

Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple-Un But-Une Foi



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

FMOS

Année universitaire 2019-2020

Thèse N° /

THEME

**PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS VUS EN CONSULTATION
PRE-ANESTHESIQUE AU CHU IOTA**

Présenté et Soutenu publiquement le 09 / 06 /2021 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie par :

Mme Djénéba DJIMDE

**Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)**

JURY

Président : Professeur Djibo Mahamane **DIANGO**
Membre : Docteur Cheick **SOGODOGO**
Co-Directeur : Docteur Abdoul Hamidou **AL MEIMOUME**
Directeur : Professeur Aladji Seïdou **DEMBELE**

DEDICACE ET REMERCIEMENT

Louange à Dieu, le Clément, le Tout Miséricordieux. Lui qui nous a permis de voir ce jour tant attendu.

Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est donc avec amour, respect et gratitude que :

Je dédie cette thèse...

✓ **A notre père feu Akon dit Mamadou DJIMDE,**

Très tôt il nous a quitté pendant que nous étions toutes jeunes, nous aurions voulu partager ce moment précieux avec lui mais hélas !

Puisse Dieu tout puissant, assurer le repos de son âme, par sa miséricorde, lui accorder sa clémence et l'accueille dans son paradis.

✓ **A notre mère Yatanou NIANGALY,**

Merci pour tout l'amour que tu nous as donné, et les valeurs que tu nous as inculqué, cela nous a permis de tenir toutes ces années loin de toi, merci pour le combat, le courage, la ténacité dont tu as fait preuve afin que nous ne manquions de rien. Ce travail est le fruit de tes peines et de tes efforts, ainsi l'humble gratitude de ta fille. Puisse Dieu tout puissant t'accorder santé et longue vie.

✓ **A notre tuteur, oncle Djamakounom Jean DJIMDE,**

Nous n'oublierons jamais le soir où tu nous as donné un toit, les mots nous manquent pour témoigner de tout le soutien moral, matériel et financier dont tu as fait preuve, ta patience et ta compréhension, papa ce travail est le fruit de tes efforts, Que le seigneur te confie une longue vie dans la santé, la paix et la tranquillité du cœur, beaucoup de bonheur dans la famille.

✓ **A notre époux, Mr Laya KASSOGUE,**

Notre vie à deux a été couronnée par des épreuves ces dernières années cependant tu as fait de notre étude une priorité, ta patience ta compréhension, ton soutien morale et financier nous ont été d'un grand secours, que notre foyer résiste à l'épreuve du temps, sincère remerciement.

✓ **A notre grand frère aîné, Hamidou DJIMDE,**

Tu as toujours été quelque part à nos côtés, à souffler des mots de tendresses et d'encouragements à continuer notre chemin. Ce travail t'est dédié en guise de reconnaissance tout en te souhaitant une vie meilleure pleine de bonheur de prospérité et de réussite.

✓ **A nos oncles et nos tantes,**

Veillez trouver ici l'assurance de notre profond respect et notre fidèle attachement, nous espérons que vous trouvez à travers ce travail l'expression de nos sentiments les plus chaleureux, que Dieu vous accorde santé et longue vie à vous et à votre famille

✓ **A nos frères, sœurs, cousins et cousines,**

En gage de témoignage de nos sentiments et nos souvenirs partagés, je vous dédie ce travail et vous souhaite beaucoup de bonheur.

Mes sincères remerciements

✓ **Au Mali**

Notre patrie, qui nous a accueilli et donné une éducation professionnelle.

✓ **Aux Pr DEMBELE. A. S ;**

Pour vos conseils et encouragements.

✓ **A Dr SOGODOGO .C;**

Merci pour la formation et la confiance.

✓ **A Mme Rafa MAIGA; Mr. BIRI. K; Mr. DEMBELE. E**

Pour tout le soutien que vous avez été pour nous pendant la réalisation de ce travail, nous vous souhaitons une bonne carrière professionnelle et une réussite sociale dans toutes vos entreprises.

✓ **A tous les médecins seniors ophtalmologistes du CHU-IOTA :**

Les Professeurs THERA. P. J et SYLLA.F ; les Docteurs DIALLO A ; TALL A ; GUIROU N ; SISSOKO M ; SIMAGA ; SAYE G ...

Apprendre auprès de vous fut un véritable plaisir pour nous.

✓ **A tout le personnel du bloc opératoire du CHU-IOTA :**

Le major Mr. COULIBALY Drissa et **Mesdames** BAGAYOKO ; COULIBALY.A DEMBELE.S ; FOMBA.F ; KONATE.B ; SANOGO ; GOITA.R ; MARIKO.A ; NOELIE.K ; OULOGUEM ainsi que **Messieurs** HAIDARA ; BERTHE ; SANOGO ; SIDIBE ; CAMARA.

✓ **Aux D.E.S : Dr. RODRIGUE ; Dr DIANY**

Pour leurs aides si précieuses dans l'accomplissement de ce travail.

✓ **A tous mes compagnons internes du CHU-IOTA :**

Koulsoum TOURE ; Dr Mamadou Tonkoro TRAORE ; Brice AMEGONOU ;
Dr Youssouf DEMBELE ; Kharlynce GODONOU, DJAMAHIRI ; Mamery
COULIBALY ; DJAO ;

Ce fut un honneur pour moi de faire partie de cette équipe dynamique et
solidaire. Bonne chance à vous tous.

