adultes. L'équipe d'anesthésie, n'a eu à conduire que les AG. Cette pratique anesthésique reste marquée par une insuffisance en ressources humaines qualifiées (surtout médicales), en drogues anesthésiques et matériels medicotechniques adaptées.

**Mots clés :** anesthésie, ophtalmologie, chirurgie, Burkina Faso, CHUYO.

## **COR 073. PROGRAMMATION OPERATOIRE AU CHU GABRIEL TOURE**

Kanté A, Traoré D, Daou M, Tounkara I, Diarra A, Kanté L, Kéita M, Ba B, Kanté L,  
Ongoïba N, Diallo G.

Email : [kanteim@yahoo.fr](mailto:kanteim@yahoo.fr)

### **RESUME**

**Introduction :** Au Mali, particulièrement au **CHU** Gabriel TOURE l'organisation des activités du bloc reste problématique du fait de la méconnaissance de la programmation opératoire par le personnel du secteur et autre de proximité, portant ainsi un coup au bon fonctionnement du bloc.

**Objectifs :** Déterminer la connaissance du personnel intervenant au bloc et autres services hospitaliers en relation avec le bloc opératoire sur la notion de programmation opératoire, déterminer l'existence de la Charte de fonctionnement au bloc opératoire, déterminer l'existence des composantes de la programmation opératoire, analyser le déroulement du programme opératoire.

**Méthodologie :** Nous avons effectué une étude prospective, descriptive et transversale au CHU Gabriel TOURE auprès du personnel exerçant aux blocs opératoires et dans d'autres services en relation ; l'échantillonnage a été probabiliste, basé sur la technique aléatoire systématique.

**résultats:** Le taux de participation des enquêtés a été de 100%, parmi lesquels 58,63% ne connaissent pas la définition de la dite programmation, Il en ressort de même que 59,77% ne connaissent pas l'importance de cette programmation opératoire et que le constat fait état d'une mauvaise appréciation des programmations opératoires qui sont faites habituellement au bloc avec un taux de 50,57% du personnel enquêté ; ayant fait ainsi l'objet de multiples suggestions exprimées par 63,22% des mêmes enquêtés en vue de l'améliorer.

Les instances décisionnelles et de coordination dans un bloc opératoire sont méconnues par tout le personnel enquêté (100%). 50,57% du personnel enquêtés ont témoigné de l'inobservance des règles d'hygiène concernant le patient, le professionnel, les personnels en formation, les visiteurs, les équipements, les locaux et l'environnement.

**Conclusion :** La programmation opératoire est le socle de toute l'organisation du bloc sans laquelle le bloc serait sujet de dysfonctionnements multiples, perturbant ainsi son fonctionnement normal et mettant en péril la qualité des soins en son sein.

**Mots clés :** Programmation opératoire, CHU Gabriel TOURE, Bamako

## **COR 074. COELIOCHIRURGIE AU CHU DU POINT « G » APRES TREIZE ANS DE PRATIQUE EN CHIRURGIE « A »**

Koumaré S, Keïta S, Soumaré L, Camara M, Sacko O, Camara A, Sissoko M, Dicko H, Koïta AK, Sanogo ZZ.

**Auteur :** [sekou.koumare@yahoo.fr](mailto:sekou.koumare@yahoo.fr)

### **RESUME**

**But :** rapporter les résultats de 13 ans de pratique de cœliochirurgie dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G, Bamako.

**Patients et Méthodes :** il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive menée dans le service de Chirurgie « A » du CHU du Point G, Bamako de Mars 2001 à Février 2014. Ont été inclus dans l'étude tous les patients opérés par méthode cœliochirurgicale ou toute procédure cœlio-assistée. Les malades opérés par voie de laparotomie n'ont pas été inclus dans cette étude.

**Résultats :** un total de 2131 interventions de cœliochirurgie a été pratiqué dans le service pendant la période d'étude. En moyenne 177,5 patients ont été opérés par an soit une fréquence de 20,54%. Les extrêmes d'âge étaient de 5 ans et 83 ans. Les principales indications étaient la chirurgie gynécologique (1289 cas) et digestive (698 cas). Les pathologies d'indication cœliochirurgicale gynécologiques étaient les obstructions tubaires. En pathologie digestive la cholécystectomie et l'appendicectomie ont été les procédures les plus pratiquées, respectivement de 60,4% et 24,7% des activités. Une conversion en laparotomie a été nécessaire dans 7,9% des cas. La mortalité a été de 0,18% (4 décès) et la morbidité de 0,75% (16 cas).

**Conclusion :** la cœliochirurgie mérite d'être largement développée dans les pays en développement où plus qu'ailleurs, ses avantages justifient sa place de Gold Standard dans la cholécystectomie, dans notre pratique de l'appendicectomie et en gynécologie.

**Mots clés :** cœliochirurgie, bilan, service chirurgie « A »

## **COR 075. Aspects épidémiologique-clinique de l'insuffisance rénale aiguë dans une population de patients polytraumatisés au service d'accueil des urgences au CHU - GT**

**Almeimoune A**, Mangané MI, Diop Th M, Beye SA, Démbélé AS, Koita S, Dicko MA, mahamadoun coulibaly, Diango MD

**Auteurs correspondants:** +223 76 49 73 29 – [hamidoumaiga@live.com](mailto:hamidoumaiga@live.com)

### **RESUME**

**Introduction :** Insuffisance rénale aiguë (IRA) est un événement fréquent en réanimation, son incidence serait de 1 à 25% des patients pour une mortalité de 28 à 90%. Les patients polytraumatisés sont également à risque d'IRA puisqu'ils combinent plusieurs facteurs de risque (hypovolémie, rhabdomyolyse, hypotension). D'où l'intérêt de ce travail afin de déterminer l'incidence et les facteurs de morbidités de l'insuffisance rénale aiguë chez les patients pris en charge pour polytraumatisme au service d'accueil des urgences.

**Patients et méthodes :** Il s'agissait d'une étude prospective et analytique réalisée au service d'accueil des urgences (S.A.U) incluant les polytraumatisés admis dans le service sur une période de 12 mois. Le score R.I.F.L.E a été le critère diagnostique de l'insuffisance rénale.

**Résultats :** Nous avons enregistré 21 400 consultations dont 105 polytraumatisés soit une fréquence de 0,49%. Parmi les 105 polytraumatisés 98 patients ont répondu à nos critères d'inclusion. L'âge moyen était de 32±17ans (extrêmes de 01 et 80 ans). L'Accident de la voie publique (AVP) représentait la première cause du polytraumatisme chez 79 (80,61%) patients. À l'admission la pression artérielle systolique (PAS) était > 110 mmHg chez 57 (58,16%) patients. le GCS était > 13 chez 45 (45,92%) patients. Le bilan lésionnel associait plusieurs dommages tissulaires dont 80 cas de traumatismes crâniens, 9 cas de traumatismes du rachis, 20 cas de traumatismes thoraciques, et 14 cas de traumatismes abdominaux. Selon les critères du RIFLE 12 (12,24%) patients avaient présenté une insuffisance rénale aiguë. La durée moyenne du séjour était 4±2 jours avec des extrêmes 1 et 17 jours dans le groupe sans IRA contre un séjour moyen de 8±6 jours avec des extrêmes 2 et 22 jours dans le groupe IRA. Le taux d'infection nosocomiale globale était de 13,27% ; dans le groupe IRA, 5 (41,67%) patients avaient présenté une infection nosocomiale contre 8 (9,30) patients dans le groupe sans IRA. Selon le score RIFLE la défaillance de la fonction rénale avait concerné surtout les polytraumatisés porteurs de lésion crânienne et thoraco-abdominale. La mortalité globale était de 23,47%, ce taux était de 58,33% dans le groupe IRA versus 18,60% dans le groupe sans IRA

**Conclusion :** la prévalence de l'IRA chez les polytraumatisés est élevée et reste associée à une importante morbi-mortalité.

**Mots-clés :** polytraumatisme; insuffisance rénale aiguë ; Urgence ; CHU Gabriel Touré

---

**COR 076. IMPACT DE LA CONSULTATION PRE-ANESTHESIQUE SUR L'ANXIETE PREOPERATOIRE AU SERVICE D'ANESTHESIE REANIMATION DE L'HOPITAL NATIONAL IGNACE DEEN DE CONAKRY**

DONAMOU J, TOURE A, BAH M L, LANGANFIN F

BP 1041 conakry      Tel : 00224620751228      Email : [donamoujoseph@yahoo.fr](mailto:donamoujoseph@yahoo.fr)

**RESUME**

**INTRODUCTION :** la consultation préanesthésique période permettant la mise en place d'une relation de confiance entre patient et anesthésiste. Elle doit permettre de réduire l'anxiété.

**OBJECTIF :** Montrer l'impact de la consultation pré-anesthésique sur l'anxiété préopératoire.

**PATIENTS ET METHODES :** Il s'agissait d'une étude de cohorte à visée descriptive et analytique réalisée sur une période de 06 mois allant de 01 février 2016 au 31 juillet 2016.

**RESULTATS :** Nous avons colligé 221 patients anxieux sur un effectif total de 323 patients inclus dans notre étude, soit 68,42%. L'âge moyen était de  $50 \pm 19,5$  ans avec des extrêmes de 18 et 96 ans. On notait une prédominance du sexe masculin (75,1%) avec un sexe ratio=3,01. Les patients de la classe ASA II étaient majoritaires avec 58,4 %. Avant la consultation pré-anesthésique, nous avons enregistré une anxiété globale de 86,4%, après celle-ci, nous avons remarqué que ce taux d'anxiété globale avait baissé à 36,2%, soit seulement 80 patients sur 191 chez qui l'anxiété globale persistait. L'anxiété chirurgicale, quant à elle, a été enregistrée chez 86,9% des patients avant la CPA après la CPA, ce taux d'anxiété liée à la chirurgie avait baissé à 37,1%, soit 82 patients chez qui l'anxiété chirurgicale persistait. Concernant l'anxiété liée à l'anesthésie, nous l'avons enregistrée chez 37 patients soit 16,7% avant la CPA, après la réalisation de celle-ci, il restait un seul patient soit 0,5% chez qui l'anxiété anesthésique persistait.

**CONCLUSION:** Au terme de notre étude, nous pouvons affirmer que la consultation pré-anesthésique a un impact sur l'anxiété préopératoire, caractérisé par la diminution du taux de patients anxieux après la CPA.

**MOTS CLES :** Anesthésie, Consultation pré-anesthésique, Anxiété préopératoire, Hôpital Ignace Deen.

## **COR 077. Intérêt du contrôle de la glycémie en réanimation : Etude comparative**

Samaké B.M, Diop Th M., Mangané M.I., Touré M.K., Alméimoune A., Chuekam D.C.,  
Dabo A., Diarra M.

Correspondant : Professeur Broulaye M. Samaké ; Email : [samakébroulaye@yahoo.fr](mailto:samakébroulaye@yahoo.fr)

### **RESUME**

**Introduction** : Les patients de réanimation développent en phase aiguë une hyperglycémie dite « de stress ». Pendant longtemps, cette hyperglycémie était largement tolérée et seules les glycémies supérieures à 1,80g/l étaient prises en compte, ceci dans le but de préserver les patients des effets délétères de l'hypoglycémie. La première étude de Van Den Berghe en 2001 a remis en cause cette attitude, avec pour la première fois, la mise en évidence de l'importance du contrôle strict de la glycémie en réanimation. A partir de cette première étude, on a alors réalisé que l'hyperglycémie pouvait être délétère, et que l'on pouvait sans doute améliorer le pronostic des patients en optimisant l'équilibre glycémique. Toutes les recommandations soulignent l'importance pour un service de réanimation de posséder un protocole écrit d'insulinothérapie. Une méta analyse a démontré que pour le patient en réanimation ou en soins continus, le contrôle strict de la glycémie en post opératoire est associé à une diminution du risque de sepsis.

**Objectif** : Etudier l'intérêt du contrôle de la glycémie en réanimation

**Patients et méthode** : Il s'agissait d'une étude prospective randomisée à simple insu de janvier 2017 à juin 2017 aux services d'anesthésie et de réanimation du CHU Gabriel Touré. La population d'étude était constituée de l'ensemble des patients admis en réanimation polyvalente. Etaient inclus les patients admis pour pathologies médico-chirurgicales de plus de trois heures d'hospitalisation. Les patients étaient repartis en deux groupes : groupe 1 : suivi et groupe 2 : témoins. Les patients étaient considérés grave lorsque l'état nécessitait une administration des amines vasoactives. Actrapid était administré par voie intraveineuse à la seringue électrique lorsque la glycémie était supérieure à 1,8 g/L sur 2 glycémies capillaires consécutives aux patients du groupe 1. Les données étaient recueillies à l'aide d'un questionnaire administré à tous les patients.

**Résultats** : Pendant la période 220 patients ont été randomisés en deux groupes. Les deux groupes étaient comparables concernant les données sociodémographiques avec un sexe ratio en faveur des femmes. Les patients étaient transférés des autres services de l'hôpital dans 99%. Les patients du service de gynéco-obstétrique prédominaient avec respectivement 56,8 % et 46,5 % dans le groupe suivi et le groupe témoin. Les admissions postopératoires étaient majoritaires avec respectivement 61,9% et 60 % du groupe suivi et du groupe témoin. L'éclampsie était le motif le plus fréquent des admissions avec 23,3 % des cas. Les patients étaient considérés graves dans 33,7 % contre 66,3 % non grave dans le groupe suivi. Ils étaient considérés graves dans 29,4% contre 70,6 % non graves dans le groupe témoin. Dans le groupe des patients suivis graves le taux de complication était de 37 % % contre 36,2% dans le groupe témoin et pour ces patients suivis graves le taux de mortalité était de 72,2 % % contre 51,1 % des témoins avec  $p > 0,05$ . Les patients non graves suivis ont présenté des complications dans 12,3% contre 15 % des témoins et pour les patients non graves suivis le taux de mortalité était 14,2 % contre 18,6 % des témoins avec  $p < 0,05$ .

**Conclusion** : Le contrôle de la glycémie des patients de réanimation a des avantages non négligeables particulièrement des patients ne nécessitant pas l'administration des amines vasoactives. Lorsque le patient est considéré grave nous n'avons pas trouvé une différence significative entre le groupe suivi et le groupe témoin d'où l'intérêt d'une étude de cohorte pour mieux étudier tous les intérêts du contrôle glycémique en réanimation.

**Mots clés** : Glycémie, Contrôle, Réanimation, CHU Gabriel Touré

## **COR 078. ASPECT EPIDEMIOCLINIQUE DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS DANS LE SERVICE REANIMATION DU CHU GABRIEL**

DIOP Th. M, DABO A., MANGANE M.I, DAO.E, M.COULIBALY, TOURE MK, KOITA.S, COULIBALY.Y, MECONGO.M, DIANGO D. M.

### **RESUME**

**INTRODUCTION :** Une infection est dite associée aux soins (IAS) si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge d'un patient et si elle n'était pas présente au début de la PEC (après un délai d'au moins 48 heures après soin). Les services de réanimation en représentent la plus grande fréquence (30%). Le but de notre travail était d'étudier et d'analyser les facteurs de risques des infections associées aux soins dans le service de réanimation du CHU Gabriel TOURE.

**MATERIEL ET METHODE :** Nous avons mené une étude prospective longitudinale. Le nombre de patients était calculé sur la base de la prévalence des infections associées aux soins soit 10% des admissions de la réanimation, pendant une période allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 Décembre 2016. On a étudié : les caractéristiques cliniques et biologiques pouvant suspecter une infection à partir de la 48<sup>ème</sup> heure. Chaque patient a été soumis à un examen clinique minutieux. Une Numération formule Sanguine, un dosage de la C-Réactive Protéine ont été réalisés systématiquement dès la suspicion de l'infection, et d'autres prélèvements en fonction du contexte. A été considéré comme: Cas confirmé: toutes présences d'un ou plusieurs signes cliniques et/ biologique d'infection et un prélèvement bactériologique positif. Cas suspect : toutes anamnèse positive associée à des signes cliniques et ou biologiques. L'évolution a été suivie par la répétition des examens. Les critères de guérison ont été la disparition des signes cliniques et biologiques. Les données ont été collectées par le biais des fiches d'enquêtes, l'analyse des données a été faite respectivement sur le logiciel SPSS (version 19.) et le logiciel Microsoft Word Starter.

**RESULTATS :** Au cours de notre étude, nous avons colligé 35 cas IAS soit 17,5% sur les 200 cas. Le délai moyen d'apparition de la fièvre était de 6,27 jours. La toux était le signe clinique le plus fréquent 34,3%. Les prélèvements bronchiques et des parties molles étaient les examens spécifiques les plus réalisés avec 34,3% chacun. Les infections respiratoires étaient les plus fréquentes soit 39,47% suivie des infections urinaires 28,95%. *Klebsiella pneumoniae* avec 27,53 était le germe le plus retrouvé suivie *Acinetobacter baumannii* 23,19%, avec 16% de résistance aux antibiotiques habituels. 40% de nos patients sont décédés, pour une durée moyenne de 5 à 10 jours d'hospitalisation.

**CONCLUSION :** Au terme de cette étude, il ressort que les IAS demeurent un sérieux problème de santé publique surtout pour nos pays émergents de par leur fréquence et par la résistance des germes.

**Mots clés:** épidémioclinique, infections, soins, signes, germes, réanimation.

## **COR 079. Intoxications aiguës au Centre de Santé de Référence de Kati, région de Koulikoro, Mali**

Coulibaly S K, Simaga I, Diallo T, Danfaga B, Ba K, Keïta B M, Soulaymani A, Maïga Ababacar I

**Auteur :** Coulibaly Sanou Khô, Email : [sanoucoul@yahoo.fr](mailto:sanoucoul@yahoo.fr) GSM : (00223) 66 6 66 44

### **RESUME**

**Introduction :** Les intoxications représentent une des préoccupations importantes pour la médecine pré-hospitalière, les services d'accueil des urgences-réanimations, ainsi que les Centres Anti Poisons (CAP) à travers le continent. Selon les données de l'OMS, on estime qu'en 2004, 346 000 personnes dans le monde sont décédées à la suite d'une intoxication accidentelle. **L'objectif** de cette étude est de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et les facteurs de risques des intoxications aiguës dans le district sanitaire du cercle de Kati.

**Methodologie :** Il s'agit d'une étude rétro-prospective descriptive, du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 Avril 2016 (période rétrospective) et du 1<sup>er</sup> Mai 2015 au 31 Décembre 2016 (période prospective). Elle a porté sur tous les patients ayant consultés ou référés pour intoxications aiguës dans le service de consultation externe du CSRéf de Kati. Les données ont été saisies sur le tableur Excel et analysées sur SPSS.

**Résultats :** Durant la période, 567 patients ont été admis au service de consultation externe pour intoxication. L'âge moyen des patients était  $28 \pm 16$  ans et le sexe masculin 53% des cas. Les victimes étaient des paysans (43% des cas) et les femmes aux foyers (21% des cas). La plupart, étaient des cas de morsures de serpent (55%) et d'intoxication alimentaires (21%) dans des circonstances accidentelles (98%). Le délai moyen de prise en charge était de  $15 \pm 3$  heures. La symptomatologie était dominée par des troubles digestifs (33% des cas) et hémato-cutanées (6% des cas). Tous les patients ont bénéficié d'un traitement symptomatique. L'évacuation gastrique a été pratiquée dans 25% des cas. Les antidotes fréquemment utilisés sont le sérum antivenimeux polyvalent (45% des cas) pour les envénimations ophidiennes et l'atropine (3% des cas) pour les pesticides. L'évolution était favorable dans tous les cas.

**Conclusion :** La maîtrise des mesures d'urgence toxicologique pré-hospitalière permet de réduire la mortalité des intoxications, mais aussi de désengorger les structures hospitalières.

**Mots clés :** intoxications aiguës, urgences toxicologiques, traitement, CSRéf Kati, Mali

## **COR 080. Cancers digestifs au CHU Gabriel Touré : Bilan de 10 ans d'activité**

Dembélé BT, Traoré A, Togo A, Konaté M, Bah A, Sidibé Y, Traoré AA, Koné T, Maiga A, Kanté L, Diakité I, Karembé B, Koné A, Tounkara I, Diop Th M, Mangane MI, Diango MD, Diallo G.

### **RESUME**

**Introduction** : Les cancers digestifs sont de plus en plus fréquents, avec un diagnostic tardif

**Objectifs** : il s'agissait de déterminer leur fréquence, déterminer le taux de résecabilité et analyser leur pronostic

**Méthodologie** : Nous avons réalisé une étude rétrospective sur 10 ans de janvier 2006 à décembre 2016 incluant tous cancers siégeant sur l'appareil digestif avec confirmation histologique

**Résultats** : En 10 ans nous avons recensé 637 cas de cancers digestifs, soit un cut-off de 63,7 cas par an.

Parmi les cancers digestifs il y avait 342 cas de cancers gastriques soit 53 %, suivi des cancers colorectaux 82 cas (13%), cancers du foie et des voies biliaires (11%), de l'œsophage (11%), les cancers du pancréas (7%), et enfin les autres (GIST, TNE, lymphomes, sarcomes) 5%.

Pour les cancers gastriques l'âge moyen était de 52 ans, le siège était antrale dans 87% des cas, les formes histologiques ont été essentiellement l'adénocarcinome. La gastrectomie 4/5 avec curage ganglionnaire a été réalisée chez 84 de nos patients avec une survie à 5 ans de 20 %.

Le cancer colo rectal a été le deuxième cancer digestif, nous avons recensé 42 cancer colique tandis que le cancer du rectum a été diagnostiqué chez 40 patients parmi lesquels une amputation abdomino-périnéale a été réalisée chez 13 patients, le cancer colique a été révélé en occlusion 40% des cas.

Le cancer du pancréas pose encore de nombreux défis aux praticiens du fait du diagnostic tardif car sur 71 cas enregistrés, seul 11 DPC ont été réalisées. Le pronostic de ce cancer reste globalement sombre La survie moyenne a été de 18 mois après chirurgie palliative et de 2,5 ans près chirurgie curative

**Conclusion** : L'organisation de dépistage des groupes ciblés et l'amélioration du plateau technique pourrait améliorer la prise en charge des cancers digestifs.

**Mots clés** : cancers digestifs, chirurgie, Mali

## **COR 081. Variations anatomiques du plexus brachial au laboratoire d'Anatomie de Bamako**

Kanté A, Ba B, Touré T, Daou M, Ongoïba N, Diallo G .

**Auteur** : Kanté Abdoulaye, Email : [kanteim@yahoo.fr](mailto:kanteim@yahoo.fr)

### **RESUME**

**Introduction** : Le plexus brachial est le siège de nombreuses variations anatomiques (Ongoïba, Kaufmann, Cunnigham, Kerr, Lee). Les techniques péri vasculaires de blocage du plexus brachial utilisent souvent des volumes importants de produit anesthésique. L'échec de certains traitements chirurgicaux des lésions du plexus brachial semblent avoir un lien avec ses variations anatomiques.

**objectif** : étudier les variations du plexus brachial et de décrire ses rapports anatomiques de la région cervicale au tiers moyen du bras.

**Méthodologie** : Nous avons disséqué treize plexus brachiaux (4 femmes et 9 hommes frais). Les variations anatomiques et les rapports ont été étudiés.

**Résultats** : Nous avons trouvé des variations anatomiques au niveau : - des troncs dans 1 cas (7,7%); - des branches terminales dans 4 cas (30,7%); - des faisceaux : 1 cas (4,3%); - des branches collatérales : 1 cas (7,7%). - dans 9 cas (69,2%), nous n'avons noté aucune anomalie. Certains travaux ont montré la fréquence de la participation de la 4e racine cervicale (C4) au plexus brachial. KERR a trouvé 65,9% et ONGOIBA 30,4%. Nous n'avons trouvé que 46,1% de participation de C4 au plexus brachial. Dans notre série, parmi les 4 cas de variation des branches terminales, deux (23,07%) étaient des naissances basses du nerf musculo-cutané.

**Conclusion** : Les variations du plexus brachial pourraient entraîner des échecs dans l'anesthésie loco-régionale de ce dernier. Le traitement chirurgical des lésions du plexus brachial nécessite la connaissance parfaite de ses variations anatomiques.

**Mots clés** : plexus brachial, variations anatomiques, anesthésie loco-régionale

## **COR 082. L'OBSERVANCE DU LAVAGE CHIRURGICAL DES MAINS AU BLOC OPERATOIRE**

Kanté A, Traoré D, Daou M, Tounkara I, Diarra A, Kanté L, Kéita M, Ba B, Kanté L, Ongoïba N, Diallo G.  
Email : [kanteim@yahoo.fr](mailto:kanteim@yahoo.fr)

### **RESUME**

**Introduction:** Le lavage chirurgical des mains reste une mesure très importante dans la prévention des infections en milieu chirurgical, pour la sécurité des patients et la qualité des soins.

**Objectifs :** Les objectifs de cette étude étaient: Etudier l'observance du lavage chirurgical des mains au bloc opératoire, décrire la disponibilité et la fonctionnalité du matériel de lavage chirurgical des mains au bloc opératoire, déterminer l'observance du lavage chirurgical des mains par le personnel du bloc opératoire, déterminer les difficultés rencontrées dans l'exécution correcte du lavage chirurgical des mains au bloc opératoire.

**Methode :** Il s'agissait d'une étude descriptive transversale prospective portant sur une période d'un mois du 15 septembre au 15 octobre, menée dans le bloc opératoire du CHU Gabriel Touré. Etait inclus : Le personnel du bloc opératoire dont l'intervention nécessite un lavage chirurgical des mains (traumatologue, chirurgien généraliste, gynécologue, anesthésiste, CES, interne des hôpitaux, IBODE, IARDE) et ayant accepté de se soumettre à notre étude. Les outils de collecte des données : Nous avons élaboré deux types de questionnaires ; le premier était administré au personnel du bloc opératoire et le deuxième était rempli par nous-même suite à des observations au poste de lavage des mains. L'échantillonnage était probabiliste.

**Résultats :** Le travail a porté sur 21 interventions dont 16 hommes et 5 femmes ; et l'observance de 60 cas de lavage chirurgical des mains. L'âge moyen des personnes enquêtées était de 39 ans. L'écart type était de 10,21.

Parmi les 21intervants, 28,60% étaient internes des hôpitaux, 42,9% avaient une expérience professionnelle de 11 ans et plus, et 71,4% affirmaient avoir reçu une formation sur le lavage chirurgical des mains. L'analyse nous montrait que : Les internes des hôpitaux faisaient le plus de faute avec 66,7% sur l'ensemble des observances de lavage chirurgical des mains qu'ils ont effectué.

Les 1<sup>ers</sup> opérateurs avaient commis le plus de fautes sur l'ensemble des observances de lavage chirurgical des mains qu'ils avaient effectué avec 68,4%.

La majorité des fautes était commise quand le lavage chirurgical des concernait la chirurgie 1<sup>ere</sup> intervention.

Les fautes constatées étaient majeures dans 26,7% des cas et mineures dans 36,7% des cas.

**Conclusion :** L'organisation des soins, la disponibilité et la fonctionnalité des produits, des matériels et équipements seraient nécessaires pour une bonne pratique du lavage chirurgical des mains.

**Mots clés :** Lavage, mains, chirurgie, bloc opératoire.

## **COR 083. Etude épidémiologique et thérapeutique du HELLP Syndrome**

**KANTE I, SIMA M, TRAORE MS, COULIBALY A, ONGOÏBA I, DICKO H, MAIGA Y, THERA T, TRAORE Y, TEGUETE I, KEITA M, COULIBALY Y, MAIGA B.**

**Auteur :** KANTE IBRAHIM : [kante\\_ibra@yahoo.fr](mailto:kante_ibra@yahoo.fr) ou [ibrahimkante197462@gmail.com](mailto:ibrahimkante197462@gmail.com) Contact : 00223 76316993 / 6698261

### **RESUME**

**Introduction :** HTA associée à la grossesse est un problème de santé publique.

**Objectif :** Etudier les aspects épidémiologique et thérapeutique du HELLP Syndrome dans le service de Gynéco-Obstétrique du CHU du Point \*G\*

### **Matériels et méthodes :**

Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective et prospective sur une période de 5 ans, du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 décembre 2014 dans les services de gynéco-obstétrique et réanimation du CHU Point G.

**Résultats :** Au terme de notre période d'étude, nous avons enregistré 48 patientes répondant aux critères d'inclusion ; la triade : hémolyse, thrombopénie et une cytolysé hépatique sur 12116 accouchées soit 0,40%. L'éclampsie et la pré-éclampsie ont été les motifs d'hospitalisation les plus fréquents soit respectivement : 48,8% et 22,9%. Les primigestes étaient les plus atteintes soit 64,8%.

La majorité des cas a été détectée en post partum soit 68,8%. Les signes fonctionnels étaient présents chez 98% des patientes. L'hémogramme retrouve une anémie chez 93,8% et une thrombopénie chez 93,7%, une cytolysé hépatique a été notée chez 64,6%. L'inhibiteur calcique et le sulfate de magnésium ont été les molécules de référence. 62,5% des patientes ont subi une césarienne avec un âge gestationnel moyen à 34SA.

Les complications maternelles étaient retrouvées chez 31,25% dont 4 décès, 9 IRA, 1 HRP, 1 OAP et fœtale chez 45,83% dont 25% de prématurité et 20,08% de MFIU.

L'évolution avec guérison complète a été observée chez 44 patientes soit 91,7% dans un délai d'hospitalisation moyen de 4,8 jours.

**Mots clés :** HELLP syndrome, Hémolyse, Thrombopénie, Cytolyse.

## **COR 084. Patients graves au service d'accueil des urgences (SAU) du CHU-Gabriel Touré: délai d'admission et devenir en réanimation**

Diop Th. M, Beye S. A, Mangané M, Almeimoune A. ,Dembele.A.S, Solefack.l. , Diango DM.

### **RESUME**

**Introduction :** Le patient de réanimation est caractérisé par sa gravité liée à l'existence d'une ou plusieurs lésions ou défaillances mettant en jeu le pronostic vital à court terme. L'utilisation des scores de gravités constitue une alternative intéressante.

**Objectifs :** déterminer les facteurs de risque de décès des patients admis en réanimation après passage au service d'accueil des urgences (SAU).

**Matériel et méthodes :** Nous avons mené une étude prospective, sur une période de 10 mois allant de janvier 2015 à octobre 2015 au sur les patients graves au SAU du CHU-GT: Délai d'admission et le devenir en réanimation. nous avons inclus les patients admis au SAU classés CCMU 3,4,5 et ceux admis sans défaillance vitale initiale et qui présentaient une dégradation neurologique dans les six heures suivant leur admission. Une analyse univariée des critères de gravité cliniques et paracliniques permettait d'identifier les facteurs significatifs aux devenir des patients en réanimation.

**Résultats :** Durant notre étude sur 16997 patients, 658 patients. 184 (27,96%) patients étaient admis en réanimation. L'âge médian était de 32 ans (3-83) et le sexe ratio était de 2,36 pour les patients admis au SAU ; contre 2,61 pour ceux admis en réa. Les véhicules particuliers étaient le moyen de transport le plus utilisé pour amener les patients avec 45,7% des cas. Le délai d'admission des patients avait une médiane 4 heures avec des extrêmes allant de 1 à 116 heures, le traumatisme était le premier motif de consultation avec 47% étaient. Les complications sont survenues chez 32,1% des patients admis en réanimation. Le score d'IGS II avait une valeur pronostique avec une moyenne de  $52,43 \pm 16,7$  et dont une mortalité prédite de  $51,9 \pm 27,7$ . Dans notre série, pour les patients hospitalisés en réanimation la mortalité observée était de 33,7% avec 57,06 % transféré et 9,24% sortie avec rendez-vous.

**Conclusion :** L'étude a permis de démontrer qu'une bonne évaluation et permet une meilleure orientation des patients et améliore leur prise en charge

**Mots clés:** Patients graves, urgences, réanimation.

## **COR 085. Hémorragie intra ventriculaire après rachianesthésie : A propos de 1 cas au CHU « Le Luxembourg » de Bamako**

M COULIBALY, M K TOURE, J KONE, S A KOITA, O NIENTAO, A DABO , S TRAORE , S A BEYE

**Auteur :** Mahamadoun COULIBALY, mahacoulibaly@yahoo.fr / 64575950

### **RESUME**

**Introduction :** Les hémorragies intra crâniennes au décours d'une ponction lombaire ont été décrites dans plusieurs documents à travers la littérature, la quasi-totalité de ces cas concerne des hématomes sous durax qui peuvent avoir des symptomatologies ou des délais d'apparitions différentes, les céphalées sont pratiquement constantes dans toutes les complications neurologiques après ponction lombaire (rachianesthésie). La céphalée secondaire à une brèche méningée est classiquement bilatérale sévère, constrictive, occipitale, occipito-frontale ou diffuse. L'objectif de ce travail est de rapporter un cas rare d'hémorragie intraventriculaire après rachi anesthésie afin d'avertir le praticien sur les signes avant-coureurs des complications post rachi anesthésie que sont les changements de caractère des céphalées.

**Observation médicale :** Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 34 ans sans antécédent notable adressée pour cure chirurgicale d'un utérus polymyomateux sous rachianesthésie. Les suites post opératoires immédiates étaient sans particularités d'où sa sortie de l'hôpital J6 du post opératoire, elle fût réadmise dans un tableau d'état de mal épileptique pour lequel un scanner cérébrale d'urgence fût réalisé et trouvait une hémorragie intra ventriculaire avec hémorragie méningée. La prise en charge était médicale et l'évolution était favorable en quatre (4) jours.

**Discussion :** Certaines complications des ponctions lombaires et en particulier de la rachianesthésie, sont bien documentées. C'est le cas des céphalées, des lombalgies, des lésions radiculaires, des abcès péri-duraux et des méningites. Aucun cas d'hémorragie intra ventriculaire ou méningée n'a été retrouvé à travers la littérature et l'hématome sous-dural intracrânien (HSD) qui est similaire à notre cas, demeure une complication exceptionnelle, de l'ordre de 1/500 000 à 1 million. Une revue de la littérature récente a recensé 25 cas d'HSD consécutifs à une rachianesthésie. Un diagnostic précoce et une intervention rapide ne doivent souffrir d'aucun retard afin de minimiser le risque de complications

**Mots clés :** Complication neurologique, Hémorragie intra ventriculaire, Rachianesthésie.

## **COR 086. Les accidents vasculaires cérébraux : aspects épidémiologique, thérapeutique, pronostique au CHU mère enfant « Luxembourg »**

A O Traore, M COULIBALY, M K TOURE, S A Koita, A Dabo, R NIANGADOU, D TOURE

### **RESUME**

**Introduction :** L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'accident vasculaire cérébrale (AVC) comme la survenue brutale de signes cliniques localisés ou globaux de dysfonction cérébrale avec des symptômes durant plus de 24 heures, pouvant conduire à la mort sans autre cause apparente qu'une origine vasculaire. Ils constituent un problème de santé publique, vu la prévalence croissante au sein de la population ; cette forte prévalence est due entre autres aux facteurs de risque cardio-vasculaires et à l'augmentation de l'espérance de vie. La prise en charge d'un AVC est pluridisciplinaire et le facteur temps est l'un des facteurs déterminant le pronostic à court moyen et long termes d'où la forte nécessité d'une organisation du système de santé afin d'assurer une prise en charge adéquate de ces patients.

**Objectif :** Etudier les aspects, épidémiologique, thérapeutique et pronostique des AVC au CHU mère enfant « Luxembourg ».

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective descriptive non exhaustive, qui s'est déroulé sur 6 mois (1er janvier 2017- 31 juin 2017) portant sur tous les patients hospitalisés à l'hôpital mère enfant « Luxembourg » et ayant fait un scanner confirmant l'AVC. Les paramètres étudiés étaient l'âge, le sexe, les antécédents et facteurs de risque, le résultat du scanner, le traitement reçu et l'évolution. Les données ont été enregistrées à partir d'une fiche d'enquête pré-établie et ont été analysées par le logiciel IBM SPSS statistics 22.

**Résultat :** Nous avons colligé 108 cas d'AVC avec une prévalence hospitalière à 22,5%. Le sex-ratio était de 1. L'HTA était le principal facteur de risque cardiovasculaire (80,6%), l'âge était le second facteur de risque retrouvé soit 34,3%, suivie de l'obésité avec 29,6%. L'altération de la conscience (55,6%) était le principal motif d'hospitalisation. L'hémiplégie était retrouvée chez 92 de nos patients soit 85,2%. La TDM a été réalisé dans un délai dépassant 6h dans 102 cas (94,4%). Un AVCI et un AVCH ont été objectivé respectivement dans 78,7 % et 13% des cas. La thérapeutique utilisée a été principalement symptomatique, les anti-hypertenseurs (83,3%), les héparines (72,2%) et les statines (56,5%). Le pronostic était favorable dans 62% des cas.

**Conclusion :** Le pronostic des AVC est multifactoriel : les facteurs de risque cardio-vasculaires préexistant, le siège de survenue ainsi que l'étendu, le délai et la qualité de la prise en charge. Ainsi nous pensons qu'il devient de plus en plus impératif : de maîtriser les facteurs de risque de nos patients, de réorganiser le système de santé (pré et intra hospitalier) afin d'améliorer le pronostic de ces affections.

## **COR 087. Bilan annuel d'activité du service de Médecine interne au CHU du Point G.**

Traoré AK, Soukho A Kaya, Dembélé M, Traoré D, Sy D, Camara BD, Dao K, Fofana Y, Keïta K, Barry BOS, Togo M, Keïta A, Traoré HA

**Auteur:** Email : [keitakaly@gmail.com](mailto:keitakaly@gmail.com)

### **RESUME**

**Introduction :** La majorité des patients au cours de l'évolution de leur pathologie sont instables nécessitant des soins intensifs ou un monitoring qui ne peuvent être fournis hors du service. L'objectif de ce travail est de déterminer le taux de mortalité et la fréquence des pathologies dans le service de médecine interne.