✓ **A nos amis de promotion :**

Dr Fanta KALAPO ; Dr KAREMBE ; Dr HAIDARA Aminata ; Dr KONE
Yacouba ; Dr KANE Fatoumata ; Dr SAMAKE Assetou ; Dr NIARE Adama et
Nanan KONE

Votre soutien moral et matériel n'ont jamais fait défaut.

✓ **A tout le personnel du CHU-IOTA**

Travailler avec vous fut un véritable plaisir pour nous.

**A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce
travail, trouvez ici ma profonde reconnaissance.**

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur DJIBO MAHAMANE DIANGO

- ↳ Anesthésiste Réanimateur et Urgentiste
- ↳ Professeur titulaire à la FMOS
- ↳ Praticien hospitalier du CHU Gabriel Touré
- ↳ Chef de service du DARMU du CHU Gabriel Touré
- ↳ Chef du service d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel Touré
- ↳ Spécialiste en Pédagogie Médicale
- ↳ Secrétaire générale de la Société d'Anesthésie, de Réanimation et de Médecine d'Urgence du Mali (SARMU-Mali)
- ↳ Vice- président de la Société Africaine des Brûlés
- ↳ Membre de la Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR)
- ↳ Membre de la Société d'Anesthésie et de Réanimation de l'Afrique Francophone (SARAF)
- ↳ Membre de la Fédération Mondial des Sociétés d'Anesthésie Réanimation
- ↳ Président du comité d'organisation du 35^e congrès de la SARAF 2019

Honorable maitre

Vous nous faites un immense privilège en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos occupations professionnelles. Nous avons été comblés par votre gentillesse et l'amabilité de votre accueil. Nous sommes fiers de compter parmi vos élèves et gardons en mémoire tous les conseils et savoir acquis au cours de notre formation. Puisse ce travail être à la hauteur de vos attentes. Permettez-nous cher maître de vous exprimer notre profonde reconnaissance et notre grand respect.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur SOGODOGO CHEICK

- ↳ Médecin Anesthésiste Réanimateur
- ↳ Praticien Hospitalier au CHU IOTA
- ↳ Membre de la Société d'Anesthésie Réanimation de Médecine d'Urgence-MALI (**SARMU-MALI**).
- ↳ Membre de la Société d'Anesthésie Réanimation d'Afrique Francophone (**SARAF**).
- ↳ Membre de la **WFSA** (World Federation of Societies of anaesthesiologists)

Cher maître

Nous avons admiré votre disponibilité, votre simplicité votre ardeur au travail bien fait, et surtout la rigueur avec laquelle vous nous avez transmis vos savoirs. Des mots ici, ne sauraient vous traduire notre grande reconnaissance et notre profonde admiration comparée au temps accorder à ce travail.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur AL MEIMOUME ABDOUL HAMIDOU

- ↳ Médecin anesthésiste Réanimateur
- ↳ Maître-assistant à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako (**FMOS**)
- ↳ Praticien Hospitalier au CHU Gabriel Touré
- ↳ Membre de la Société d'Anesthésie Réanimation de Médecine d'Urgence-MALI (**SARMU-MALI**).
- ↳ Membre de la Société d'Anesthésie Réanimation d'Afrique Francophone (**SARAF**).
- ↳ Membre de la **WFSA** (World Federation of Societies of anaesthesiologists)

Cher maître

Nous sommes très honorés de vous compter dans ce jury de thèse. Nous avons eu auprès de vous le guide qui nous a reçus en toutes circonstances avec sympathie. Vos critiques et suggestions ont permis d'améliorer la qualité scientifique de ce travail. Nous avons été marquées par votre disponibilité et votre simplicité. Veuillez trouver ici, cher maître le témoignage nos sincères remerciements et notre profonde admiration.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur DEMBELE ALADJI SEIDOU

- ↪ Anesthésiste Réanimateur et Urgentiste
 - ↪ Maître de Conférences Agrégé à la FMOS
 - ↪ Praticien Hospitalier au CHU-IOTA
 - ↪ Chef de Service d'Anesthésiste Réanimation au CHU-IOTA
 - ↪ Trésorier de la SARMU-Mali
 - ↪ Membre de la SFAR
 - ↪ Membre de la Fédération Mondiale des Sociétés d'Anesthésie Réanimation
 - ↪ Trésorier de la SARAF
 - ↪ Membre de la commission scientifique de la SARAF
- Secrétaire générale du comité syndical de SNESUP de la FMOS / FAPH.

Honorable maître,

Vous avez été d'un apport indispensable à ce travail par non seulement vos qualités scientifiques mais par votre soutien et encouragement infaillible. Nous avons été très marqués par votre aptitude intellectuelle ; votre compétence professionnelle ainsi que votre modestie. Votre humanisme fait de vous un père et un formateur exemplaire. Permettez-nous cher maître de vous exprimer notre plus grand respect et notre éternelle reconnaissance.