**Méthodologie :** Il s'agissait d'une étude rétrospective, et descriptive d'une durée de 12 mois (01 janvier 2016 au 31 décembre 2016), réalisée dans le service de Médecine Interne au CHU du Point G. Nous avons inclus dans cette étude tous les dossiers des patients hospitalisés dans le service durant la période d'étude. Les données ont été recueillies sur le registre d'hospitalisation comportant les données sociodémographiques, les caractéristiques épidémiologiques et cliniques. La saisie et analyse des données ont été faite à l'aide du logiciel SPSS version 22.

**Résultats :** Durant la période d'étude (01 janvier 2016 au 31 décembre 2017) 383 patients ont été hospitalisés au service. La tranche d'âge de 25 – 40 ans représentait 30,8%. L'âge moyen des patients était de 49,310 ans avec un extrême de [10 – 95 ans]. On notait une prédominance féminine avec 52,5%, soit un sex-ratio de 0,90. Les femmes au foyer représentaient 38,4%. Les autres motifs d'hospitalisation étaient retrouvés dans 43,6% suivi de la fièvre avec 21,1%. Les pathologies infectieuses représentaient 21,9% parmi lesquelles les infections opportunistes/VIH représentaient 45,23%. Les pathologies métaboliques représentaient 18,3% parmi lesquelles le diabète type 2 décompensé était retrouvé dans 52,85%. La mortalité du service était de 33,2%. Le taux de transfert en réanimation représentait 0,24%.

**Conclusion :** Les pathologies infectieuses et métaboliques sont des situations cliniques fréquemment rencontrées en médecine interne. Le taux de mortalité reste élevé. Le taux de transfert en réanimation est faible.

**Mots clés :** Bilan annuel, médecine interne, réanimation, mortalité.

---

## **COR 088. DOULEUR CHRONIQUE DANS LE SERVICE DE NEUROLOGIE DU CHU GABRIEL TOURE DE BAMAKO(MALI) SUR 5 ANS (2010- 2015)**

Y Maïga, D Coulibaly, S H Diallo, Z Traoré, I Traoré, O MAIGA

### **RESUME**

**INTRODUCTION :** La douleur est un motif fréquent de consultation aussi bien en médecine générale qu'en médecine spécialisée. La douleur chronique est particulière par son impact sur la qualité de vie et sa charge économique. En Afrique subsaharienne et particulièrement au Mali, peu d'études ont porté sur la douleur chronique. Notre étude a porté sur une expérience de 5ans

**OBJECTIF :** Déterminer les aspects sociodémographiques et cliniques des patients consultants pour douleur chronique.

**METHODOLOGIE :** IL s'agissait d'une étude rétrospective qui s'est déroulée dans le service de neurologie du CHU GABRIEL TOURE sur 5 ans (2010-2015).

**RESULTATS :** Durant la période de l'étude 3360 patients ont été vus en consultation externe dont 2010 patients pour douleur chronique. Nous avons noté une prédominance féminine avec un sexe ratio de 0,62 en faveur des femmes. La tranche d'âge 41-60ans était la plus touchée soit 42%. Les femmes au foyer étaient majoritaires en consultation de douleur dans notre service (31,5%). Au cours de notre étude la lombalgie était la pathologie la plus représentée (37%). Les céphalées représentaient la deuxième cause de consultation pour douleur dans notre étude soit 26%. Les douleurs neuropathiques post AVC étaient notées chez 11% de nos patients.

**DISCUSSION :** Notre travail a permis à l'instar des données de la littérature de confirmer l'importance de la douleur chronique en consultation. En effet la prévalence de la douleur chronique varie selon les études de 10 à 55% en population générale. Notre prévalence est discrètement supérieure à ces données, cette situation est probablement liée à notre population qui est de type hospitalier.

**CONCLUSION :** A la lumière de nos travaux, il apparaît opportun d'envisager la création d'un centre de la douleur qui pourrait assurer la recherche et la prise en charge de la douleur adaptée à notre contexte socioculturel.

**Mots clés :** Douleur chronique, neurologie, CHU - GT

## **COR 089. LA NECESSITE DES SOINS PALLIATIFS DANS LES SERVICES A CIRCUIT FERMÉS POUR UNE MEILLEURE CONTINUITE DES SOINS**

Dr MUTEBA Chris, Dr TSHIMANGA Yann

Auteur : +243999494270, [Christeltshiteya@gmail.com](mailto:Christeltshiteya@gmail.com) DRC - Kinshasa

### **RESUME**

**Introduction** : Notons qu'un progrès durant ces dernière décennie est noter en pratique médicale et non négligeable surtout en réanimation; D'où il est de ces patients pour lesquelles la longueur d'hospitalisation durant la prise en charge en service des soins continus devient dépassé d'où nécessité de transfert en soins palliatifs.

Notre objectif est de ressortir la nécessité de coupler un service de soins palliatifs dans les services à circuit fermés pour la continuité des soins au lieu de continuer à passer le temps en réanimation il est nécessaire de prévoir un cadre de soins continu en palliatifs pour les patients nécessitant ces soins.

**Méthodologie** : est celle de militer à avoir un cadre approprié de prise en charge des patients mourants ou en fin de vie mais non loin ou coupler aux services a circuits fermés afin de suivre de près les malades nécessitant un suivi rapprochés des malades.

**Résultats** : Nous reportons 3 cas enregistrés en décembre 2016 dans le service de réanimation des cliniques Ngaliema de Kinshasa ayant nécessité un transfert en soins palliatifs mais l'absence du service nous a pousser à militer pour mettre sur pied un service équipé et à part dans le dit hôpital étant donné que nous portions déjà des connaissances et formations en la matière .Après discussions avec la médecine interne et les autorités de l'hôpital il y'a eu accoucher l'idée de la création du service des soins palliatifs cela commencera par 2 lits et au fur et à mesure c' est un service complet qui naitra avec l'appui de tous .

**Conclusion** : Il est important de bien équiper le service de soins palliatifs pour une prise en charge intégrale et complète des patients nécessitant ces dits soins

## **COR 090. Défi en anesthésie Pédiatrie dans l'Est de la République Démocratique du Congo : Cas d'un Hôpital de Référence Tertiaire à Goma.**

KAMBALE KATSUVA Poteau, Dr LUC MALEMO

**Auteur : [katsuvapoteau@gmail.Com](mailto:katsuvapoteau@gmail.com) +243997772271**

### **RESUME :**

**Introduction :** Sur la Population qui environne 75000000 d'habitant, la RDC compte un seul Professeur en anesthésie, une cinquantaine des Médecins spécialistes en anesthésie et 800 Techniciens Anesthésistes Réanimateurs (IADE).

La réussite d'une intervention chirurgical dépendant en grande partie d'une meilleur prise en charge anesthésique est une priorité en santé infantile, ceci nécessite l'implication des personnels compétents capable d'adapter les soins aux circonstances pour épargner du danger les vies des milliers des enfants dans le pays du tiers Monde ( l'Est de la RDC en particulier).

Notre expérience douloureuse dans ce domaine a conduit à une réflexion approfondie, depuis 2011 nous avons mené des investigations en vue d'identifier les causes de ces difficultés afin d'améliorer nos prestations. Une fois les investigations finies, nous avons mis en œuvre un schéma anesthésique approprié(Protocol).

**Méthodes :** L'hôpital Tertiaire HEAL Africa de Goma, RDC, nous a servi de terrain de recherche. Les données relatives à l'évaluation de l'efficacité du Protocol ont été recueillies dans des registres, et les fiches établie pour ce fait.

L'étude a été rétrospective allant du 01/01/2016 au 31/12/2016.

**Résultats :** l'investigation portait sur 2398 patients (population d'étude) parmi lesquels 544 patients aurait répondu à nos critères de sélection (0-17ans). Le protocole anesthésique mis en œuvre, nous a fort surpris positivement.

Notre échantillon représentait 22.68 % des cas aillant subir les interventions pendant la période sus mentionner. Le schéma d'anesthésié général avec intubation était de choix (88%) et la loco régionale avait pris 8% et les autres schémas 4%. les complications tel que Broncho spasmes, Bradycardie, retard de réveil et arrêt cardiaque ont été réduit de 35% à 2%. la mortalité post opératoire (< 48Heures) réduit de 18 à 0.55%.

**Conclusions :** le schéma anesthésique établiez nous a aider à contourner les affres lie à l'anesthésié des enfants, la mise en application des éléments tel que, Maintenir la salle d'opération chaude; Bonne pré oxygénation, Corticothérapie , Atropine et antalgique en prémédication; réduire le temps d'induction; couvrir la période per anesthésique avec une solution mixte; Dans la plus part des cas, les malformations congénitale ( fente labio palatine, hydrocéphalie, spinabifida, imperforation anale, occlusion intestinale, péritonite...), faisait le gros de notre travail.

---

## **COR 091. L'IGNORANCE DES GESTES DE PREMIERS SECOURS PAR LA POPULATION EN GENERALE UN FACTEUR IMPORTANT DE LA NON-ASSISTANCE DES PERSONNES EN DANGER (CAS DE LA VILLE DE KINSHASA RDC)**

Dr MUTEBA Chris, Dr AMANI Reagan

Auteur: +243999494270, [christeltshiteya@gmail.com](mailto:christeltshiteya@gmail.com)

### **RESUME**

**Introduction** : Selon les recommandations de l'OMS/OIT, il est impératif de promouvoir la mise en œuvre des pratiques d'urgence vitale et des premiers secours à porter aux salariés et à d'autres agents de travail ou encore en cas des sinistres.

Notre objectif est de conscientiser et réveiller les acteurs en anesthésie réanimation à initier tant soit peu des séances de formations premiers secours car le peuple meurt faute de connaissances ou par insuffisance de connaissances

**Méthodologie** : est celle de militer à l'organisation des formations premiers secours à tous les niveaux à savoir entreprises, banques, établissements commerciaux et usines afin de vite lever l'équivoque et ramener un grand nombre parmi le peuple à agir en cas de catastrophe

**Résultats** : Nous rapportons 20 cas reçus aux urgences des cliniques Ngaliema de Kinshasa de janvier à juin 2016, il s'agit des victimes ayant connu une catastrophe pour la plupart dont 12 sont décédés suite à la non-assistance sur le lieu du drame et sont arrivés tard à l'hôpital et 2 cas ont survécu suite aux premiers gestes sur le lieu de l'incident et 6 cas ont été acheminés en urgence dans les services spécialisés. Ainsi, il est difficile de porter secours sans avoir au préalable les connaissances requises afin de stabiliser ces personnes victimes d'un quelconque accident en milieu de travail ou à domicile

**Conclusion** : Ainsi nous plaçons sur l'organisation par les décideurs (bailleurs de fonds et ONG, gouvernement) des formations sur les gestes et premiers secours à porter aux victimes.

## **COR 092. Problématique de la Prise en charge des adénomes hypophysaires par voie endoscopique au Mali**

O Diallo, M Dama, O Coulibaly, A singuépiré, B Sogoba, D kanikomo, M S Diarra Seydou, D Cissoko, Y Traore, M H Ouattara, N Diani, B Badiane.

### **RESUME**

**Introduction** : les tumeurs hypophysaires représentent une préoccupation des praticiens en milieu tropical

**Objectif** : décrire la problématique de la chirurgie et l'évolution des adénomes hypophysaires par voie endoscopique.

**Méthode** : il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les macroadénomes hypophysaire traités par voie trans-septale endoscopique d'octobre 2014 à septembre 2016. Un bilan d'hormonal et ophtalmique ont été fait avant et après la chirurgical. Le scanner a été pratiqué chez tous les patients. La voie transeptale a été pratiquée chez l'ensemble des patients. La fraise et le kerrison ont été utilisés pour ouvrir loge hypophysaire. L'indication dépendait de l'état clinique, hormonal mais aussi des résultats du scanner.

**Résultats** : il s'agissait de 61 patients dont 35 femmes. L'âge des patients allait de 22 et 75 ans. Les prolactinomes ont représentés 24,6%. Les dimensions des tumeurs allaient de 15 à 35 mm. Le sinus caverneux était envahi chez 10 patients. Le diaphragme sellaire a été visualisé chez 59 patients. Les complications ont été l'hémorragie du sinus caverneux chez 3 patients, l'écoulement du LCR chez 10patients, les troubles ioniques chez 5 patients en rapport avec le diabète insipide. Quatre(4) patients (6,55%) sont décédés après la phase de réanimation par trouble ioniques.

**Conclusion** : la voie transeptal permet une exérèse parfaite des tumeurs le la loge hypophysaire en donnant plus de sécurité chirurgicale mais nécessite une bonne connaissance anatomique.

**Mots clés** : adénome, endoscopie, chirurgie.

## **COR 093. Anesthésie pour ventriculo-cisternostomie : 31 cas à l'hôpital du Mali (Bamako).**

SIDIBE A., DIANI N., DIALLO O., DRAME A.I., OUATTARA M. H., DOUMBIA D.,  
DIANGO D. M., COULIBALY Y

**Auteur :** Amadou SIDIBE Tél : 00223 66 88 96 59. Email : beidysi7@ yahoo.fr

### **RESUME**

**Introduction :** La ventriculo-cisternostomie est une technique mini invasive, moderne et simple dont l'objectif est de mettre en communication le troisième ventricule et les espaces sous arachnoïdiens par perforation du plancher ventriculaire. Elle est le traitement de choix des hydrocéphalies acquises ou d'origine congénitale de l'enfant et de l'adulte.

**Objectif :** Décrire la prise en charge anesthésique au cours de la ventriculo-cisternostomie.

**Patients et Méthode :** Etude prospective de 15 mois. La saisie et l'analyse des données ont été effectuées par Windows 8, Epi info 3.5.3 fr et khi<sup>2</sup> pour le test statistique.

**Résultats :** Les nourrissons et le sexe masculin prédominaient avec respectivement 58,1 % et 64,5%. Un antécédent infectieux a été retrouvé dans 45,16%. L'indication était une hydrocéphalie dans 96,8%. La classe ASA II représentait 61,3%. L'intubation était prévue difficile dans 90,3%. Tous ont été opérés sous anesthésie générale. La prémédication a été faite au bloc opératoire dans 80,6 %. Le fentanyl a été utilisé dans 93,5%, le propofol dans 96,8%, l'isoflurane dans 61,3 % suivi de l'halothane dans 38,7% et le vecuronium dans 67,7%. Tous les patients prévus intubation difficile, ont été intubés par un vidéo laryngoscope. Aucun évènement indésirable n'a été observé dans 58,1 %. La durée de la chirurgie était de 62,25 ± 20,89 minutes, celle de l'anesthésie était de 93,5 ± 25,4 minutes. En postopératoire, une complication a été observée dans 22,58%. L'évolution était favorable dans 93,5%.

**Conclusion :** La ventriculocisternostomie est une technique moderne et fiable. L'anesthésie générale est systématique. Elle s'adresse à une population pédiatrique et précaire. L'anesthésie est caractérisée par un patient quasi inaccessible au cours de l'intervention par l'anesthésiste, une intubation difficile et un estomac plein.

**Mots clés :** Anesthésie-Ventriculo-cisternostomie-Hôpital du Mali.

## **COR 094. Anesthésie pour chirurgie cardiaque sous circulation extracorporelle à propos de 6 cas à l'hôpital du Mali**

SIDIBE A, DRAME A. I ; TEMBINE K. ; DIANI N. ; KONATE M. ; OUOLOGUEM N. ;  
MAIGA A. A. ; TOGO S. ; OUATTARA M. A. ; YENA S.

**Auteur** : Ahmadou Ibrahim Dramé email : hmadoudre@yahoo.fr

### **RESUME**

**INTRODUCTION** : L'anesthésie pour chirurgie cardiaque exige une connaissance des pathologies cardiaques, de l'acte chirurgicale et de la circulation extra corporelle.

**OBJECTIF** : Décrire la prise en charge anesthésique pour chirurgie à cœur ouvert.

**MATERIEL ET METHODES** : Etude prospective préliminaire. L'analyse et la saisie des données ont été effectuées avec le logiciel Excel, Epi info6.Fr, et  $\chi^2$  pour les tests statistiques.

**RESULTATS**: L'âge moyen était de 22,5 ans. Le sexe ratio était 1. Une dyspnée d'effort a été retrouvée chez 100%. Le score NYHA était compris entre 2-3 dans 100%. A la radiographie, une cardiomégalie a été notée dans 50%, l'ECG notait une fibrillation auriculaire dans 33,3%, à l'ETT la FE moyenne était de 55,13%. L'hypertension artérielle pulmonaire moyenne était de 52,46 mmHg. La classe ASA II représentait 83,3%. Tous ont été opérés sous AG. Le monitoring était invasif dans 100%. A la prémédication, le midazolam a été utilisé dans 100%, l'induction a été faite par l'étomidate dans 66,6%, le rocuronium dans 100%, le fentanyl dans 100%, l'isoflurane dans 66,6% et le propofol en AIVOC dans 33,4%. Les événements per opératoires étaient cardiovasculaires à 100%. Une transfusion per opératoire a été faite dans 50%. La durée moyenne de la CEC était de 94,66mn, celle du clampage aortique était de 68,83mn, le temps de l'assistance était de 15,83mn. Une complication a été notée dans 50%. La durée moyenne de séjour en réanimation était de 3,5 jours.

**CONCLUSION** : L'anesthésie pour la chirurgie à cœur ouvert est praticable au Mali. C'est une anesthésie à risque lié aux complications anesthésiques, hémorragiques, thromboemboliques et infectieuses.

**Mots-clés** : Anesthésie- CEC- Hôpital du Mali.

---

**COR 095. PRISE EN CHARGE DES STENOSES DE  
L'URETRE CHEZ L'HOMME AU SERVICE  
D'UROLOGIE DU CHU GABRIEL TOURE : A propos  
de 43 cas**

COULIBALY MT, SISSOKO I, KONE O, DIARRA M, OUATTARA Z

**Auteur:** COULIBALY Mamadou Tidjani, Email : [mamadoutc@yahoo.fr](mailto:mamadoutc@yahoo.fr)

**RESUME**

**Introduction:** La sténose de l'urètre fait partie des plus anciennes pathologies urologiques connues, elle se caractérise par une diminution du calibre de l'urètre entraînant un obstacle à la miction

**Patients et méthodes :** Il s'agissait d'une étude prospective réalisée au service d'Urologie du CHU Gabriel Touré de Bamako, durant la période du 1<sup>er</sup> juin 2014 au 1<sup>er</sup> juin 2015, colligeant 43 patients, concernant tous les patients hospitalisés et opérés pour sténose urétrale, exclusivement de sexe masculin, porteurs de sténoses acquises.

**Résultats :** Au total 43 patients répondaient à nos critères d'inclusions, la moyenne d'âge était de 43.06ans avec des extrêmes allant de 06 à 65 ans, La dysurie (51.2%) et la rétention aigue d'urine (25.6%) étaient les motifs de consultations les plus fréquents. Les sténoses de l'urètre péniobulbaire (25.6%) et de l'urètre membraneux (23.3%) étaient les résultats les plus retrouvés à l'UCR. La prise en charge était faite par une uretroplastie dans 72.1% et par dilatation au Beniqué dans 25.6%. Nous avons retrouvés un résultat satisfaisant dans 80.5% en cas d'uretroplastie, dans 45.3% en cas de dilatation.

**Conclusion :** Les sténoses urétrales sont fréquentes au Mali, c'est une affection invalidante et répandue pour l'adulte qui affecte sa vie socio-professionnelle. Plusieurs possibilités de prise en charge, mais qui reste problématique au Mali, du fait de manque de moyen technique qui n'est pas disponible dans la plus part des centres.

**Mots clés :** sténoses urétrales, chu Gabriel Touré

## **COR 096. Analgésie post opératoire chez l'enfant : comparaison de deux protocoles**

DABO .A, MANGANÉ M.I, NGUEGANG MAFOUO.R.A, AMADOU.I, R; DIOP Th. M, M  
COULIBALY, TOURE MK, TRAORE B, KOITA S, GAMBY A, SAMAKE BM

### **RESUME**

**INTRODUCTION :** La douleur constitue le motif de consultation le plus fréquent en milieu hospitalier. La prise en charge de la douleur post opératoire est devenue un élément déterminant de la qualité des soins .Cependant, la douleur qu'éprouvent les nourrissons et les enfants en postopératoire est souvent mal interprétée, donc insuffisamment traitée. Le but de notre travail était d'évaluer la douleur postopératoire et l'efficacité des schémas thérapeutique dans les services d'anesthésie réanimation et de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel TOURE.

**MATERIEL ET METHODE :** Nous avons mené une étude prospective transversale portant sur un recrutement de tous les patients de Zéro (0) à quinze (15) ans admis au bloc à froid de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Gabriel Touré pendant une période allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 juillet 2017. Les renseignements portaient sur : le diagnostic opératoire, la technique opératoire, le type d'anesthésie. Une évaluation de la douleur au réveil de (H0), à H24 à partir de l'échelle OPS pour les enfants âgés de 5 ans et moins ; l'EVA pour les enfants de plus de 5 ans. Un OPS supérieur à 3/10 a nécessité un traitement antalgique, ainsi qu'un EVA supérieur à 3/10. Les protocoles antalgiques utilisés étaient : PA 1 : Paracétamol+ acide Niflumique et le PA 2 : Paracétamol + acide Niflumique+Xylocaïne 2%/. Les données ont été collectées par le biais des fiches de consultations préanesthésique, une fiche d'enquête, des dossiers médicaux. L'analyse des données a été faite respectivement sur le logiciel SPSS (version19.) et le logiciel Microsoft Word Starter.

**RESULTATS :** Au cours de notre étude, nous avons colligé 160 cas, l'âge moyen était  $2.84 \pm 3.34$ ans avec des extrêmes de 3an et 15ans. Le sexe masculin était le plus représenté avec un sexe ratio de 2.4 en faveur des hommes. La malformation ano-rectale a été le diagnostic opératoire le plus représenté suivi de la Hernie avec des proportions respectives de 21.9% et de19.4%. L'anesthésie générale + intubation orotrachéale était le type d'anesthésie le plus représenté avec 63.7%. A H0 post opératoire des patients avaient une douleur modérée a 94.8% Avec le score OPS ; puis en réponse aux traitements nous avons noté une diminution progressive de l'intensité de la douleur à H24 de la douleur modérée à la douleur faible respectivement de 75% Avec le score OPS et de 45.8%, selon le score EVA. Selon les deux (2) scores, le PA 2 a assuré une analgésie supérieure à celle du PA 1 et l'analgésie procurée par le PA 2 est plus efficace que celle du PA 1 ; avec une différence peu significative de 0.423% à H24.

**CONCLUSION :** l'étude a permis de démontrer que les enfants souffrent en postopératoire comme les adultes et la méconnaissance de ce phénomène est plus liée à une difficulté d'appréciation.

**Mots clés:** Evaluation, Douleur, Analgésie, Chirurgie pédiatrique, réanimation.

## **COR 097. PRATIQUE DE LA VENTILATION MECANIQUE DANS UN CENTRE HOSPITALIER EN MILIEU SEMI- URBAIN AU SENEGAL : L'EXEMPLE DE L'HOPITAL DE TOUBA.**

A. Diop, A. Dia, KA. Wade

**Auteur :** A. Diop , Tel : +221 775749451 Email : [lalune198@yahoo.fr](mailto:lalune198@yahoo.fr)

### **RESUME**

**Introduction :** Les services de réanimation sont rarement disponibles en Afrique subsaharienne et se heurtent souvent à des problèmes d'équipement et de personnel adaptés. L'objectif de notre travail est de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des patients ayant bénéficiés de la ventilation mécanique (VM) dans un service de réanimation en milieu défavorisé.

**Méthodologie :** L'étude est rétrospective de janvier à décembre 2010, ont été étudiés les paramètres démographiques, le motif d'admission, les indications de la VM, le nombre et le type de défaillances d'organe à l'admission, les délais et durées de la VM et les modalités de sevrage. Une analyse uni et bi variée sur SPSS 12.0 et le test du khi2 avaient permis d'établir le lien entre la variable létalité et certaines autres variables, une valeur de  $\alpha$  0,05 était retenue comme significative.

**Résultats :** Cent quarante et huit patients étaient admis à la réanimation durant la période d'étude, 82 d'entre eux avaient bénéficié de la VM soit une incidence de 55,4 %. Le sexe ratio (h/F) était égal à 0,44 avec un âge moyen de 27 ans  $\pm$  13,6. Les motifs d'admission étaient dominés par la pathologie obstétricale (47,55%). Au moins une défaillance d'organe était présente à l'admission chez 89% des patients. La durée moyenne de la VM était de 5,75 jours  $\pm$  8,65. Chez 17,1% des patients, une trachéotomie a été nécessaire pour le sevrage ventilatoire avec un délai moyen de 8,9 jours. Les pneumopathies acquises sous VM étaient les complications les plus fréquentes (10,9% des patients ventilés). La durée moyenne de séjour des patients ventilés était de 9,3 jours  $\pm$  11,2. La létalité des patients ventilés était de 46,3%, significativement plus élevée que celle des patients non ventilés qui était 6,06% (RR égal 7,7 et IC 95% [2,89 -20,47]). On retrouvait un lien significatif entre la létalité et l'âge des patients ventilés ( $\alpha$  = 0,011) et entre la létalité et le nombre de défaillances à l'admission ( $\alpha$  = 0,013).

**Mots clés :** milieu semi-urbain - ventilation mécanique - Sénégal

## **COR 098. AVCI et maladie de Marfan observé à la clinique neurologique du Chu de Fann, Dakar-Sénégal et revue de la littérature**

Sissoko AS, Touré K, Coulibaly D, Diallo S, Coulibaly Th, Sacko M, Cissé A, Sow AD, Seck LB, Ndiaye M, Guinto CO, Maiga Y, Diop AG, Guèye L, Ndiaye MM.

**Auteur:** Sissoko AS **E-mail:** atax0796@gmail.com

### **RESUME**

Nous rapportons un cas de maladie de Marfan associé à un AVCI chez un sujet jeune de 28 ans qui a présenté brutalement un syndrome pyramidal droit ayant nécessité une hospitalisation du 15/02/2010 au 03/03/2010 à la Clinique Neurologique du CHU de Fann, Dakar-Sénégal. Le scanner cérébral réalisé le 16/02/2010 soit 48 heures après l'accident, montre des plages d'hypodensités sylviennes gauches. La recherche étiologique a mise en évidence une arythmie complète par fibrillation auriculaire. Le diagnostic de maladie de Marfan a été posé sur la base d'éléments cliniques associant : un aspect longiligne avec une subluxation du cristallin, une cataracte de l'œil droit et une dilatation de l'aorte ascendante : éléments de triade du syndrome de Marfan. Le patient a bénéficié d'un traitement médical.

**Commentaires :** La maladie de Marfan est l'une des affections héréditaires du tissu conjonctif la plus fréquente après l'ostéogénèse imparfaite [9]. Le caractère autosomique de cette affection est bien établi avec quelques cas de nouvelles mutations (soit environ 25%) [10].

Wityk et al. [41] ont trouvé une fibrillation auriculaire chez 22,2% de leurs patients. L'ischémie cérébrale ou médullaire survient chez 10-20% des patients présentant une maladie de Marfan selon une étude réalisée par Schievink et al. [33]. Youl et al. [41] ont décrit chez un patient une dissection spontanée de l'artère carotide interne suivie plus tard d'une dissection de l'artère vertébrale asymptomatique. Schievink et al. [33] ont rapporté un cas de Marfan avec dissection bilatérale des carotides internes.

**Conclusion :** La maladie de Marfan est une affection autosomique dominante héréditaire qui affecte le tissu conjonctif. Les complications neurovasculaires peuvent survenir au cours de l'évolution. Elles sont généralement en rapport avec l'atteinte cardiovasculaire dissection de l'aorte ascendante, régurgitation de la valve mitrale ou aortique, fibrillation auriculaire, endocardite infectieuse.

Une prise en charge précoce et multidisciplinaire permet de prévenir les principales complications en conférant une espérance de vie quasi égale à celle de la population générale.

**Mots clés :** AVC du sujet jeune, Marfan, Sénégal.

## **COR 099. Prise en charge chirurgicale de l'empyème thoracique à l'Hôpital du Mali**

I.B. Maïga, M.A. Ouattara, S. Togo, J. Saye, C. A.S. Touré, A. Ombotimbé, M. Bazongo, A.A. Maïga, J. Dackouo, S. Yena.

**Auteur :** [issamaiga79@yahoo.fr](mailto:issamaiga79@yahoo.fr); tel : +223 76 24 40 77

### **RESUME**

**Introduction :** l'empyème thoracique est la présence de pus dans l'espace pleural. La chirurgie occupe une place de choix dans le traitement des stades avancés ou compliqués.

**But :** décrire la prise en charge chirurgicale de l'empyème thoracique à l'Hôpital du Mali.

**Patients et méthode :** il s'agissait d'une étude rétrospective, transversale descriptive, réalisée de janvier 2012 à 2016. Tous les patients admis pour empyème thoracique étaient inclus.

**Résultats :** durant la période, 3115 patients étaient hospitalisés dont 322 cas d'empyème thoracique (soit **10,34%**). Le tiers était des enfants et la majorité des patients étaient du genre masculin. Le retard de recours aux structures sanitaires, le délai long consultation chirurgicale, les traitements traditionnels et l'automédication étaient des problèmes fréquemment retrouvés. Les empyèmes étaient d'origine parapneumonique dans la majorité des cas. Mais la tuberculose et les empyèmes d'origine dentaire étaient aussi retrouvés. Le germe a pu être isolé dans moins du tiers des échantillons de liquide pleural analysé. *Staphylococcus aureus* était le germe le plus isolé, suivi respectivement d'*Escherichia coli* et de *Klebsiella pneumoniae*.

Sur le plan thérapeutique le drainage pleural était réalisé chez presque tous les patients. Le lavage pleural y était associé dans certains des cas. Une chirurgie lourde a été réalisée chez environ 26% des patients avec un délai moyen de réalisation de 3 mois. La thoracotomie postérolatérale était la voie d'abord la plus utilisée. Les complications d'origine infectieuse étaient les plus rencontrées. Avec une durée moyenne d'hospitalisation de 17,32 jours, la mortalité hospitalière était de 4,04%.

**Conclusion :** l'empyème thoracique est fréquent en chirurgie au Mali. Les difficultés de prise en charge sont multifactorielles. Il s'agit d'automédication, d'itinéraire thérapeutique long, d'insuffisance de plateau technique, et de difficultés financières. Le drainage pleural constitue le premier geste chirurgical de sa prise en charge suivi par les thoracotomies.

**Mots clés :** empyème, chirurgie, itinéraire, Hôpital du Mali.

## **COR 100. Anesthésie pour chirurgie cardiaque sous circulation extracorporelle à propos de 6 cas à l'hôpital du Mali**

SIDIBE A, DRAME A. I ; TEMBINE K. ; DIANI N. ; KONATE M. ; OUOLOGUEM N. ;  
MAIGA A. A. ; TOGO S. ; OUATTARA M. A. ; YENA S.

**Auteur** : Ahmadou Ibrahim Dramé email : hmadoudre@yahoo.fr

### **RESUME**

**INTRODUCTION** : L'anesthésie pour chirurgie cardiaque exige une connaissance des pathologies cardiaques, de l'acte chirurgicale et de la circulation extra corporelle.

**OBJECTIF** : Décrire la prise en charge anesthésique pour chirurgie à cœur ouvert.

**MATERIEL ET METHODES** : Etude prospective préliminaire. L'analyse et la saisie des données ont été effectuées avec le logiciel Excel, Epi info6.Fr, et  $\chi^2$  pour les tests statistiques.

**RESULTATS**: L'âge moyen était de 22,5 ans. Le sexe ratio était 1. Une dyspnée d'effort a été retrouvée chez 100%. Le score NYHA était compris entre 2-3 dans 100%. A la radiographie, une cardiomégalie a été notée dans 50%, l'ECG notait une fibrillation auriculaire dans 33,3%, à l'ETT la FE moyenne était de 55,13%. L'hypertension artérielle pulmonaire moyenne était de 52,46 mmHg. La classe ASA II représentait 83,3%. Tous ont été opérés sous AG. Le monitoring était invasif dans 100%. A la prémédication, le midazolam a été utilisé dans 100%, l'induction a été faite par l'étomidate dans 66,6%, le rocuronium dans 100%, le fentanyl dans 100%, l'isoflurane dans 66,6% et le propofol en AIVOC dans 33,4%. Les événements per opératoires étaient cardiovasculaires à 100%. Une transfusion per opératoire a été faite dans 50%. La durée moyenne de la CEC était de 94,66mn, celle du clampage aortique était de 68,83mn, le temps de l'assistance était de 15,83mn. Une complication a été notée dans 50%. La durée moyenne de séjour en réanimation était de 3,5 jours.

**CONCLUSION** : L'anesthésie pour la chirurgie à cœur ouvert est praticable au Mali. C'est une anesthésie à risque lié aux complications anesthésiques, hémorragiques, thromboemboliques et infectieuses.

**Mots-clés** : Anesthésie- CEC- Hôpital du Mali.

---

## **COR 101. Satisfaction des familles de patients hospitalisés en réanimation polyvalente du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville**

Elombila M, MpoyEmyMonkessa C.M., Oddet D., Mawandza P.D., NiengoOutsouta G., Otiobanda G.F.

**Auteur:** Elombila Marie, [elombila@gmail.com](mailto:elombila@gmail.com)

### **RESUME**

**Objectif :** L'objectif de notre étude était d'évaluer la satisfaction des familles de patients hospitalisés en réanimation polyvalente du CHU-B, afin d'améliorer nos pratiques actuelles.

### **Matériels et méthodes :**

Il s'est agi d'une étude descriptive et prospective, réalisée sur une période de 02 mois (mars-avril 2017). Un questionnaire de satisfaction a été remis à 28 membres de famille de patients hospitalisés en réanimation polyvalente, comportant sur: les conditions d'accueil en réanimation, la qualité des informations données et des soins délivrés.

### **Résultats :**

La majorité des membres de familles avaient un âge entre 34-59 ans. Dans 35,7% des cas interrogés, il s'agissait du père/mère suivi dans 32,1% des cas du conjoint. Les indicateurs de structure comme l'accès au service, la propreté et le niveau sonore ont été jugés satisfaisant. Dans 96,4% des cas les familles témoignent de bon accueil qui leurs a été réservé. La disponibilité des équipes (médical et paramédical) a été jugée moyennement satisfaisante. Les informations sur l'état de leurs proches ont été demandées par les familles dans 75% des cas. Les explications sur les actes médicaux, l'évolution et l'implication des familles dans la prise en charge de leurs proches ont été estimées insatisfaisantes. Dans 82,2% des cas les familles étaient contentes des soins délivrés et de l'entretien de leurs proches.

### **Conclusion :**

Des efforts sont à faire pour améliorer la satisfaction des familles de patients hospitalisés en réanimation tant dans la périodicité des entretiens avec les équipes soignantes et la qualité des informations délivrés aux familles.

**Mots clés :** satisfaction, famille, réanimation

## **COR 102. Anesthésie-réanimation pour endoscopie en urologie : Epidémiologie, Pronostic et prise en charge des cas de syndrome de résection transurétrale de la prostate (TURP syndrome)**

S TRAORE, M COULIBALY, A DIARRA, M K TOURE, S A KOITA, O NIENTAO, A O TRAORE

### **RESUME :**

**Introduction :** La prévalence anatomique de l'hypertrophie bénigne de la prostate est de 752 pour 100 000 hommes, 60 000 résections transurétrales sont pratiquées chaque année en France, le développement important des techniques d'endoscopie du bas appareil et plus récemment de la coelioscopie ont profondément amélioré le confort périopératoire et la morbidité d'une chirurgie du sujet plutôt âgé où pathologies cardiovasculaires et respiratoires s'ajoutent aux modifications physiologiques du vieillissement. Les complications peuvent être de plusieurs types : entre autre, le saignement et le recours à la transfusion, les infections ainsi que le TURP syndrome (syndrome de résection transurétrale de la prostate) qui reste la hantise du réanimateur pendant ces chirurgies, ce syndrome traduit le passage dans l'organisme d'une fraction importante du liquide d'irrigation à base de glycofolle utilisé pendant la résection transurétrale de la prostate (RTUP).

**Objectif :** Rapporter notre expérience, faire ressortir les aspects épidémiologique, pronostique et thérapeutique des cas de TURP syndrome

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective sur une période de 3 (trois) mois du 1<sup>er</sup> juillet-30 septembre 2017 ; ont été inclus à l'étude tous les patients anesthésiés au bloc opératoire pour chirurgie endoscopique en urologie. Les données ont été saisies à partir d'une fiche d'enquête préétablie et ont été analysées par le logiciel « IBM SPSS Statistics 21 ». 41 patients ont été inclus à l'étude, la tranche d'âge [60-75 ans] était la plus représentée dans 63,4% des cas ; 58,5% des patients étaient ASA II ; l'hypertension artérielle était la tare la plus fréquente dans 51,2% des cas, le poids moyen de la prostate était de 59,49g ± 13,918g; 40 patients ont été opérés sous rachianesthésie, la durée moyenne de la chirurgie était de 28,25 minutes ± 17,353. Nous avons enregistré deux (2) cas TURP syndrome immédiat au bloc, et un (1) cas de TURP retardé survenu à H14 du bloc opératoire; 1 seul malade a été admis en réanimation et chez qui nous avons eu recours aux drogues vasoactives. L'évolution était favorable chez les 3 patients, la durée moyenne d'hospitalisation était de 6 jours.

**Discussion et commentaire:** Plusieurs revues ont été consacrées à cette complication classique et grave de la RTUP. La fréquence de survenue est de 10 à 15 % avec un taux de mortalité de 0,2 à 0,8 %. Le passage intravasculaire de liquide d'irrigation vésicale induit un syndrome de résorption. La forme aiguë intervient lors des effractions des sinus prostatiques. La forme retardée est due à la rupture de la capsule vésicale, avec accumulation de liquide dans l'espace sous-péritonéal péri vésical et résorption secondaire (jusqu'à 24 heures après l'intervention) du liquide d'irrigation. Les premiers signes du syndrome de résorption sont neurologiques et souvent subjectifs : bâillements, agitation, avec un patient devenant « impatient » sur la table d'opération. L'anesthésie générale masque ces signes ; un retard de réveil doit alerter. Les troubles circulatoires dépendent de la tolérance du patient à une surcharge volémique aiguë, de la rapidité de passage de la solution d'irrigation et des pertes sanguines périopératoires.