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONSXI

LISTE DES TABLEAUXXIII

LISTE DES FIGURES.....XIV

INTRODUCTION 1

OBJECTIFS..... 3

I. GENERALITE..... 4

1.1. Définitions de la consultation pré-anesthésique 4

1.2. Histoire de la consultation pré-anesthésique 4

1.3. Objectifs de la consultation pré-anesthésique 5

1.4. Organisation pratique de la consultation pré-anesthésique..... 6

1.5. Base réglementaire de la consultation pré-anesthésique 8

1.6. Déroulement de la consultation pré-anesthésique..... 9

1.7. Les examens paracliniques 16

1.8. Conclusion de la consultation d’anesthésie..... 17

II. METHODOLOGIE 20

2.1. Cadre et lieu d’étude 20

2.2. Type et période d’étude 23

2.3. Echantillonnage 23

2.4. Population d’étude 24

2.5. Critères d’inclusion 24

2.6. Critères de non inclusion 24

2.7. Variables mesurées..... 24

2.8. La collecte et l’analyse des données :..... 24

2.9. Aspect éthique..... 24

III. RESULTATS..... 25

3.1. Données socio-démographiques	25
3.2. Données cliniques	28
3.3. Données de la consultation d'anesthésie.....	34
IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	38
4.1. Méthodologie.....	38
4.2. Données socio-démographiques	38
4.3. Données cliniques	39
4.4. Les examens complémentaires	40
4.5. Préparation des patients	41
4.6. Données de la conclusion de la consultation pré-anesthésique	42
V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	43
5.1. Conclusion.....	43
5.2. Recommandations	44
VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	I
SERMENT D'HIPPOCRATE	VI

LISTE DES ABREVIATIONS

AG	: Anesthésie Générale
ALR	: Anesthésie Locorégionale
ANAES	: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
APB	: Anesthésie Péri-Bulbaire
ASA	: American Society of Anesthesiologist
ATCD	: Antécédent
BDC	: Bruits du Cœur
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CPA	: Consultation Pré-Anesthésique
DCR	: Dacryo-cysto-rhinostomie
DDR	: Décollement De Rétine
ECG	: Electrocardiogramme
FMOS	: Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie
HTA	: Hypertension Artérielle
ARA	: Affection respiratoire aigüe
IEC	: Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion
IOTA	: Institut d'ophtalmologie tropicale de l'Afrique
M	: Mallampati
NFS	: Numération Formule Sanguine
NO2	: Protoxyde d'azote
NVPO	: Nausées et Vomissements Post-Opératoires
O2	: Oxygène
OCCGE	: Organisation de Coopération et de Coordination pour la lutte Contre les Grandes Endémies
ORL	: Oto-Rhino-Laryngologie

- PIO** : Pression Intraoculaire
ROC : Reflexe Oculo-Cardiaque
SaO2 : Saturation en oxygène
SAR : Service d'Anesthésie Réanimation
TCA : Taux de Céphaline Activée
TP : Taux de Prothrombine
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I : Indications de la consultation d’anesthésie selon le diagnostic chirurgical.	28
TABLEAU II: Répartition des patients selon les antécédents médicaux ...	29
TABLEAU III : Répartition des patients selon les bilans préopératoires réalisés	30
TABLEAU IV : Répartition des patients selon le taux de prothrombine (TP)	30
TABLEAU V : Répartition des patients selon la valeur du temps de céphaline activée (TCA)	31
TABLEAU VI : Répartition des patients selon la valeur de la glycémie à jeun.....	31
TABLEAU VII : Répartition des patients selon la valeur de la créatininémie	32
TABLEAU VIII : Répartition des patients selon la valeur de la pression artérielle.....	32
TABLEAU IX: Répartition des patients selon l’état pulmonaire	33
TABLEAU X : Répartition des patients selon l’état cardiaque.	33
TABLEAU XI: Préparation des patients : Pathologies décelées au cours de la CPA.....	35
TABLEAU XII : Répartition des patients selon la consultation spécialisée	35
TABLEAU XIII : Répartition des adultes selon la technique anesthésique	36
TABLEAU XIV : Répartition des enfants selon la technique anesthésique	36

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe	25
Figure 2: Répartition des adultes selon la tranche d'âge.	25
Figure 3 : Répartition des enfants selon la tranche d'âge :.....	26
Figure 4 : Répartition des patients selon la profession des adultes.....	27
Figure 5 : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux.....	29
Figure 6 : Répartition des patients selon le score de Mallampati.....	34
Figure 7 : Répartition des patients selon la classification ASA	34
Figure 8 : Répartition de la classification ASA en fonction de la technique anesthésique.....	37

INTRODUCTION

La consultation d'anesthésie est une consultation médicale programmée conjointement entre l'anesthésiste et les intervenants (chirurgien, radiologue, endoscopiste ...) elle doit avoir lieu entre 48 heures et 3 mois au plus avant l'intervention. L'évaluation pré-anesthésique requiert une attention particulière de l'état de santé du patient afin de minimiser au maximum le risque que pourrait encourir ce dernier ; elle est également le prélude à la planification du parcours du patient avant, durant et après le geste interventionnel [1].

Les premières descriptions de la consultation d'anesthésie remontent aux années 1947 dans les pays anglo-saxons. Ces consultations étaient limitées à certains patients considérés à haut risque ou à certaines interventions délicates et n'étaient de loin pas institutionnalisées [2]. De plus, les informations concernant l'organisation de la consultation d'anesthésie, son usage et ses résultats ne restaient vagues.

Élément important dans l'évaluation du risque opératoire, la consultation d'anesthésie dépasse de loin la simple visite pré-anesthésique la veille de l'intervention, par ses nombreux avantages pour le patient, pour l'anesthésiste et pour la société [3].

En effet elle est un temps d'information au cours duquel les techniques anesthésiques sont expliquées au patient et / ou à son entourage, leur risque exposé et recueillir le consentement éclairé du patient.

En France, défini comme un élément fondamental de la sécurité anesthésique, les conditions de réalisation de la consultation pré-anesthésique (CPA) sont régies par le décret du 5 décembre 1994 [4]. Il n'y a pas d'équivalent juridique en Allemagne, en Autriche ou en Suisse pas plus qu'aux États-Unis ou au Canada.

Le Mali à l'instar de beaucoup d'autres pays africains n'a pas de législation en la matière. Aussi le but de cette consultation reste méconnu du grand public et confus dans l'esprit des autres praticiens. La chirurgie ophtalmologique est la plus pourvoyeuse d'anesthésie.

L'anesthésie pour la chirurgie ophtalmologique est un secteur de la discipline anesthésique qui sort progressivement d'un relatif désintérêt, elle s'adresse aussi bien à des enfants qu'à des adultes [5]. La chirurgie ophtalmologique est essentiellement une chirurgie programmée, parfois semi-urgente, ce qui facilite la consultation d'anesthésie à distance de l'acte.

Dans le service d'anesthésie du centre hospitalier universitaire de l'institut d'ophtalmologie tropicale de l'Afrique (CHU-IOTA) nous constatons qu'à la consultation d'anesthésie certains adultes se découvrent pour la première fois hypertendus ou diabétiques. De même que certaines pathologies congénitales autres qu'ophtalmologique sont décelées et orientées vers les structures appropriées.

D'où l'intérêt de ce travail qui nous permettra d'étudier les caractéristiques socio démographiques et cliniques des patients adressés au service pour consultation pré-anesthésique avant une chirurgie programmée.

Pour mener à bien cette étude nous nous sommes assigné les objectifs suivants :

OBJECTIFS

➤ Objectif général

Etudier le profil épidémiologique des patients en consultation pré-anesthésique.

➤ Objectifs spécifiques

1. Préciser les caractéristiques socio démographiques des patients.
2. Déterminer les antécédents pathologiques des patients.
3. Identifier les indications chirurgicales de la consultation pré-anesthésique
4. Déterminer la technique anesthésique.

I. GENERALITE

1.1. Définitions de la consultation pré-anesthésique

C'est une consultation médicale qui a lieu avant la programmation de l'ensemble des techniques qui permet la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical, ou médical (endoscopie, radiologie, etc.) en supprimant ou atténuant la douleur.

1.2. Histoire de la consultation pré-anesthésique

« Tout malade devant subir une anesthésie doit faire l'objet d'une consultation ayant lieu suffisamment tôt » : il y a plus de trente ans, le 30 avril 1974, une circulaire du Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale Française relative à la sécurité des malades incitait déjà fortement les médecins anesthésistes réanimateurs à réaliser une consultation pré-anesthésique systématique [6].

L'évaluation du risque opératoire avant l'intervention a été acceptée par presque tous depuis la fin du XIXe siècle, il a fallu attendre le milieu du XXe siècle pour voir les premiers écrits sur la consultation pré-anesthésique paraître dans les revues d'anesthésiologie [7].

C'est en 1979 seulement à Innsbruck que le principe d'une consultation pré-hospitalière d'anesthésiologie a été débattu pour la première fois lors d'un congrès international d'anesthésiologie ; la nécessité d'une consultation d'anesthésie a été unanimement reconnue. Le sujet a été repris lors du congrès mondial d'anesthésie de 1980 à Hambourg, où il a été question d'insister sur l'évaluation précoce du risque anesthésique et la préparation du malade à l'intervention [8].

En France, le 5 décembre 1994 l'incitation devenait obligation légale à travers le décret n° 94-1050 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique [4] a défini les conditions de réalisation de la consultation pré-anesthésique.

L'article D.712-40 du décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 stipule que :

« Pour tout patient dont l'état nécessite une anesthésie générale ou loco-régionale, les établissements de santé, y compris les structures de soins alternative à l'hospitalisation, doivent assurer :

Une consultation pré-anesthésique lorsqu'il s'agit d'une intervention programmée (...) ».

En ce qui concerne les recommandations nationales des différentes sociétés savantes sur la consultation d'anesthésie, elles diffèrent d'un pays à l'autre reflétant les divers courants politiques, économiques ou professionnels de ces pays.

1.3. Objectifs de la consultation pré-anesthésique

Elle consiste à évaluer précisément l'état de santé du patient avant l'intervention et à instaurer une véritable stratégie de diminution du risque peropératoire. Celle-ci repose sur l'optimisation préopératoire des grandes fonctions vitales, sur le choix de la technique anesthésique la plus adaptée, sur la définition du suivi postopératoire (analgésie postopératoire, structure de surveillance adaptée) et surtout sur l'optimisation de l'enchaînement de ces étapes :

✓ Evaluation médicale préopératoire

C'est l'élément clé de la consultation d'anesthésie, pivot de la stratégie de diminution du risque per-opératoire. Elle repose sur l'examen du dossier médical, sur les données de l'interrogatoire et sur l'examen physique.