**Mots clés :** Anesthésie, RTUP, épidémiologie

## **COR 104. Tumeurs des parties molles : Aspects épidémiocliniques et thérapeutiques**

Konaté S., Traoré D, Togola B, Bengaly B, Diallo S, Sanogo S, Ouattara D, Tembely G, Ba B, Coulibaly B, Ongoïba N

Adresse : KONATE Siaka, Email : [konatesakamdc@gmail.com](mailto:konatesakamdc@gmail.com)

### **RESUME**

**Introduction :** Les tumeurs des parties molles (TPM) sont des lésions bénignes et malignes développées à partir du tissu conjonctif et de ses variétés différenciées que sont le tissu adipeux, le tissu musculaire, le tissu vasculaire, le tissu synovial, le tissu nerveux et de l'enveloppe du corps.

**Objectif :** Le but était de déterminer les aspects épidémiocliniques et thérapeutiques des TPM

**Patients et méthodes :** Il s'agissait d'une étude descriptive et rétrospective qui s'est déroulée du 1er Janvier 2008 au 31 Décembre 2016 dans le service de chirurgie « B » du CHU du Point G. Tous les patients qui ont présenté une tumeur des parties molles, cliniquement et histologiquement prouvées ont été inclus

**Résultats :** Nous avons colligé les dossiers de 237 cas de TPM soit 2% des patients admis dans le service durant la période d'étude. L'âge moyen était de 42 ans  $\pm$  62,25 ans, le sex-ratio était de 1,2. Le délai moyen de consultation était de 7,03 ans. La localisation de la tumeur aux membres était la plus fréquente soit 52,3%. Les signes cliniques étaient dominés par une tuméfaction des parties molles dans 86,5% ; le diamètre moyen était de 11,25 cm. Les tumeurs malignes représentaient 78,4% des cas. La chirurgie a été effectuée chez 79 patients soit 33,33%. Aucune radiothérapie n'avait été réalisée chez nos patients. Les suites opératoires étaient simples dans 88,60% des cas. Le taux d'infection du site opératoire était de 2,5%.

Le taux de décès post-opératoire immédiat était de 1,2%.

**Conclusion :** Les tumeurs des parties molles sont des tumeurs rares dans notre service. Elles surviennent le plus souvent chez le sujet adulte. La principale localisation était aux membres. D'autres études seront nécessaires pour évaluer les facteurs de risque et le pronostic des tumeurs malignes des parties molles.

**Mots clés :** Tumeurs, parties molles, chirurgie

## **COR 105. Intérêt de la simulation médicale dans la pédagogie des compétences en Anesthésie-Réanimation**

KONE J, GHANNAM A., TADILI J, TOURE MK, BELKHADIR ZH, KETTANI A., ELFIHRI W. CH, COULIBALY Y., EL ADIB A R., AZOUZI A.

**Auteur :** Joseph Koné- [drjosephkone@yahoo.fr](mailto:drjosephkone@yahoo.fr)

### **RESUME**

**Introduction :** La simulation est une modalité en pleine intégration dans la pédagogie médicale. Son application est particulièrement répandue en pédiatrie, en obstétrique, aux urgences et en anesthésie réanimation. Elle est définie comme la « reproduction expérimentale des conditions réelles dans lesquelles devrait se produire une opération complexe ». En plein essor en Amérique, en Europe, elle s'installe progressivement en Afrique. Au Maroc, le SAMU 01 de Rabat dispose d'un CESU équipé d'une plateforme haute-fidélité. Notre objectif d'évaluer l'intérêt de cette modalité pédagogique.

**Méthodologie :** Il s'agit d'une étude rétrospective auprès des participants aux séances de simulation médicale sur une période de six (06) mois. L'analyse statistique a été faite avec le logiciel SPSS v. 20. Les comparaisons faites par le test de Khi 2, pour un risque alpha fixé à 0,05. Les variables ont été exprimées en effectifs et pourcentages.

**Résultats :** Nous avons colligé 34 participants dont 24 résidents d'Anesthésie Réanimation, 5 Infirmiers Anesthésistes, 3 Urgentistes et 2 internes. La simulation était jugée comme étant une méthode pédagogique efficace par 79,41% des auditeurs pour la formation initiale, dans 91,18% des cas pour la formation continue, 64,71% pour l'évaluation des apprentissages, et 44,12% pour la recherche médicale. Pour 98,91% des participants, elle était la seule possibilité d'apprendre les procédures correctes de RCP. Il existait une différence significative ( $p < 0,01$ ) entre les compétences techniques avant et après simulation. Les compétences non techniques (leadership, esprit d'équipe, etc.) étaient similaires dans cette série ( $p = 0,071$ ). 97,06% des auditeurs ont noté des limites en anesthésie. Selon 52% des participants, le transfert des compétences de l'environnement simulé à la pratique réelle ne semblait pas évident.

**Conclusion :** La simulation est une méthode efficace pour le développement des compétences pour l'anesthésie réanimation et les urgences. L'intégration effective des compétences acquises en simulation dans la pratique clinique reste à explorer.

**Mots clés :** Anesthésie, compétence, simulation médicale.

## **COR 106. Antibiothérapie chez les patients référés dans les services de réanimation et de gastro-entérologie du CHU Gabriel Touré de Bamako.**

Traoré AM, Diop TM, Mangané M.I., Cissé T, Dabo G, Mateya D, Konaté A, Maïga II, Minta DK.

**Auteur :** Abdoulaye M TRAORE mail : [amtraore2008@gmail.com](mailto:amtraore2008@gmail.com)

### **RESUME**

**Introduction :** La prescription d'antibiotique obéit à des règles bien définies au risque de favoriser l'émergence de résistances. Ce travail avait pour objectif d'analyser la pratique de l'antibiothérapie chez les patients référés.

**Méthodologie :** Nous avons conduit une étude transversale, prospective d'aout 2013 à janvier 2014 en incluant les patients âgés de 18 ans et plus, référés en cours de traitement par antibiotique et hospitalisés dans les services réanimation et de gastro-entérologie du CHU Gabriel Touré.

**Résultats :** Sur 189 références, 125 répondaient aux critères d'inclusion et ont été inclus, dont 50,4% de sexe masculin, pour un âge moyen de 42 ans  $\pm$  12,9. Parmi, 31,7% présentaient une fièvre. Les principaux diagnostics ont été l'infection par le VIH (18,4%), le cancer (11,2%), cirrhose du foie (5,6%), l'accident vasculaire cérébral (5,6%) et la diarrhée (5,6%). Les céphalosporines étaient prescrites chez 31,3%, suivies des 5-Nitro-imidazolés 18% et sulfamides (17,2%). Au décours de l'hospitalisation, il a été jugé que 49 patients (39,2%) n'avaient aucune indication d'antibiotique.

**Conclusion :** Les antibiotiques sont souvent prescrits dans les conditions qui ne sont pas conformes aux règles de prescription. Cela favorise l'émergence des résistances aux antibiotiques. Il convient de recycler sur les bonnes pratiques d'antibiothérapie et réglementer sa prescription.

**Mots clés :** Antibiothérapie, patients référés, CHU Gabriel Touré.

## **COR 107. Antibiothérapie au bloc opératoire en médecine humanitaire : cas de Niono à Ségou.**

SIDIBE A., DIANI N., DICKO H., BEYE S. A., KEITA M., DIARRA D., COULIBALY C.O.

**Auteur :** Amadou SIDIBE Tél : 00223 66 88 96 59. Email : beidysi7@ yahoo.fr

### **RESUME**

**Introduction :** L'utilisation de l'antibiotique au bloc opératoire est une pratique courante.. Elle doit être concise pour limiter les émergences microbiennes.

**Objectif :** Identifier les antibiotiques utilisés dans ce contexte.

**Patients et Méthode :** Etude prospective de 30 jours. Critères de sélection des patients ?

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées par Windows 8, Epi info 3.5.3 fr et khi<sup>2</sup> pour le test statistique.

**Résultats :** 63 patients répondaient aux critères. L'âge moyen était de  $33,32 \pm 18,52$  ans.

Le sexe féminin prédominait avec un ratio de 2,3. Les urgences représentaient 65,1%. L'indication était Gynécologique ou obstétrique dans 63,5%, suivie de la chirurgie viscérale dans 20,6%, de l'urologie dans 11,1% et de la traumatologie dans 4,8%. La classe d'Altemeier était II dans 81%. Une antibioprophylaxie a été faite dans 88,9%.

Les  $\beta$  lactamines en monothérapie ont été les plus utilisées dans 84,1% suivies de l'association  $\beta$  lactamine-imidazole dans 6,4%, de l'association  $\beta$  lactamine -aminoside dans 1,6% et les quinolones dans 1,6%. Une complication infectieuse a été observée dans 11,1%. L'évolution était favorable dans 98,4%.

**Conclusion :** Même en situation de crise sanitaire, l'antibiothérapie au bloc opératoire doit répondre à des critères dont l'écologie microbienne et le site opératoire sont déterminants.

**Mots clés :** Antibiothérapie, Médecine humanitaire, Anesthésie

## **COR 108. PRISE EN CHARGE ANESTHESIOLOGIQUE DES PATIENTS OPERES POUR PIED DIABETIQUE**

Traoré S, Diallo B, Dicko H, Maiga A.W, Traore A, Keita M, Doumbia D, Coulibaly Y.

Service d'Anesthésie-Réanimation et des Urgences, CHU du Point G.

**Auteur :** Traore Sory, Email : [traore.s1978@yahoo.fr](mailto:traore.s1978@yahoo.fr)

### **RESUME**

**Objectif :** Evaluer la prise en charge anesthésiologique des patients opérés pour pied diabétique.

**Patients et Méthode :** Il s'agissait d'une étude descriptive, rétrospective sur 4ans (Juin 2012 à Mai 2015) et Prospective sur 1 an (juin 2015 à Mai 2016). Nous avons inclus tous les patients opérés pour pied diabétique quelque soit l'âge, le sexe et la technique d'anesthésie.

Les paramètres socio démographiques, cliniques et anesthésiologique ont été analysés.

**Résultats :** Les diabétiques ont représenté 0,18% des consultations d'anesthésie dont 94,87% des cas étaient du type II et 39,79% (78 cas colligés) ont été opérés pour pied diabétique.

L'âge moyen était de 62,59±13,16 ans avec un sexe ratio 1,11 en faveur des hommes.

La gangrène humide était l'indication opératoire la plus fréquente avec 46,15% des cas.

Les Comorbidités étaient HTA (52,56%), le surpoids (47,43%) et le tabagisme (32,05%).

**61,54%** étaient traité par **ADO+IEC+Antiagrégant plaquettaire+IC**. Les classes de Mallampati I et II représentaient 93,59% des cas avec respectivement 51,28% Mallampati I et 42,31% Mallampati II. La classés ASA III représentait 44,87%, et 60,26% des cas ont été opéré en urgence.

L'anesthésie Loco-Régionale a été réalisée chez 88,46% de nos patients dont 68,12 % de rachianesthésie ; 20,29% d'APD et 11,59% de bloc nerveux périphérique. L'amputation était transfémorale chez 66,67% des patients. En per opératoire 16,67% ont été transfusé et 5,13% ont présenté des nausées-vomissements. La durée de l'intervention était de 60 à 119 min (83,33%). 7,69% ont présenté des complications à type d'hypoglycémie (3,84%), infectieuse et d'hyperosmolarité (3,84%). La durée moyenne d'hospitalisation était de 12,58±5,56 jours.

Nous n'avons pas enregistré de décès.

**Conclusion :** Le pied diabétique constitue une urgence médico-chirurgicale touchantsurtout le sujet âgé. Sa prise en charge est multidisciplinaire et permet d'améliorer la qualité de vie du diabétique.

**Mots clés :** Pied diabétique-Anesthésie-Chirurgie-Urgences.

## **COR 109. Motifs d'admission et provenance des patients au service d'accueil des urgences (SAU) du CHU GABRIEL TOURE de Bamako**

Mangané M<sup>1</sup>, Almeimoune.A<sup>1</sup>, Gamby A, Diop Th. M<sup>1</sup>, Diallo B<sup>4</sup>, Koita S<sup>3</sup>, Dembele.A.S<sup>2</sup>, Diango M. D<sup>1</sup>,

1. Département anesthésie-réanimation et médecine d'urgence du CHU Gabriel TOURE
2. Service d'anesthésie CHU IOTA
3. CHU mère enfant le Luxembourg
4. CHU du point G

### **RESUME**

**Introduction :** La détermination des modalités de fréquentation des patients en urgence est un élément important du processus de gestion d'un service hospitalier. En effet l'activité d'un service d'urgence est complexe, difficile de prévoir le nombre de patients et la difficulté des cas à gérer aux cours d'une journée.

Nos objectifs étaient de déterminer le motif d'admission et la provenance des patients, et d'identifier les moyens de recours et le devenir des patients au SAU du CHU-GT.

### **Matériel et méthode :**

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et analytique sur 1an incluant tous les patients admis au SAU. Les données ont été collectées par le biais de formulaires (annexes), du registre d'admission, du registre du bloc opératoire des urgences et des dossiers. Les données ont été saisies et analysées respectivement à partir du logiciel world 2013, EXCEL et du logiciel Epi info 3.5.

**Résultats :** Au cours de cette période, 22661 patients ont consulté dans le SAU soit en moyenne 1888 patients par mois et 62 patients par jour. Le sexe masculin a été le plus dominant avec 12785 cas, soit 56,42% contre 43,58% avec un ratio de 1,30. La tranche d'âge 21-30 ans a été majoritaire soit 36,98% avec une moyenne de 31,48 ans. Le principal motif d'admission a été les AVP avec 54,03%, suivi des altérations de la conscience (7,63%) non traumatique. La majorité des patients provenait de la capitale (Bamako) soit 72,80% et plus précisément de la commune IV avec 22,31%. La protection civile a constitué le premier moyen de recours grâce aux AVP avec 43,58%. Les pathologies chirurgicales traumatiques ont été les plus représentées avec 69%. Les pathologies médicales ont représentées 27% (6041) des admissions. Les hospitalisations ont représenté 11% de l'ensemble des patients ayant consulté. La majorité des patients soit 51% est sortie après les premiers soins avec soit un rendez-vous ou une consultation dans un autre service. 853 cas de décès, soit 3,76% (décès avant, en cours ou après soins) ont été observés au cours de notre étude.

**Conclusion :** le SAU reste un pôle de prise en charge pour les urgences médico-chirurgicales. Des stratégies doivent être adaptées, afin de limiter la fréquentation aux patients dont l'état clinique n'en nécessite pas, et à renforcer la capacité de prise en charge des patients à travers l'éducation sanitaire de la population aux principes de référence.

**Mots clés :** Urgences, motif, provenance, SAU, Gabriel Touré, Bamako, Mali.

**COR 110. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE, THERAPEUTIQUE, ET PRONOSTIQUE DES HEMORRAGIES SOUS-ARACHENOIDIENNES DANS LE SERVICE DE NEUROLOGIE DU CHU GABRIEL TOURE SUR 5 ANS (2011-2016).**

Maiga Y, Traore K, Traore Z, Diallo SH, Diallo S, Coulibaly D, Saliou M, Nderbe C, Maiga O, Sao CA, Dicko O.

**RESUME**

**Introduction:** L'hémorragie sous arachnoïdiennes, définie par l'extravasation de sang dans l'espace sous arachnoïdienne, reste une pathologie grave. Cependant, en dépit de sa fréquence relative dans notre contexte, cette pathologie est très peu documentée en Afrique subsaharienne en général et au Mali en particulier. Nous rapportons dans ce travail notre expérience sur 5 ans sur cette pathologie.

**Objectif :** Étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques des hémorragies sous-arachnoïdiennes (non traumatiques et traumatiques) dans le service de neurologie du CHU Gabriel Toure.

**Méthodologie :** Il s'agissait d'une étude rétrospective, et descriptive portant sur 5 ans de janvier 2011 à décembre 2016 dans le CHU de Gabriel Toure à Bamako. Elle a porté sur les dossiers des patients hospitalisés pour une hémorragie sous-arachnoïdienne confirmée à l'imagerie (TDM).

**Résultats :** Durant ce travail nous avons colligé sur la période de l'étude 47 dossiers d'HSA. En ce qui concerne les aspects épidémiologiques, l'âge moyen était 50 ans avec des extrêmes de 20 et 75 ans avec un sexe ratio H/F de 1,17. La céphalée (44,7%), les troubles de la conscience (12,8%) et déficit neurologique (12,8%) étaient les principaux motifs d'admission. Sur le plan des antécédents, 18 patients(38,3) étaient hypertendus et 9 (19,1%) étaient tabagique. L'HSA survenait majoritairement le matin entre 05h et 09h. Sur le plan clinique on notait un syndrome méningé franc chez la majorité des patients (64%). La TDM était réalisée avant 3h chez 87% des malades et était pathologique chez la quasi-totalité de nos patients. Les anomalies de la TDM étaient catégorisées en grade 2 de Fisher chez 57% et en grade 4 chez 30% des patients. Sur le plan étiologique, pour des raisons de disponibilité et d'accessibilité aucun de nos patients n'a reçu un bilan vasculaire optimal (angio TDM, angio IRM). La durée du séjour moyen dans le service était de 15 jours environ. Le traitement était essentiellement symptomatique. Sur le plan des complications, l'ischémie par vasospasme était la plus représentée (4 patients), cette complication a été observée chez les patients n'ayant pas reçu l'inhibiteur calcique. La mortalité était à 19,1% et un handicap lourd était noté chez 4 patients (8,5%).

**Conclusion :** L'HSA reste une pathologie grave, une urgence diagnostique et thérapeutique qui impose une prise en charge pluridisciplinaire.

**Mots clés :** Hémorragies Sous arachnoïdiennes, épidémiologie – clinique ; pronostique, Mali.

## **COR 111. Prise en charge des brûlés graves à L'Hôpital National de Niamey**

BOUKARI BAWA.M, MAGAGI. A., KARADJIS, MALAM. A.S, GAMBOBO. M

### **RESUME**

**Introduction :** La brûlure reste un accident fréquent, et constitue un problème de santé public dans le monde, vu ses complications à court, moyen et à long terme. La brûlure grave récente est une urgence thérapeutique qui devrait être du ressort des services de réanimation. L'objectif de notre travail était d'évaluer la prise en charge en vue de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées à cette affection.

**Méthodologie :** étude prospective portant sur un an du 1<sup>er</sup> août 2015 et le 30 juillet 2016, les variables étudiées étaient les facteurs épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques, évolutives et pronostics des brûlures graves. L'étude a concerné tous les patients admis pour une brûlure grave à l'HNN durant la période d'étude sauf les brûlés arrivés décédés:

**Résultats :** 60 patients ont été colligés. L'incidence a été 5,37% et les circonstances ont été les accidents domestiques dans 68,33%. La tranche d'âge la plus touchée a été celle entre 0 à 5 ans, avec prédominance masculine 56,67%. La flamme a été l'agent le plus incriminé dans 55% des cas, et parmi nos patients 30% ont bénéficiés d'une prise en charge Pré-hospitalière. La surface cutanée brûlée moyenne a été de 25%. La localisation la plus fréquente a été les membres supérieurs et le tronc dans 80% et 70% des cas, avec une prédominance des brûlures de 2<sup>ème</sup> degré superficiel 48,33%. Sur le plan thérapeutique, la réhydratation hydro-électrolytique selon les règles d'Evans et Parkland était pratiquée à 80% et le tramadol a été l'antalgique le plus utilisé dans 28,33%. En traitement local, tous nos patients ont reçu un antiseptique, une crème cicatrisante. L'évolution a été marquée par une hypochromie cutanée dans 68,33%, une hypertrophie cutanée 25%, dénutrition à 24% et l'infection dans 21,66 % des cas. Dans cette étude 83,33% des patients ont évolués de façon favorable. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 3 jours. Le taux de mortalité a été de 16,66 %. La majorité des brûlures sont accidentelles et évitables, et certains facteurs tels l'âge de 0-5 ans, une surface cutanée brûlée >45%, le non-respect des règles des RHE ont été des facteurs de mauvais pronostics avec une corrélation significative.

**Conclusion :** Malgré de nombreux efforts, la morbimortalité des brûlures graves reste toujours élevée. Les enfants de 0 à 5 ans sont les plus exposés. La prévention reste le meilleur moyen de lutte, et l'établissement des protocoles à usage familiale et professionnel depuis la survenue de la brûlure jusqu'à la prise en charge spécialisée, est susceptible contribuer à l'amélioration de l'assurance qualité des soins aux brûlés graves.

**Mots clés :** brûlures graves, HNN, Niger

## **COR 112. PRATIQUE DE L'ANESTHESIE PEDIATRIQUE A L'HOPITAL NATIONAL LAMORDE DE NIAMEY : SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES**

BOUKARI BAWA.M, SABO. R, MAGAGI. A., NIANDOU.M, HAMISSOU. M

### **RESUME**

**Introduction :** L'anesthésie d'un enfant ne s'improvise pas. Les normes sont bien codifiées de nos jours Elle exige rigueur et vigilance et doit être conduite dans un environnement adapté à l'enfant par un anesthésiste qui anesthésie régulièrement des enfants et qui remet à jour ses connaissances. Au Niger nous nous sommes inscrits dans l'assurance qualité des soins depuis plus de 5 ans. OU en sommes-nous aujourd'hui.

**But:** Evaluer la pratique de l'anesthésie pédiatrique programmée à l'Hôpital Lamordé de Niamey

**Méthode :** Double étude rétrospective et prospective sur l'année 2016 de Janvier à Décembre 2016. Les patients âgés de 0-15 ans ayant bénéficiés d'une anesthésie ont été inclus Une fiche d'enquête a servi à recueillir des données.

**Résultats :** 622 patients âgés de 0-15 ans ont été recensés. L'âge moyen est de 4,53 ans avec des extrêmes de 4 jours et 15 ans. Plus de 50% de ces patients avaient moins de 5 ans et le sex ratio était de 1,9. L'anesthésie pédiatrique représentait 33,3% des anesthésies. La Consultation pré anesthésique a été dans les délais dans 60,2% des cas. 99,5% des enfants étaient sans antécédent pré natal et 45,8% avaient eu l'anémie comme antécédent médical. 26% ont eu au moins un antécédent chirurgical. 17,4% des patients ont bénéficié d'une médecine préopératoire. Le bilan pré opératoire a été disparate avec plus de 60% d'examen complémentaire réalisé selon les cas. La NFS a été l'examen le plus réalisé avec 95,3%. 95,2% des enfants étaient ASA 1 ou 2. Les chirurgies viscérales et traumatolo-orthopédique prédominent avec 73,98% des cas. 70,3% des anesthésies étaient effectuées par le couple médecin et technicien d'anesthésie. L'antibioprophylaxie a été effective dans 75% des cas. La ceftriaxone (80,2%) été la molécule la plus utilisée. La prémédication à l'atropine a été réalisée à 58,5%. L'anesthésie générale suivie d'une intubation représentait 97,7%. Le propofol a été l'hypnotique utilisé à l'induction dans 87% des AG. Le fentanyl, l'halothane et la celocurine ont été les plus utilisées pour sur la période d'entretien. Le monitoring le plus utilisé a été le pouls et la SaO<sub>2</sub>. la ventilation a été manuelle dans 80% des cas. La durée moyenne des interventions a été de 47,9 min avec des extrêmes à 5 min et 215 min. La tachycardie et l'hypotension ont été les incidents peropératoires majoritaires. 1,8% des patients ont été transfusés. 59% des patients ont bénéficié d'un protocole d'analgésie post opératoire et le paracétamol injectable a été utilisé dans 86% des analgésies.

**Conclusion :** la pratique de l'anesthésie pédiatrique a l'HNL s est beaucoup améliorée dans l'assurance qualité des soins cependant la FMC doit être renforcée et le plateau technique amélioré en vue de mieux répondre aux normes recommandées par les sociétés savantes.

**Mots clés :** évaluation /Anesthésie pédiatrique/HNL/ Niger.

## **COR 113. La mortalité maternelle au centre de santé mère enfant de la région de Zinder : causes et aspect épidémiologique des patientes**

MAGAGI A., BOUKARI M. BAWA, ADAMOU K., IDRISSE A.

### **RESUME**

**Introduction** La santé d'une femme reste et demeure une préoccupation majeure dans le monde. Le décès d'une mère pendant la grossesse ou au cours de l'accouchement est une tragédie humaine tant au niveau individuel, familial que social. L'objectif de notre travail était de déterminer le profil épidémiologique des parturientes décédées au centre mère enfant de la région de Zinder.

**Méthodologie :** Etude rétrospective, descriptive portant sur 10 mois du 1<sup>er</sup> janvier au 30 octobre 2017. Étaient incluses les patientes admises dans la structure et décédées du fait de la maternité. Le recueil des données a été fait à partir du dossier parturiente et du rapport d'audit de décès maternel. Les variables étudiées étaient l'âge, la profession, la gestité, la parité, le mode d'évacuation, le type d'anesthésie, la classe ASA, la cause du décès et la durée du séjour.

**Résultats :** Au cours de cette étude cent seize (n= 116) parturientes décédées ont été enregistrés. L'âge moyen des patientes était de 26,28 ans avec des extrêmes de 15 ans et 42 ans. La tranche d'âge de 21 à 30 ans était la plus concernée avec 37,93 % suivi de celle de 15 à 20 ans avec 31,89 % et la tranche de 31 à 40 ans représentait 28,44%. Les grandes multipares (5 à 13 parités) constituaient 46,55 % de l'échantillon, les primipares 25,86 % et la tranche de 3 à 4 parités 26,72%. Le transport des patientes était non médicalisé dans 86,20% contre seulement 13,79% pour le médicalisé. Plus de la moitié des patientes 68,96% provenaient de plus de 50 km en moyenne du lieu de la prise en charge. Presque toutes les patientes, 99,13 % (n=115) étaient sans profession et non scolarisées. 92,24 % des patientes étaient sans antécédents, 04,31 % avaient eu un utérus cicatriciel et 01,72 % avait une hypertension artérielle et un diabète. La majorité des patientes, 98,27% n'ont pas fait une consultation prénatale (CPN). Seule une patiente (0,86%) en avait fait cinq (5) CPN. La CPA avait permis de classer les parturientes à leur admission ASA I pour 14,81% de cas, ASA II avec 74,07% (n=20) et 11,11% (n=03) pour les autres classes ASA. L'anesthésie a été prodiguée chez 23,27% (n=27) dont 19,82 % (n=23) d'anesthésie générale et 03,44% (n=04) de rachianesthésie. L'agent ayant pris en charge la patiente en premier était la sage-femme dans 87,93% (n=103) des cas, le technicien supérieur en soins obstétricaux et néonataux dans 10,34% (n=12), le gynécologue obstétricien dans 0,86% (n=01). L'analyse des dossiers avait permis de constater que le retard du traitement constituait la principale cause de décès dans 51,72% (n=60) des cas, suivi de l'inadéquation du traitement et retard dans 12,06% (n=14). Le retard du diagnostic ou d'intervention constituait la cause du décès chez 06,03% (n=07) des patientes et le poids social du mari dans 03,44% (n=04) des cas. Chez 26,72% (n=31) des patientes, la cause du décès était imprécise. Il ressort que la plupart de ces décès étaient évitables au vu des causes de ces derniers.

**Conclusion :** Le décès maternel reste très élevé au Niger malgré la création dans toutes les régions des centres mère enfant. La mortalité maternelle touche principalement les femmes rurales et non scolarisées. Des efforts énormes de sensibilisation des femmes pour l'utilisation des services de santé sont indispensables à fin de réduire ce fléau.

**Mots clés :** Décès maternel, centre mère enfant, Zinder, Niger.

# **Communications Affichées**

## **(Poster)**

---

**Poster 01. Hernie inguino-scrotale étranglée et fistulisée au scrotum à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti : prise en charge et mesures préventives à propos d'une observation.**

Kanté A, Traoré D, Daou M, Traoré D, Tounkara I, Diarra A, Togo A, Ongoïba N, Diallo G

Email : [kanteim@yahoo.fr](mailto:kanteim@yahoo.fr)

**RESUME**

Nous rapportons un cas de complications chirurgicales graves et rares de nos jours, qui nous interpelle sur la nécessité d'une plus grande sensibilisation sur la prise en charge des étranglements herniaires chez l'adulte. Il s'agit d'un cas de hernie inguino-scrotale droite étranglée secondairement compliquée d'une coecostomie scrotale chez un vieux de 64 ans. Le retard à la prise en charge était en rapport avec un traitement traditionnel mais également à la pauvreté du patient qui était un indigent dont la prise en charge totale a été assurée par le service social de l'hôpital. L'exploration peropératoire a trouvé une coecostomie dont la muqueuse était évaginée à l'orifice de la stomie, une ulcération du scrotum péristomial avec un aspect macroscopique normal du testicule homolatéral.

La prise en charge a été faite en un seul temps: parage et suture scrotale plus résection segmentaire du caecum suivie d'une anastomose iléocolique terminoterminal et cure de la hernie selon Shouldice. Les suites opératoires ont été simples avec ablation des fils à J12 post opératoire et la libération du patient le lendemain. L'évolution clinique a été satisfaisante avec un recul de 12 mois.

**Mots clés :** Hernie étranglée, adulte, coecostomie scrotale

---

**Poster 02. TRANSSECTION DUODENALE PAR  
TRAUMATISME ABDOMINAL A L'HOPITAL SOMINE  
DOLO DE MOPTI : OBSERVATION D'UN CAS**

Kanté A, Traoré D, Daou M, Tounkara I, Diarra A, Kanté L, Kéita M, Ba B, Kanté L, Ongoïba N, Diallo G.

Email : [kanteim@yahoo.fr](mailto:kanteim@yahoo.fr)

**RESUME**

Les traumatismes duodénaux représentent approximativement 4% de l'ensemble de traumatisme abdominal fermé [1]. En raison de la position anatomique du duodénum, un traumatisme abdominal fermé avec lésion duodénale est habituellement associée aux lésions des organes voisins notamment le pancréas, les voies biliaires, les vaisseaux mésentériques et la veine cave inférieure [1].

Malgré les examens complémentaires radiologiques et biologiques, le diagnostic du traumatisme du duodénum est généralement porté par la laparotomie avec exploration minutieuse de l'espace rétro péritonéal [2]. Les retards diagnostique et thérapeutique augmentent la morbidité ce qui dénote l'importance du diagnostic précoce [3 ; 4].

Un éventail de techniques chirurgicales ont été développées pour la gestion des patients présentant un traumatisme abdominal avec lésions duodénales. Le chirurgien doit choisir la plus efficace en fonction du type et de la nature des lésions duodénales [1].

Nous rapportons notre observation d'un cas de transection duodénale complète au niveau du deuxième duodéal chez un enfant de 6 ans à la suite d'un traumatisme abdominal fermé.

La technique chirurgicale utilisée a été celle qui est habituellement réalisée.

**Mots clés : traumatisme –transection duodénale-chirurgie**

---

## **Poster 03. Fistule artério-veineuse traumatique récidivante du membre inférieur traitée par voie endovasculaire : le premier cas au Mali.**

S Togo, M A. Ouattara, J Saye, C A.S. Touré, I B. Maiga, A Maiga, S Illiassou, I Coulibaly, S Coulibaly, S. Diop, S Koné, A Koné, C Sadibou, M. Bazongo, A Ombotimbé, S Yena.

**Auteur :** Seydou Togo, Email : [drseydoutg@yahoo.fr](mailto:drseydoutg@yahoo.fr) Tel : +223 65511651.

### **RESUME**

**Introduction :** Les Fistules Artério-Veineuses (FAV) traumatiques sont des pathologies vasculaires rares et posent un problème de diagnostic topographique et de prise en charge thérapeutique. Le retard de prise en charge, favorise la survenue des complications trophiques et cardiaques.

**Objectif:** Le but est de décrire un cas clinique de FAV poplitée basse récidivante après chirurgie conventionnelle dont la prise en charge a été réalisée avec succès par voie endovasculaire.

**Observation :** Nous rapportons le cas d'un patient de 37 ans avec une plaie traumatique de la face interne du 1/3 supérieur de la jambe gauche, ayant entraîné une FAV prise en charge par une chirurgie réparatrice conventionnelle en 2008 et qui a récidivé. Les manifestations cliniques à caractère vasculaire et les résultats de l'écho-doppler associés à l'angioscanner avaient permis de poser aussi bien le diagnostic que l'indication opératoire. Le traitement a été possible par chirurgie endovasculaire avec mise en place d'un stent couvert à l'hôpital du Mali.

**Conclusion :** la prise en charge de ce type de lésion ancienne et récidivante par voie endovasculaire donne de bons résultats et apparaît comme une alternative thérapeutique crédible des FAV traumatiques des membres inférieurs.

**Mots clés :** Fistule artério-veineuse, Traumatique, Membres, Endovasculaire.

## **Poster 04. Formation des chirurgiens généralistes au Mali : Etude du curriculum**

**Kanté A**, Traoré D, Togola B, Coulibaly B, Traoré I, Bengaly B, Diallo S, Ouattara D, Tembely G, Ba B, Sanogo S, Siby O, Coulibaly M, Dena B, Ongoiba N, Sissoko F.

**Auteur:** Kanté A, service de Chirurgie B du CHU du Point G, Bamako Mali,

Email : [Kanteim@yahoo.fr](mailto:Kanteim@yahoo.fr); tel : 00223 90 27 25 21

### **Résumé**

**Introduction :** Le certificat d'étude spéciale en chirurgie générale a été créé au Mali le 10 avril 1984, avait pour objectif de former des spécialistes et d'améliorer la qualité de la prise en charge des cas de chirurgie.

**But :** Evaluer la formation des spécialistes en chirurgie générale au Mali

**Matériels et méthodes :** Il s'agissait d'une étude rétrospective réalisée au Mali, allant de l'année 1984 à 2010 dans les chefs-lieux de région, le district de Bamako, et hors du Mali. L'étude a concerné les activités des chirurgiens formés au Mali, des étudiants au C.E.S en chirurgie générale, l'évaluation théorique et pédagogique du curriculum pendant ladite période. Trois questionnaires ont été utilisés pour évaluer les activités théoriques, pratiques, et pédagogiques.

**Résultats :** Les participants étaient : 57 chirurgiens et 46 étudiants au C.E.S. La fonction publique du Mali a recruté 87,72% des chirurgiens. Les étudiants au C.E.S de chirurgie ont réalisés 47,9% des interventions.

Les ressources matérielles n'étaient pas adéquates pour 44,7% des chirurgiens et étudiants interrogés. 60,2% des chirurgiens et étudiants au C.E.S interrogés ont approuvé la nécessité des stages dans les Centres de santé de référence de Bamako, les hôpitaux régionaux et hors du Mali. L'apport des chirurgiens généralistes formés au Mali ont permis d'abaisser le taux de décès en chirurgie pour 68% des structures évaluées.

**Conclusion :** la formation des étudiants au C.E.S de chirurgie générale a permis d'améliorer la qualité et la quantité des ressources humaines et la prise en charge des pathologies chirurgicales.

**Mots clés :** formation, CES, chirurgie générale, Mali, curriculum, devenir, diplôme.

## **Poster 05. Embolie pulmonaire grave thrombolysée à l'hôpital du Mali**

M. KONATE, M. A. C. CISSE, N. OUOLOGUEM, D. TRAORE, D. S SOW, N. DAO, Y L DIALLO, A. KONE, B. TRAORE, M. MARIKO, S. SIDIBE

### **RESUME**

L'embolie pulmonaire grave ou embolie pulmonaire compliquée d'un état de choc a une mortalité qui varie de 25 à plus de 50%. Sa prise en charge est une extrême urgence et les fibrinolytiques sont justifiés dans cette situation, malgré le risque hémorragique. Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 62 ans, admise dans le service d'accueil des urgences de l'hôpital du Mali de Bamako pour une dyspnée d'effort stade III, une douleur basithoracique dorsale et un épisode de syncope. L'examen somatique à l'admission trouvait une tension artérielle à 130/80 mmhg avec une fréquence cardiaque à 70 battements par minute. 12 heures après son admission, l'évolution a été marquée par un état de choc avec une tension artérielle à 85/60 mmhg, une froideur des extrémités, une turgescence des veines jugulaires avec une hépatomégalie. L'électrocardiogramme a objectivé un rythme régulier sinusal avec un trouble de la repolarisation en antéro-septal. La radiographie a montré une cardiomégalie avec un ICT à 0,7. L'échocardiographie a objectivé une dilatation des cavités droites avec compression du ventricule gauche. La troponine et les d-dimères étaient élevées. L'angio-scanner thoracique a retrouvé une embolie pulmonaire bilatérale et pseudo-obstructive. Le diagnostic d'une embolie pulmonaire grave fut retenu devant l'état de choc et les données paracliniques. La patiente a bénéficié d'une fibrinolyse par actilyse avec succès. L'évolution hospitalière a été favorable sans incident hémorragique. A la lumière de cette observation et une revue de la littérature, les auteurs montrent l'intérêt des fibrinolytiques dans la prise en charge de l'embolie pulmonaire grave.

**Mots clés** : Embolie pulmonaire/Fibrinolyse/Hôpital du mali.

## **Poster 06. Goitres volumineux au CHU du point G de Bamako de 2009 à 2014**

Kanté A, Ba B, Touunkara I, Bengaly B, Traoré D, Coulibaly M, Coulibaly B, Togola B, Timbely G, Ongoïba N.

**Auteur :** Kanté A, Email : [Kanteim@yahoo.fr](mailto:Kanteim@yahoo.fr); tel : 00223 90 27 25 21

### **RESUME**

**But :** décrire les aspects cliniques et thérapeutiques des goitres volumineux

**Matériel et Méthodes :** Nous avons effectué une étude descriptive rétrospective de 2009 à 2014. Etait considéré comme volumineux, tout goitre dont la hauteur et ou la largeur était supérieure ou égale à 10 centimètres.

**Résultats :** Il s'agissait de 101 femmes (87, 8%) et 14 hommes (12,2%), âgés en moyennede 44,4 ans. La hauteur moyenne du goitre était de 12,1 cm  $\pm$  3,5. La largeur moyenne du goitre était de 14,4 cm  $\pm$  5,4. Il y avait 22% de goitres volumineux hyperthyroïdiens.