Les conclusions de cette évaluation doivent être notées par écrit, datées, signées par le médecin l'ayant effectué et inséré dans le dossier médical.

- ✓ Une évaluation du risque lié au terrain et à la chirurgie
- ✓ Une éventuelle adaptation du traitement préopératoire ou une préparation du malade à l'intervention
- ✓ Un choix raisonné de la technique anesthésique et en particulier d'une anesthésie locorégionale
- ✓ L'anesthésie et son déroulement :
 - La stratégie de prise en charge de la douleur postopératoire
 - Les risques de complications et la prévention de la thrombose
 - Renforcement de la relation médecin -malade
 - Etablir un contrat avec le patient par l'intermédiaire du consentement éclairé.

Enfin cette consultation contribue à la mise en confiance du malade et à la diminution de l'anxiété, il permet aussi au médecin anesthésiste de recueillir des informations sur le malade en termes de comportement, d'habitude de vie, de niveau socio-économique de compréhension ou d'adhésion au traitement. Il constitue également le moment privilégié pour informer et recueillir le consentement éclairé du patient et de son entourage (lorsqu'il s'agit de mineurs ou de déficients mentaux).

1.4. Organisation pratique de la consultation pré-anesthésique

La consultation pré anesthésique est une consultation médicale à part entière. Elle doit s'effectuer dans des locaux adaptés, facilement accessibles aux patients non hospitalisés mais également aux patients hospitalisés pouvant être amenés à se déplacer en chaise roulante.

Le regroupement de l'ensemble des consultations (consultation centralisée), en tenant compte bien évidemment des particularités de chaque structure, pourrait

en améliorer le fonctionnement. Elle doit idéalement comporter un bureau d'accueil, une salle d'attente, un secrétariat, plusieurs salles d'examen et une salle permettant d'effectuer un électrocardiogramme, doit être disponible.

Il est souhaitable de confier la responsabilité de la consultation à un médecin anesthésiste-réanimateur particulièrement intéressé par l'évaluation des malades et l'organisation en général. Un des critères de qualité de l'organisation d'une équipe d'anesthésie serait que l'anesthésiste qui voit un malade en consultation soit celui qui réalise l'anesthésie.

Cela est, dans les faits, mais difficilement réalisable dans les grandes structures comme le CHU-IOTA, en raison du nombre de personnels restreints par rapport aux nombres de patients programmés par jour. Il est également important que pendant la consultation, le médecin anesthésiste qui l'assure n'ait pas d'occupation en parallèle, ce qui implique de dégager, quotidiennement ou plusieurs fois par semaine, du « temps-anesthésiste » dévolu à la consultation.

Pour les interventions programmées, la consultation doit avoir lieu plusieurs jours avant l'anesthésie, ce qui, en pratique, correspond à au moins 48 heures. Le délai entre consultation et intervention est fonction du terrain et du type d'intervention, en particulier.

La coordination avec le chirurgien est essentielle puisque c'est à ce dernier que revient, une fois l'indication opératoire posée, la charge d'adresser le malade à la consultation d'anesthésie le plus rapidement possible, avant d'envisager de fixer une date opératoire.

C'est la consultation d'anesthésie qui permettra de déterminer le délai nécessaire à une éventuelle préparation du malade, à l'instauration ou à la modification du traitement, à la réalisation d'examen complémentaires.

1.5. Base réglementaire de la consultation pré-anesthésique

La consultation à distance de l'intervention chirurgicale doit permettre à l'anesthésiste réanimateur de compléter éventuellement l'évaluation clinique préopératoire en demandant des investigations complémentaires ainsi que l'avis d'un spécialiste selon les besoins. Le code de déontologie médicale relate en effet dans son **article 33** que : « Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic, avec le plus grand soin en y consacrant le temps nécessaire en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les plus adaptées et s'il y a lieu des concours appropriés. »

Il appartient aussi au patient de fournir au médecin tous les renseignements susceptibles de l'aider dans une meilleure connaissance de sa pathologie. Il faut rappeler un arrêt de la cour d'appel de Paris du 23 juin 1995 relaxant un anesthésiste réanimateur après un décès pré-anesthésique consécutif à un bronchospasme chez un enfant asthmatique pour lequel les parents avaient omis de mentionner cette affection lors de la consultation pré-anesthésique.

Les accidents allergiques liés à l'anesthésie : bronchospasme, choc anaphylactique etc., occupent une place importante dans la jurisprudence relative à la consultation pré-anesthésique [9].

En revanche l'anesthésiste peut être condamné lorsqu'un accident allergique se produit en chirurgie réglée sans qu'il y ait au préalable réalisé une consultation, des examens, et un interrogatoire qui auraient permis éventuellement de connaître le risque allergique et de prendre certaines précautions.

L'article 36 du nouveau code de déontologie médicale indique que « le patient a le droit de refuser les investigations ou traitements proposés. Par exemple il est interdit de pratiquer un test de dépistage du virus de l'Immunodéficience Humaine (**VIH**) à l'insu de l'opéré ».