Des signes cliniques de compression ont été observés chez 54% des patients. Tous les malades en hyperthyroïdie ont reçu du carbimazole avant d'être opérés. Nous avons réalisé une thyroïdectomie subtotalaire chez 97% des malades et thyroïdectomie totale. L'histologie a permis de diagnostiquer 4 cas de carcinome qui ont été réopérés en vue de l'exérèse du moignon thyroïdien associé à un curage ganglionnaire.

Le taux de morbidité était de 18,3% à type d'hématome compressif (2,6%), de dysphonie (8,7%), de dyspnée (2,6%), d'hypocalcémie (0,9%).

**Conclusion :** Les goitres volumineux peuvent à cause des modifications anatomiques, être responsables de difficultés opératoires conduisant à des complications postopératoires.

**Mots clés :** Goitre volumineux, chirurgie, complications.

**Poster 07. Rupture traumatique sous adventicielle de l'aorte thoracique ascendante étendue à la crosse par écrasement thoracique entre deux chars d'assaut au service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire au CHRU de Besançon (France).**

**Auteurs : Kanté A(1), Perrotti A (2), Durst C (2), Daou M (3), Ba B (1), Tounkara I (4), Diarra A (4), Chocron S (2), Coulibaly I (1), Traoré D(1), Togo A(4), Ongoïba N (1) Diallo G (4).**

(1) : service de chirurgie « B » au CHU Point G

(2) : service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire au CHRU de Besançon(France).

(3) : service de neurologie au CHU Gabriel Touré

(4) Service de chirurgie générale au CHU Gabriel Touré

Email : [kanteim@yahoo.fr](mailto:kanteim@yahoo.fr)

**RESUME**

La rupture traumatique de l'aorte est un événement gravissime, survenant dans un contexte de traumatisme violent avec forte décélération. Sa morbi-mortalité reste encore élevée malgré d'importants progrès. Nous rapportons le cas d'un homme de 23 ans, victime d'un accident de service par écrasement du thorax entre deux chars d'assaut lors de manœuvres de l'armée ayant entraîné une rupture sous adventicielle de l'aorte thoracique ascendante étendue à la crosse. En per opératoire l'exploration a mis en évidence : une diastasis de 3 cm au niveau de l'angle de Louis, un hémopéricarde non compressif, une rupture sous adventicielle de l'aorte ascendante à la jonction entre l'aorte ascendante intra-péricardique et l'aorte ascendante extra-péricardique qui continuait jusqu'au niveau de la crosse aortique et isolait le tronc artériel brachio-céphalique et la carotide primitive gauche. Nous avons réalisé sous hypothermie profonde, perfusion cérébrale antérograde: Une ablation complète de toute la zone présentant la rupture sous adventicielle ; Section entre deux ligatures du tronc veineux innominé ; Isolement du tronc artériel brachio-céphalique et de la carotide primitive gauche ; une section transversale de l'aorte thoracique ascendante intra-péricardique au-dessus de la jonction sinotubulaire, remplacée par un tube droit Hemashield de 24 mm dont l'anastomose distale avec aorte thoracique descendante a été faite par un surjet unique de prolène 4/0 ; Réimplantation des vaisseaux supra-aortiques au niveau du dôme de la prothèse ; Anastomose proximale du tube sur l'aorte ascendante intra-péricardique par deux hémi surjets de prolène 4/0. Synthèse du diastasis sternal par deux fils à sternum passés de part et d'autre dans le sens longitudinal pour rapprocher le diastasis et fermeture du sternum par quatre fils d'acier. Le temps total de la CEC a été de 292 minutes, la durée du clampage aortique de 46, arrêt circulatoire de 48 minutes et la température la plus basse de 17°5. Les suites opératoires ont été suites.

## **Poster 08. Polyvalvulopathie : Première Plastie valvulaire au Mali**

CAS Touré, J saye, I B Maiga, A Ombotimbe, AA Maiga, S Togo, MA  
Ouattara, N. Ouologuèm, M. Konaté, J. Dackouo, S. Yena

Auteur : CAS Touré, Service de chirurgie thoracique, Hôpital du Mali.

### **RESUME**

**Introduction** : La polyvalvulopathie rhumatismale est une cardiopathie congénitale responsable d'un dysfonctionnement d'au moins deux valves cardiaques suite au rhumatisme articulaire aigu. Elle est plus fréquemment retrouvée dans les pays en voie de développement. La plastie valvulaire lorsque faisable est le traitement chirurgical idéal chez un enfant.

**Objectif** : Nous rapportons un cas de plastie valvulaire chez un enfant atteint de polyvalvulopathie rhumatismale. Une première réalisée au Mali depuis les indépendances.

**Observation** : Il s'agissait d'un jeune enfant de 12 ans, élève, ayant un antécédent d'Angine d'origine rhumatismale, suivi en ambulatoire depuis 1 an. Il avait une dyspnée d'effort stade III de NYHA sur une polyvalvulopathie rhumatismale avec une IM importante, une dilatation du VG, une insuffisance tricuspидienne fonctionnelle modérée et une IAo grade II associée à une HTAP. Nous avons réalisé une plastie mitrale associée à la plastie tricuspидienne de DEVEGA. Une échographie doppler cardiaque postopératoire a confirmé l'absence de fuites mitrales et tricuspидiennes. Les Suites opératoires à court terme ont été simples.

**Conclusion** : Les valvulopathies rhumatismales sont des pathologies graves avec une morbi-mortalité élevée. La plastie valvulaire dans les atteintes valvulaires rhumatismales chez l'enfant lorsque réalisable a beaucoup plus d'avantage que le remplacement valvulaire.

**Mots clés** : Polyvalvulopathie, Rhumatismal, Gravité, Plastie.

# Conférences

## (CONF)

## **CONF 01. HEMORRAGIE AIGUE DU TROISIEME TRIMESTRE**

TRAORE Youssouf,

Maitre de Conférences Agrégé de Gynécologie-Obstétrique, FMOS, USTTB

Téléphone : 66 71 01 94 ; email : [drtraorey@yahoo.fr](mailto:drtraorey@yahoo.fr)

### **Résumé :**

L'hémorragie constitue la première cause de mortalité maternelle dans le monde. En Afrique en particulier et les pays en développement en général, l'impact des hémorragies au cours de la grossesse est encore plus important. Elles constituent une urgence obstétricale.

L'hémorragie du troisième trimestre est celle qui survient dès lors que la grossesse atteint 28 semaines. Elle sera dite aigue si elle survient de façon brutale entraînant immédiatement ou à très court terme le pronostic maternel et ou fœtal. Les hémorragies aigues du 3<sup>e</sup> trimestre compliquent 5 à 10% des grossesses ; Leurs causes sont nombreuses et dominées par trois pathologies qui sont : l'hématome retro placentaire, le placenta prævia et la rupture utérine. Le mécanisme de survenue de ces pathologies est variable. Si l'HRP est le plus souvent dû à l'HTA chez la femme enceinte, le placenta prævia est en rapport avec une adhérence ou l'extension du placenta sur le segment inférieur. Quant à la rupture utérine, elle est plus fréquemment rencontrée dans nos pays sous équipés et où le suivi prénatal est insuffisant à des dystocies mécaniques. Leur diagnostic est généralement facile. Avant toute orientation diagnostique il faut évaluer le retentissement maternel et fœtal en précisant les signes vitaux. Ensuite il faudra préciser les antécédents, les circonstances de survenue. Une fois le diagnostic fait, la prise en charge multidisciplinaire comprenant le réanimateur, l'obstétricien, le pédiatre doit commencer sans délai. De façon schématique, si le pronostic vital maternel est en jeu, une césarienne sera réalisée. Si non selon l'étiologie et l'âge de la grossesse, la gestante sera hospitalisée afin de réduire le risque lié à une prise en charge hâtive et non justifiée.

Les facteurs pronostiques comprennent la spoliation sanguine, la rapidité du diagnostic, la prise en charge multidisciplinaire, la disponibilité des produits sanguins, l'âge de la grossesse, la dextérité de l'équipe. Le pronostic materno-fœtal est généralement mauvais avec des taux de décès qui varient selon les causes. Conclusion : Les hémorragies aigues du troisième trimestre constituent une préoccupation pour l'équipe obstétricale (obstétricien, anesthésiste réanimateur, pédiatre). Leur pronostic est lié à l'efficacité et à la rapidité de la prise en charge.

**Mots clés :** hémorragie aigue du troisième trimestre, HRP, Placenta prævia, rupture utérine, réanimation, décès materno-fœtal.

## **CONF 02. QUELLE ANESTHESIE POUR CESARIENNE EN URGENCE**

**Tetchi Y, Mobio N M**

### **Plan**

#### Introduction

- I- Notions générales
- II- Nos travaux scientifiques de 2012
- III- Nos Travaux scientifiques en CI 2016-2017

#### Conclusion

### **Introduction**

L'anesthésie pour la césarienne en urgence est un problème majeur pour les anesthésistes en Afrique. Les indications tardives, les longs délais de prise en charge et les conditions difficiles de notre pratique d'anesthésie sont des facteurs importants de décès maternel et fœtal. Dans ces dernières années la prise de conscience a tendance à donner une lueur d'espoir.

#### **I- Notions générales**

Les indications de césarienne en urgence se regroupent en trois chapitres : obstétrical, fœtal et maternel. Et les urgences sont classées en trois degrés : extrême urgence (< 10 min), urgence vraie (10-15 min) et urgence différable (> 30min). L'anesthésiste pose ses indications d'anesthésie en fonction des indications et des degrés d'urgence.

L'anesthésie pour l'urgence obstétricale se fait par rapport à un algorithme décisionnel en fonction des degrés d'urgence.

#### **II- Nos travaux scientifiques en 2012**

Les différentes communications des journées scientifiques de la SARANF publiées dans la RAMUR 2012 ; tom 17, N°4

Donnaient les résultats suivants :

- La prévalence des césariennes en urgence variaient sensiblement d'un pays à un autre. En Côte d'Ivoire de 44 à 52 %, au Mali de 60 % au Cameroun de 70 %
- Les indications étaient représentées par les dystocies (20-31 %), la souffrance fœtale aiguë (23-45 %) l'hémorragie obstétricale (5-10 %)
- Les délais d'admission (Début de travail obstétrical-admission au CHU) de quelques heures à quelques jours et les délais de prise en charge (admission-césarienne) de 4 à 6 heures
- L'anesthésie en urgence obstétricale était pratiquée dans nos capitales à 60 – 80 % par les infirmiers anesthésistes diplômés d'état seuls et de 20 à 40 % en présence des médecins anesthésistes

- La rachianesthésie était pratiquée à 14,43 % à Yaoundé, 42,20 % à Bamako et 60 à 65 % à Abidjan.
- Le décès maternel variait de 0,5 à 2%, et le décès fœtal de 7 à 8 %

### III- Nos travaux scientifiques en Côte d'Ivoire 2016-2017

A l'issue des travaux scientifiques de 2012, nous avons axé nos efforts sur l'enseignement et la formation des médecins et les infirmiers anesthésistes concernant l'anesthésie en obstétrique. Nos études récentes (mémoire de DESAR, non encore publié) donnent les résultats suivants :

- 39,40 % des parturientes provenaient de formations sanitaires urbaines et communautaires (FSU-COM), 36,20 % de leur domicile, et 24,40 % des hôpitaux généraux. Le transfert des patientes se faisait à 27,88 % par les ambulances non médicalisées, 50,77 % par les taxis de ville.
- Les indications étaient dominées par la SFA (21,01 %), l'hémorragie obstétricale (19,03 %), utérus cicatriciel et syndrome de pré rupture (14,02 %), circulaire de cordon (12,75 %), HTA et ses complications (7,50)
- La CPA était obligatoire pour toutes les parturientes
- La pratique anesthésique se faisait dans les heures normales (08 h – 16 h) à 41,60 % et pendant la garde (16 h- 08 h) à 58,40 %
- L'anesthésie était réalisée à 68,2% par l'infirmier anesthésiste seul et 31,80 % avec le médecin anesthésiste.
- La rachianesthésie représentait 82,24 % et l'anesthésie générale 17,76 %
- Le décès maternel était de 0,54 % soit 545,03 / 100 000 anesthésies en urgence ; le décès fœtal était de 11,39 % et l'admission des complications en réanimation était de 1,89 %.

Nos enseignements et formations sur la rachianalgésie associant la Bupivacaïne, la morphine et le Fentanyl, Par rapport de leur site d'action, délai d'action et durée d'action différents

En fonction des doses administrées en RA

- La Bupivacaïne a un délai d'action de 4-6 min, et une durée d'action de 2-3 heures
- Le Fentanyl a un délai d'action de 2 à 4 min et une durée d'action d'environ 1 heure
- La morphine a un délai d'action de 1 h 30 et une durée d'action 48 à 72 heures

**Conclusion :** Les Problèmes de l'anesthésie pour la césarienne en urgence sont certes nombreux. Il existe facteurs non modifiables par l'anesthésiste et des facteurs modifiables à notre portée. Nous devons, pays africains francophones mettre ensemble nos forces pour améliorer la vie de nos parturientes.

## **CONF 03. HEMORRAGIE GRAVE DU POST PARTUM**

Pr KEITA Mohamed, Maitre de Conférences Anesthésie - réanimation, FMOS, USTTB

Téléphone : 66 72 26 88 ; email : [bilkeita@yahoo.fr](mailto:bilkeita@yahoo.fr)

### **RESUME**

L'hémorragie du post partum (HPP) constitue la principale cause de mortalité et de morbidité maternelle dans le monde. C'est une urgence obstétricale, souvent imprévisible, mettant en jeu le pronostic vital et fonctionnel. Elle nécessite pour sa prise en charge, des ressources internes, des moyens externes, et une collaboration multidisciplinaire.

L'hémorragie grave du post partum se définit par une perte  $\geq 500$  ml après accouchement dans les 24h qui suivent la naissance. La mortalité est élevée dans les pays peu développés (70%) à cause de sa sous-estimation, du retard et de l'inadéquation du traitement. Sa prise en charge doit être multidisciplinaire rapide et « agressive ».

Les facteurs de risque de survenus de l'hémorragie grave du post partum sont entre – autre l'âge maternel avancé, l'absence de consultation prénatale, les grossesses multiples, la prééclampsie, le placenta prævia, les antécédents d'hémorragie du post partum.

Le diagnostic de gravité de l'hémorragie grave du post partum se fait sur la base d'une perte sanguine  $\geq 1000$  ml et un taux d'hémoglobine  $\geq 4$  g/dl.

IL s'agit d'une urgence vitale, dont la prise en charge immédiate est multidisciplinaire simultanée conjointe (obstétricien, sage-femme, anesthésiste, IADE). Cette prise en charge à 2 objectifs simultanés : Restaurer une perfusion/oxygénation tissulaire et obtenir l'hémostase, elle va nécessiter une réanimation symptomatique de l'état de choc et des procédures chirurgicales (embolisation, ligatures vasculaires et hystérectomie d'hémostase en dernier recours.

La prise en charge anesthésique fait appel à une induction à séquence rapide, une diminution des posologies des drogues. Les produits anesthésiques utilisés sont la Kétamine, l'Etomidate, la Célocurine et les Morphiniques

### **Conclusion**

L'hémorragie grave du post partum est d'une gravité souvent sous-estimée, elle nécessite une prise en charge rapide, efficace, multidisciplinaire associant les utérotoniques, les prostaglandines, la transfusion sanguine aux facteurs de coagulation.

Une bonne réanimation permet souvent d'éviter la chirurgie particulièrement difficile dans ces conditions.

**Mots clefs** Hémorragie, Post – partum, Prise en charge

## **CONF 07. Arrêt cardiaque en obstétrique au bloc opératoire**

Conférencier : **Dr. Mamadou Karim TOURE**

Mail : [mktml3@gmail.com](mailto:mktml3@gmail.com)

La survenue d'un arrêt cardiaque, au bloc opératoire en obstétrique est un événement rare et touche généralement les femmes jeunes et souvent en bonne santé avec un pronostic effroyable tant pour la mère que pour le fœtus. Son incidence dans les pays développés est estimée à 1/20 000 grossesses. Le risque de décès maternel est corrélé à l'âge de la parturiente, à l'étiologie de l'arrêt cardiaque et de comorbidité associée. Le risque est au plus bas (6 pour 100.000 naissances vivantes) dans la tranche d'âge de 20 à 29 ans. En revanche, il augmente entre 35 et 39 ans (trois fois plus élevé), est multiplié par huit entre 40 et 44 ans et par trente après 45 ans. Le risque est également deux à trois fois plus important chez les femmes d'Afrique subsaharienne ou d'autres nationalités que chez les femmes de nationalité française, européenne ou d'Afrique du Nord. Il s'agit dans 72 % des cas de femmes multipares et dans 25 % des cas de femmes ayant un antécédent d'utérus cicatriciel. La prise en charge de l'arrêt cardiaque en obstétrique au bloc opératoire obéit aux règles de la réanimation cardio-respiratoire symptomatique par rapport à une patiente non-enceinte ; hormis la prise en compte des modifications physiologiques et anatomiques de la grossesse ainsi que la recherche d'étiologies spécifiques de l'arrêt cardiaque en contexte obstétrical. Ces particularités ont fait l'objet de recommandations adaptées (SOAP et l'ILCOR 2010 et 2015). Lors des AC survenant au-delà de 20-24 SA, la compression aorto-cave par l'utérus gravide rend le massage cardiaque externe inefficace, l'application du choc électrique externe obéit à des règles. L'utérus doit donc être récliné manuellement par un aide durant le massage cardiaque externe vers la gauche. Le contexte très particulier de la survenue d'un arrêt cardiaque au bloc opératoire mérite de ce point de vue une attention toute particulière. Cela pourrait concerner : à l'arrivée au bloc opératoire avant induction, lors de l'induction, au décours immédiat de l'intubation, lors de l'entretien de l'anesthésie, au cours de l'intervention chirurgicale elle-même, après la fin de l'anesthésie, lors du transport du patient du bloc opératoire jusqu'en salle de surveillance post opératoire.

L'arrêt cardiaque au bloc opératoire, est une situation de crise nécessitant à la fois : anticipation (Check List) et gestion d'équipe. L'évaluation préopératoire correcte, la surveillance du monitoring périopératoire et post opératoire immédiate demeurent le premier moyen de prévention et d'anticipation de la prise en charge de l'arrêt cardiaque au bloc opératoire. Aussi, des efforts de formation et d'enseignement par stimulation de l'équipes d'anesthésie est souhaitable.

### **Références :**

1-Girotra S, Nallamotheu BK, Spertus JA et al. Trends in survival after In-Hospital Cardiac Arrest.

N Engl J Med 2012;367;1912-1920.

2-Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle (2011) 3ème Rapport (période 2001-2006), 19 janvier

[http://www.invs.sante.fr/display/?doc=publications/2010/mortalite\\_maternelle/](http://www.invs.sante.fr/display/?doc=publications/2010/mortalite_maternelle/)



index.html

3- Jang, Y.-E., Do, S.-H. & Song, I.-A. Vasovagal cardiac arrest during spinal anesthesia for Cesarean section -A case report-. *Korean J. Anesth.* **64**, 77–81 (2013).