En cas de procédure judiciaire, le dossier anesthésique et en particulier les données de la consultation pré-anesthésique sont des éléments essentiels pour l'expert chargé de reconstituer le déroulement des faits et d'apprécier la qualité des soins et de l'information [10]. La prescription civile est de 30 ans ce qui implique un archivage des dossiers pendant cette durée.

1.6. Déroulement de la consultation pré-anesthésique

La consultation d'anesthésie doit être réalisée avant tout acte thérapeutique ou diagnostiqué, pratiqué sous anesthésie générale, anesthésie locorégionale ou sédation.

Elle comporte un examen du dossier chirurgical, un interrogatoire, et un examen clinique. En fonction des données de l'interrogatoire, de l'examen clinique, de l'acte chirurgicale, de l'anesthésie envisagée, d'éventuels examens complémentaires sont effectués.

1.6.1. L'examen du dossier chirurgical

L'examen du dossier chirurgical fournit les informations suivantes ;

- ❖ Le diagnostic et le type d'intervention envisagée,
- ❖ L'identité de l'opérateur principal,
- ❖ La date probable de l'intervention,
- ❖ L'identité et les données socio- démographiques du malade :
 - Le nom et prénom
 - L'âge
 - Le sexe
 - Le poids
 - La profession
 - L'ethnie

1.6.2. L'interrogatoire

L'interrogatoire recherche tout problème médical pouvant interférer avec l'anesthésie :

✓ Les antécédents médicaux

- L'allergie, le médecin fera préciser non seulement la notion d'allergie ou d'intolérance à un ou plusieurs médicaments mais également l'existence d'antécédents allergique de type reaginique : coryza, asthme, urticaire, eczéma. La mise en évidence d'accident allergique sévère conduira à confier le patient à l'allergologue pour exploration complémentaires à éviter les drogues histamino-libératrice et à proposer une prémédication protectrice (antihistaminique, glucocorticoïde...)
- Les pathologies médicales associées peuvent compliquer, les suites chirurgicales et anesthésiques : une maladie pulmonaires aigüe ou chronique (asthme), une pathologie cardiaque, une hypertension artérielle, une neuropathie, un diabète, une insuffisance rénale ou une maladie thromboembolique sont des exemples de pathologies qui augmentent la morbidité et la mortalité péri anesthésiques d'où la nécessité de passer en revue tous les appareils.

✓ Les antécédents chirurgicaux et anesthésiques

Le médecin fera préciser au malade s'il a subi des interventions antérieurement en particulier ophtalmologiques.

Si c'est le cas la nature des anesthésies pratiquées : générale ou locorégionale. Il faut s'attacher à préciser des informations sur la survenue éventuelle d'accidents en particulier anaphylactiques, ventilatoires, cardiaques ou d'incidents tels que des nausées et vomissements, un retard au réveil, la notion de céphalée post opératoire.

✓ **Les antécédents transfusionnels :**

Si elle a lieu les raisons de la transfusion et les éventuels incidents survenus.

✓ **Les thérapeutiques en cours**

La tendance actuelle est de plus en plus à poursuivre ces traitements. Certaines classes de médicaments sont plus particulièrement concernées :

- Les médicaments à tropisme cardiovasculaires ; il est recommandé dans la plupart des cas de poursuivre ces traitements y compris le matin de l'intervention et de les reprendre dès la reprise de l'alimentation.
- Les médicaments agissant sur le système nerveux central,
- Les antidiabétiques oraux,
- Les médicaments interférents avec l'hémostase [11].

✓ **Mode de vie**

Particulièrement en ophtalmologie, nous n'avons pas mis l'accent sur l'alcoolisme et le tabagisme chez les adultes vus que l'anesthésie loco régionale est la technique proposée chez la plupart de ces patients.

1.6.3. L'examen clinique

C'est une étape clé de l'évaluation préopératoire, elle est fondamentale pour évaluer la gravité de certaines pathologies connues chez le patient (sévérité de l'hypertension artérielle chez un hypertendu connu, présence ou non d'une dysautonomie neuro végétative chez un diabétique, importance de la dyspnée chez un insuffisant respiratoire chronique.)

Cette évaluation clinique est également l'occasion de dresser la liste des médicaments pris par le patient, en particulier ceux ayant des conséquences éventuelles pour la conduite de l'anesthésie.

Raison pour laquelle cet examen doit être minutieux et orienté. Pendant l'interrogatoire, une attention particulière doit être portée à l'examen du cœur,

du poumon, des voies aériennes supérieures, de même pour l'examen neurologique, enfin un examen détaillé du site de ponction lorsqu'une Anesthésie Loco-Régionale (**ALR**) est impératives.

Fisher [12] a montré que la réalisation d'un examen clinique pré-anesthésique correct avait permis de diminuer par deux le nombre d'exams complémentaires demandés, par quatre le nombre de consultations spécialisées et par neuf le nombre de reports d'interventions.

Ce n'est qu'aux vues des conclusions de cet examen clinique que la prescription de tel ou tel examen complémentaire ou consultation spécialisée sera décidée.

➤ **Examen générale**

Le poids et la taille sont utiles pour estimer les doses de médicaments, déterminer les apports liquidiens et d'apprécier l'état nutritionnel (obésité ; dénutrition). La tension artérielle, le pouls, la température sont non seulement des constantes de surveillance mais peuvent révéler une affection sous-jacente. La coloration des conjonctives permet d'apprécier cliniquement l'importance d'une éventuelle anémie .

➤ **Examen physique**

✓ **Etat du capital veineux périphérique**

Le capital veineux périphérique est exploré et une éventuelle difficulté d'abord veineuse est notée surtout chez les enfants.

✓ **Examen de la tête et du cou**

Cet examen permet d'observer l'amplitude de l'ouverture de la bouche et la taille de la langue, de répertorier les dents manquantes ou endommagées ainsi que les prothèses dentaires, d'apprécier la mobilité du rachis cervicale et de rechercher une déviation trachéale ou une masse cervicale. Une prothèse ou une

dent mal fixée peut se détacher et être déglutie par le patient au moment de l'introduction du masque laryngé.

L'intubation trachéale ou la mise en place du masque laryngé restent les méthodes de référence, du fait de l'absence d'accès aux voies aériennes après la mise en place des champs opératoire sur la tête du patient. Le masque laryngé a suscité un grand intérêt car son insertion provoque une élévation moins importante de la pression intraoculaire (**PIO**) que l'intubation [13].

Le dépistage d'une intubation difficile est une étape indispensable, on examinera le malade en position assise de face et de profil. Cela permet un examen oropharyngé afin de déterminer le score de Mallampati à laquelle appartient le malade selon que sont visibles :

- Toute la luette (**M1**)
- Une partie de la luette (**M2**)
- Le palais membraneux seul (**M3**)
- Le palais osseux seul (**M4**)

Une difficulté d'intubation prévisible peut nécessiter une consultation ORL, des radiographies du rachis cervical, voire une fibroscopie bronchique.

✓ **Examen cardio-vasculaire**

La chirurgie ophtalmologique a une mortalité et une morbidité cardiovasculaire peropératoires plus faibles que toutes les autres formes de chirurgie confondues, mais le réflexe oculocardiaque (**ROC**) qui consiste en une bradycardie vagale provoquée par une stimulation de la sphère oculaire survient chez certains patients. Son incidence est évaluée entre **16%** et **90%** selon l'intervention et l'anesthésie [14]. Pour assurer une meilleure prise en charge des cas de ROC, l'auscultation doit rechercher des troubles de la fréquence (tachycardie, bradycardie) ou du rythme (extrasystoles), des souffles ou des frottements péricardiques.

✓ **Examen de l'appareil respiratoire**

C'est une étape capitale de la consultation pré-anesthésique car la présence d'une tare respiratoire rend difficile l'anesthésie mais aussi l'intervention surtout lorsqu'une ALR est prévue. (Le malade étant couché en décubitus dorsale pendant l'anesthésie et l'intervention mais cette fois la tête couverte par les champs opératoires, peut déclencher une insuffisance respiratoire des voies aériennes supérieures). Après avoir noté la fréquence respiratoire, au stéthoscope on ausculte les deux champs pulmonaires à la recherche de râles. Toute sibilance doit être corrélée avec la facilité de la ventilation.

Chez certains patients des explorations fonctionnelles respiratoires et des contrôles de gaz du sang peuvent s'avérer nécessaires.

✓ **Examen de l'appareil digestif**

Une bonne fonction hépatique est indispensable pour le métabolisme de certains agents anesthésiques. Le risque anesthésique est grand dans toutes les situations où le patient présente une insuffisance hépatocellulaire. L'examen recherchera une circulation collatérale abdominale, une hépatomégalie ou une ascite.

✓ **Examen ostéo-articulaire**

Les anomalies du rachis cervical et des articulations temporo-maxillaires peuvent être la cause de la difficulté de mise en place d'un masque laryngé.

Les anomalies du rachis dorso-lombaires représentent des contre-indications relatives aux anesthésies locorégionales (péribulbaire, rachianesthésie, péridurale...).

✓ **Examen neurologique**

Il évaluera les paires crâniennes, la conscience et les fonctions sensorielles et motrices périphériques. L'existence d'une atteinte neurologique doit être considérée comme une contre-indication à l'anesthésie locorégionale.

✓ **Examen cutané**

En cas trouble de la coagulation avec présence d'hématomes ou de purpura, d'infection cutanée au site d'injection, l'anesthésie locorégionale est contre-indiquée.

1.6.4. L'Approche psychologique

L'intervention chirurgicale représente pour le patient une source de menaces patentes potentielles et/ou imaginaires qui seront différemment perçues selon plusieurs facteurs : l'âge, le développement psychologique, la qualité du soutien familial et les expériences antérieures liées à une hospitalisation ou à une anesthésie dont les techniques sont souvent méconnues du grand public.

La crainte de l'expérience chirurgicale se mêle à celle de la perte de la conscience imposée par l'anesthésie, associée à celle de la mort. L'intensité de l'anxiété peut être la cause de reports successifs de l'intervention.

La préparation psychologique revêt donc une importance primordiale, sa valeur et son efficacité sont démontrées par de nombreuses études dont celle de Hamilton d'Egbert [15].