4- Lipman SS, Wong JY, Arafeh J et al. Transport decreases the quality of cardiopulmonary resuscitation during simulated maternal cardiac arrest. *Anesth Analg.* 2013;116:162-7.

5- Lipman S, Cohen S, Einav S, et al. The Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology consensus statement on the management of cardiac arrest in pregnancy. *Anesth Analg.* 2014;118:1003-16.

**Mots clés:** Arrêt, cardiaque, bloc opératoire, obstétrique

## **CONF 13 (INF 2). Hématome retro péritonéale compliquant une hémorragie grave du post partum : à propos d'un cas observe au CHU d'Angers (France) et revue de la littérature**

Diallo B<sup>1</sup>, Dicko H<sup>1</sup>, Traoré S<sup>1</sup>, Saint-Martin M<sup>2</sup>, Keita M<sup>1</sup>, Coulibaly Y<sup>1</sup>

1. Service d'Anesthésie-Réanimation, CHU Point G / Mali

2. Département d'Anesthésie-Réanimation, CHU Angers / France

Correspondant : Dr DIALLO Boubacar, Email : [aboudiallo@gmail.com](mailto:aboudiallo@gmail.com)

### **RESUME**

**Introduction** : l'hémorragie du post partum constitue la première cause de mortalité maternelle dans le monde. Dans les pays a ressources limitées, son impact est encore plus important. Elle constitue une urgence diagnostique et thérapeutique.

**Observation** : Nous rapportons le cas d'une patiente de 39 ans ayant présenté une hémorragie du post partum (HPP) immédiat dans un contexte de prééclampsie sévère, et d'accouchement instrumental suite à un travail déclenché pour troubles du rythme cardiaque fœtal. Dans ses antécédents on retrouvait une HPP lors du dernier accouchement.

L'évolution clinique fut rapidement gravissime avec un tableau de choc hémorragique (TA = 47/30 mmHg Fc = 73 bpm, ph artériel = 6,93 ; lactates = 7,8 mmol/l), une déglobulisation aigue supérieure a 4g/dl associée à une défibrination (fibrinogène = 0,5g) et une thrombopénie sévère a 38 000/mm<sup>3</sup>, et des pertes sanguines estimées à 2000 ml

Admise au bloc après les premières mesures thérapeutiques et de réanimation, à l'exploration on découvre un hématome rétro-péritonéal de 3000 ml sur une rupture utérine latérale avec atteinte des pédicules cervico-vaginal et utérin droits.

Les thérapeutiques réalisées : hystérectomie d'hémostase, transfusion de 11 CGR, 9 PFC; administration de 4g de fibrinogène, 1g d'Exacyl, et 2g de calcium.

Les suites opératoires ont été simples. La patiente fut sevré de la noradrénaline a H8 post opératoire et exéatée à J4.

**Conclusion** : Les hémorragies du post partum constituent une préoccupation pour l'équipe soignante. Leur pronostic est lié à des actions simultanées coordonnées et multidisciplinaire impliquant l'obstétricien, l'anesthésiste réanimateur, le radiologue et l'approvisionnement en produits sanguins.

**Mots clés** : hémorragie post partum ; rupture utérine, réanimation, hématome retro péritonéal.

## **CONF 11. PRISE EN CHARGE DES TRAUMATISMES CRANIENS GRAVES (TCG) A LA PHASE PRECOCE**

**MANGANE MI, ALMEIMOUNE A, Diop Th M, S KOITA, DIALLO B, DIANGO DM**

**Correspondant : [mbayemangane@gmail.com](mailto:mbayemangane@gmail.com)**

### **RESUME**

**Introduction :** Le TCG est un Problème majeur de santé publique, mettant en jeu le pronostic vital et fonctionnel, la mortalité reste élevée ( 40-50%) avec retentissement socioéconomique.

### **I-Généralités :**

#### **1 .Définition et évaluation d'un TCG :**

TCG : traumatisme craniocérébrale dont le GCS inf ou = 8 GCS : score le + utilisé / simple / reproductible / répété

#### **2 .Rappels sur la Physiologie cérébrale**

**A. La dynamique intracrânienne :** la boîte intracrânienne rigide a 3 principaux volumes constants : Le Tissu cérébral, LCR, le volume sanguin Cérébral déterminé par la Loi de Monroe Kellie ( $V1 + V2 + V3 = cste$ ), toute cause d'augmentation volumétrique (hématome, œdème, hydrocéphalie) vont altérer la dynamique intracrânienne.

**B. Le métabolisme cérébrale :** La principale source d'énergie pour le cerveau est le glucose, dépourvu de réserve et dépend de la perfusion sanguine, plus les besoins et consommations sont importantes en oxygène plus est la grande sensibilité à l'hypoxie.

**C. Activité neurologique :** Transport transmembranaire d'ions par pompe  $Na^+/K^+$  ATPase en cas d'hypoxie ou ischémie il y a l'arrêt de ces pompes et la correction rapide entraîne la reprise d'activité neurologique.

**D. Débits et volumes cérébraux :** Le débit sanguin cérébral (DSC) normal = 50ml /100g/min (adulte)

Autorégulation cérébrale : DSC / PPC en cas de TCG il y a une perte de l'autorégulation

**II. Physiopathologie :** En plus des lésions primaires, les lésions secondaires surajoutées notamment les facteurs systémiques (hypotension artérielle et hypoxie), les facteurs intracrâniens (HTIC, crises comitiales, dont le dénominateur commun est l'ischémie responsable de morbidité, la PEC est basée sur la prévention et traitement des facteurs systémiques (ACSOS), l'imagerie pour guider le traitement des facteurs intracrâniens

**III. PEC Préhospitalière :** Elle est basée sur l'évaluation neurologique à travers le score de Glasgow associée aux signes de focalisation et la réactivité pupillaire et aussi l'évaluation hémodynamique et respiratoire a fin dépister et traiter les ACSOS ( hypotension et hypoxémie), limiter l'hypertension intracrânienne, la gestion de défaillance respiratoire, circulatoire et métabolique, le maintien d'une hématose correcte, la stabilisation hémodynamique, le contrôle de la capnie, de la T°, de l' Hb>ou égal à 10g /dl, l'analgésie +sédation, l'osmothérapie si mydriase bilatérale ou anisocorie, position tête 30°, rechercher les lésions associées, monitoring pendant le transport + Régulation médicale ( SAMU) ECG, TA , SaO2, capnie +ou- doppler Transcrânien (DTC), orientation du TCG.

- **Evaluation du TCG : En plus du GCS** les éléments à recueillir : Mécanisme du traumatisme, age , signes neurologiques (Pupilles Déficit Epilepsie), fonctions vitales , Fréquence cardiaque, pression artérielle, ventilation, les lésions extra-crâniennes associées, traitement effectués / sédation + traumatisme Crânien modéré : CGS :9-13 + Avec aggravation neurologique (convulsion) ou associé à une détresse respiratoire ou lésions thoraco-abdominales ou faciale sévère pas de travaux mais pas de différence de pronostic considéré comme TCG.
- **Maintien d'une hématose correcte :** oxygénation efficace au masque, contrôle des VAS (Intubation oro trachéale), 3 intervenants + Induction séquence rapide + Sellick + ventilation adaptée : SaO2  $\geq$  90mmHg / PaO2 > 60 mmHg
- **Stabilisation hémodynamique :** stabilité tensionnelle, PAM = 80 mm Hg, le TC isolé n'est pas une cause de collapsus cardiovasculaire, il faut rechercher une atteinte médullaire, en cas d'hémorragie, remplissage vasculaire avec du sérum salé isotonique si échec de remplissage catécholamine (noradrénaline).
- **L'objectif de capnie** est d'avoir une PaCO2 entre 35-40 mmHg, pour la température il ya pas de bénéfice prouvé de propriété neuroprotectrice de l'hypothermie réservée aux HTIC réfractaires (33°-35° 48h).
- **Analgésie + Sédation :** Morphine (Fentanyl) + BZD (Midazolam)  
**Osmothérapie** à réaliser devant l'inégalité du diamètre pupillaire / dégradation neurologique non expliquée par la TDM . Le mannitol 20% à raison de 0,20-1g/kg soit 1-5ml/kg après remplissage, le Sérum Salé hypertonique 7,5% (120ml/), Thérapeutique d'urgence ne présente aucun intérêt en utilisation chronique
- Position tête à 30°, maintien de l'axe tête-cou-tronc pour baisser la PIC, amélioration du retour veineux. Il faut chercher les lésions associées : TC n'est jamais isolé jusqu'à preuve du contraire Rachis
- **Orientation du TCG :** L'orientation doit être faite vers un centre de neuro-traumatologie de référence à travers la régulation médicale qui permet un accès facile, rapide et simple il faut éviter à tout pris les transferts secondaires ou le plateau technique est inadapté .Passage par établissement de proximité seulement si détresse vitale ( ex: état de choc incontrôlable) Réduction de morbidité.

#### IV. Prise en charge hospitalière

- A. à l'accueil :** En salle de déchoquage + Réévaluation ( Neuro – HD – Respiratoire ) .  
 Bilan radio de débrouillage (Rachis, Poumon, Bassin, Abdo). Eliminer une urgence neurochirurgicale en demandant la TDM cérébrale, s'aider dès que possible du Doppler Transcrânien, cette TDM cérébrale est l'examen de choix à la phase précoce, explore le rachis et les signes à rechercher sont :L' Œdème cérébral diffus, contusion/hématome, déplacement de la ligne médiane hémorragie intraventriculaire/ sous arachnoïde, lésions axonales diffuses. La TDM doit être répétée si réalisée en moins de 3h ou aggravation neurologique non expliquée par celle-ci Indications urgentes : HED, HSD sup 5mm, hydrocéphalie aiguë, embarrure ouverte Angiographie, IRM cérébrale en complément pas à la phase précoce, hématome intracérébral, contusion hémorragique> 15mL+déplacement de la ligne médiane et oblitération des citernes de la base évacuation la plus précoce possible d'HED symptomatique
- B. En réanimation :** Il s'agit d'un monitoring spécifique multimodal: PIC, SVj O2, DTC (doppler Transcrânien), EEG continu, Pression tissulaire en O2 (PtiO2), monitoring biologique, Mesures chirurgicale, traitement médical de l'HTIC

Monitoring de la PIC: Intérêt diagnostic et pronostic, le drainage et contrôle du LCR, par la mise en place de cathéters intraventriculaire (DVE), contre indiqué en cas de trouble de l'hémostase (TP > 60% , Plq > 150Milles ), le risque infectieux et celui du risque de dérive de zéro pour le capteurs intra parenchymateux. L'objectifs de traitement de toute élévation de PIC > 20 mm Hg de plus de 10 min et obtenir une PPC > 60 mmHg toujours couplé à la PAM (PPC=PAM-PIC).

#### **Indication de l'oxygénation cérébrale**

SVj O2: reflète l'équilibre cérébral entre la demande et l'apport en O2 , annonce l'ischémie cérébrale .Normal entre (55- 75% ) ° SVjO2 < 55% Ischémie cérébrale, SVjO2 > 75% hyperhémie Infarctus constitué

Doppler Transcrânien (DTC) : Apprécie les conditions de perfusion cérébrale en visualisant le profil des vitesses du sg dans les artères du polygone de Willis ( art cérébrale moyenne), sonde de basse Fréquence (2 Mhz).

Index de pulsatilité : vitesse systolique – vitesse diastolique sur vitesse moyenne valeur normale = 0,8-1, très maniable, non invasif / pas de problème si trouble de crase, accessible au lit de patient, autorise la répétition de mesure **Si Vd < 20 cm/s et IP > 1,4 nécessite un traitement immédiat**

Autres moyens de monitoring multimodal : EEG continu, pression tissulaire en O2 (PtiO2), monitoring biologique (protéine S100β).

#### **Prise en charge de l'HTIC : Mesures générales**

Lutte contre l'hyperthermie, éviter gêne de retour veineux, oxygénation adéquate, Normocapnie, prophylaxie convulsion, Valeur optimale pour PPC=70 mmHg, sédation Analgésie, tête 30°

Mesures spécifique d'HTIC : Osmothérapie, drainage de LCR, hypothermie modérée, HTA induite, SSH / Craniectomie décompressive

**Conclusion:** L'amélioration du pronostic des TCG passe par la médicalisation Préhospitalière, adaptation du plateau technique, un centre spécialisé multimodal en tenant compte des chiffres suivants: PAM > 80mmhg .SAO<sub>2</sub> > 90%, PAO<sub>2</sub> > 60mmhg. .PaO<sub>2</sub> = 35-40mmhg. .Ht = 30%, Hb = 10g/dl. . 35 < T° < 37 ° ..PIC < 20-25mmhg. .PPC > 60 mmhg. .SVjO<sub>2</sub> > 55%.

## **CONF 17. CHOC CARDIOGÉNIQUE EN 2017**

Diop Th M., Mangané M, Almeimoune A, Beye S. A Dembele. A.S, Samake B.M, Diango M.D<sup>1</sup>

Correspondant : Dr DIOP Thierno Madane; [madane.diop@gmail.com](mailto:madane.diop@gmail.com) ;

Tel: 0022376169889

### **RESUME**

#### **I DEFINITION**

Le choc cardiogénique une défaillance aiguë et sévère de la pompe cardiaque, concernant la fonction systolique et/ou diastolique, sur le plan clinique elle se manifeste par hypotension artérielle (PAS inférieure à 90 mmHg) avec un index cardiaque abaissé (inférieur à 2,2 litres/minute/m<sup>2</sup>), et une PAPO supérieure à 18 mmHg Entraînant une altération profonde de la perfusion tissulaire et une anoxie tissulaire.

#### **II EPIDEMIOLOGIE**

Plus de 70 % des CHOC C sont liés à un infarctus aigu du myocarde (IDM), ST+, Néanmoins, la survenue d'un choc au cours d'un IDM est rare (4,2 à 8,6 % selon les séries) .

#### **III PHYSIOPATHOLOGIE**

Les mécanismes impliqués dans la pathophysiologie du choc cardiogénique sont complexes et multiples. Physiologiquement, le débit cardiaque est déterminé par le volume d'éjection systolique et la fréquence cardiaque, cette conception classique est aujourd'hui revue à la lumière des données recueillies dans l'étude SHOCK. Il est apparu que les résistances vasculaires systémiques, mesurées lors de la phase aiguë d'un choc cardiogénique post-infarctus myocardique, étaient basses ou normales alors que des vasopresseurs étaient bien souvent associés. En effet, (SIRS) est souvent présent lors de la phase initiale de l'infarctus du myocarde avec une production de cytokines pro-inflammatoire, responsable d'une vasodilatation. Ischémie myocardique entraîne une dysfonction du VG qui touche simultanément les fonctions systolique et diastolique, alors que la dysfonction systolique se traduit par une baisse du débit cardiaque (< 2,2 l/min/m<sup>2</sup>) cette diminution d'apport en oxygène s'accompagne d'une augmentation des besoins en oxygène du myocarde. Ces conditions de métabolisme anaérobie provoquent une accumulation de lactates et de phosphates inorganiques, une sortie du potassium et une rentrée massive de sodium, une altération des fonctions myocytaires et de la compliance myocardique.

#### **IV DIAGNOSTIC :**

A - Clinique : On retrouve des signes d'hypo-perfusion tissulaire (marbrures, extrémités froides, temps de recoloration allongé, sudation), cérébrale (trouble de la vigilance, agitation, convulsion), oligurie et tachypnée. Souvent un œdème aigu du poumon (OAP).

B - Paraclinique : Electrocardiogramme : ST + ; Echocoeur : fonctions systolique et diastolique du VG et VD, FE, pression, la volémie

un dosage : Troponines ; urée et créatinine ;gazométrie artérielle ;C-réactive (CRP) ; (BNP)13,14

**V PRISE EN CHARGE :**

Elle repose sur :

A – OXYGÉNATION : Optimaliser l’oxygénation tissulaire est le but principal du traitement.

Il faut augmenter la fraction inspirée d’oxygène de l’air inhale.

B - LES INOTROPES : dobutamine ; inhibiteur phosphodiesterase de type III levosimendan.

C - THÉRAPEUTIQUES INSTRUMENTALES : Utilisées en dernier recours après l’échec de l’approche médicamenteuse, il s’agit de LA CPIA , et L’ECMO

**CONCLUSION :** Le choc cardiogénique reste grevé d’une haute mortalité malgré les progrès réalisés dans la compréhension de sa physiopathologie et des approches thérapeutiques.

L’enjeu réside donc principalement dans le diagnostic précoce, l’initiation rapide des mesures de réanimation et le traitement étiologique.

## **CONF (Symposium 2). L'antibioprophylaxie en chirurgie**

Dr COULIBALY Mahamadoun ; E-mail : [mahacoulibaly@yahoo.fr](mailto:mahacoulibaly@yahoo.fr)

### **REESUME**

L'antibioprophylaxie en chirurgie correspond à l'administration d'antibiotique avant qu'une contamination bactérienne ne survienne durant la réalisation d'un geste opératoire. Elle fait partie intégrante des procédures de prévention des infections du site opératoire (ISO). Ces ISO étant la 3ème cause d'infections nosocomiales, une antibioprophylaxie adaptée réduit de moitié leur risque de survenue.

Elle répond à un certain nombre de critères et d'exigence afin de minimiser au maximum le risque sélection de germe multi résistant tout en assurant une protection periopératoire.

Sa mise en route ainsi que ses modalités de prescription est pluridisciplinaire (anesthésistes, chirurgiens, infectiologue) sous le contrôle du comité de lutte contre les infections nosocomiales de la structure de santé (CLIN) ; elle est prescrite pendant la consultation pré anesthésique, le médecin prescripteur est l'anesthésiste-réanimateur, il a comme outil de décision la classification « d'ALTEMEIER » validée par la SFAR, d'autres scores sont aussi utilisés tel que le « NNISS (*National nosocomial infections surveillance system*) ».

Les grands principes de sa mise en route (qui font l'objet d'une littérature abondante et de recommandations assez régulières) sont entre autre :

- Elle concerne certaine chirurgies propres, toutes les chirurgies propres contaminées. Les chirurgies contaminées et sales font l'objet d'une antibiothérapie avec des principes différents de ceux de l'antibioprophylaxie.
- Elle s'adresse à une cible bactérienne définie, reconnue comme la plus fréquemment en cause doit donc comporter une molécule incluant dans son spectre ces cibles bactériennes.
- La molécule utilisée doit avoir un spectre étroit et ne pas être utilisée en curatif
- L'administration doit précéder l'incision de 30 min, une réinjection est faite toutes les 2 ½ vies de la molécule afin d'assurer une bonne concentration tissulaire de l'incision à la fermeture.
- Sa durée est limitée à la période opératoire, parfois jusqu'à 24heures postopératoire, exceptionnellement à 48heures postopératoire et jamais au-delà.

Il sera l'occasion pour nous de faire sortir les nouveautés et des nouvelles mis au point du dernier RFE à ce jour qu'est le « RFE SFAR, Antibioprophylaxie en chirurgie et en médecine interventionnelle : 2017 » avant de faire le point sur la pratique et le respect des recommandations dans notre pratique au quotidien. Le risque d'émergences de germes impossible à traiter est désormais une réalité dans la littérature anti infectieuse, nous ferons un aperçu des risques encourus par le patient et par la communauté suite à une mauvaise pratique de l'antibioprophylaxie.