L'approche psychologique revient à la CPA qui représente une part prépondérante de la prémédication. Mais en fait elle devrait débiter au moment où le patient est informé pour la première fois qu'il doit être opéré.

Cette préparation psychologique doit se faire dans une ambiance calme conviviale. Elle a plusieurs objectifs :

- Créer un lien de confiance entre le malade et l'équipe d'anesthésie donner un sens, une explication aux gestes et aux soins qui seront effectués permettre aux patients d'anticiper les situations de stress pour mieux les apprivoiser
- Permettre au patient d'exprimer ses craintes pour pouvoir les dédramatiser.

1.7. Les examens paracliniques

La prescription des examens complémentaires et la demande de consultation spécialisée sont des éléments importants pour l'évaluation préopératoire, aussi bien en termes de bénéfice/risque pour le patient que de rapport bénéfice/coût pour la collectivité et de poursuite médico-judiciaire pour les praticiens.

IL s'agit ici de la prescription systématique, d'examens complémentaires potentiellement utiles chez des patients sans signe d'appel que ce soit à l'interrogatoire, à la lecture du dossier chirurgical ou à l'examen physique.

L'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) a élaboré un certain nombre de recommandations concernant la rationalisation de la prescription des examens complémentaires [16]. Il s'agit de la prescription préopératoire systématique des examens dits « de routine » chez des patients sans signe d'appel, âgés de 3 ans ou plus, classes ASA 1 ou 2, devant bénéficier d'un geste diagnostique ou thérapeutique programmé sous anesthésie générale ou locorégionale.

Les différents examens complémentaires demandés au cours de notre étude étaient :

- Le bilan d'hémostase, apprécié à travers le temps de céphaline activée-**TCA**, taux de prothrombine-**TP**. Une anomalie du TCA signifie que le sang met plus de temps à coaguler que la normale (TCA est allongé) donc un problème de thrombose. Lorsque le TP baisse cela veut dire que le sang est plus fluide d'où il y a un risque hémorragique.
- La glycémie à jeun, pour diagnostiquer ou évaluer la gravité du diabète.
- La Numération Formule Sanguine (**NFS**)-plaquette et la créatininémie étaient accentuées au cours des chirurgies de longue durée et à risque hémorragique comme la Dacryo-cysto-rhinostomie, la vitrectomie, l'énucléation, l'éviscération etc.

Les experts de l'ANAES [16] ont conclu qu'il n'existe aucun bénéfice à réaliser un électrocardiogramme systématique avant l'anesthésie des patients classés ASA I ou II, sans facteur de risque associé (diabète, dyslipidémie tabagisme, hypertension artérielle) et des patients ayant moins de 40ans pour l'homme et moins de 50 ans pour la femme.

1.8. Conclusion de la consultation d'anesthésie

La consultation d'anesthésie permet de minimiser les risques opératoires. Elle permet de déceler les pathologies pouvant entraîner une complication en per-opératoire.

1.8.1. La classification ASA (American Society of Anesthesiologists)

Adoptée par toutes les sociétés savantes d'anesthésie – réanimation, il s'agit d'une évaluation de l'état de santé générale du patient et de faire une classification du risque anesthésique.

Classe I : patient en bonne santé.

Classe II : patient présentant une atteinte modérée d'une grande fonction.

Classe III : patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction mais qui n'entraîne pas d'incapacité.

Classe IV : patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction invalidante et qui met en jeu le pronostic vital.

Classe V : patient moribond dont l'espérance de vie est inférieure à 24 heures avec ou sans intervention chirurgicale.

Classe VI : Patient déclaré en mort cérébrale dont on prélève les organes pour greffe.

Schématiquement on dit que le risque anesthésique est faible dans la classe ASA 1, moyen dans la classe ASA II et devient important pour les classes III et IV, Malgré ses imperfections cette classification reste une base de référence.

1.8.1. Préparations des patients

Elle consiste à :

- ✓ Référer vers les structures spécialisées les patients présentant des anomalies à l'examen clinique et/ou biologique d'une grande fonction.
- ✓ Evaluer la nécessité de poursuivre ou non les traitements au long cours pris par les patients.
- ✓ Recommander le jeûn préopératoire tant pour les enfants que pour les adultes (4 heures pour les solides et 2 heures pour les liquides clairs.)
- ✓ Proposer la technique anesthésique en fonction de l'âge, et l'indication chirurgicale et de l'état de santé du patient.

1.8.2. L'anesthésie générale (AG)

Elle est indiquée chez les enfants et les adultes ayant ;

- ✓ Un trouble de la coagulation
- ✓ Une infection de la région oculaire
- ✓ L'impossibilité d'obtenir un décubitus dorsale calme (problème psychologique, de langage et de dos.)
- ✓ Les interventions douloureuses et / ou hémorragiques.
- ✓ Les interventions de longues durées.

1.8.3. L'anesthésie loco-régionale (ALR)

L'anesthésie péribulbaire est l'anesthésie de référence, elle a quatre avantages majeurs :

- ✓ Diminution des épisodes de Reflexe Oculocardiaque (**ROC**)
- ✓ Meilleure analgésie post-opératoire
- ✓ Diminution des nausées et vomissements post-opératoires (**NVPO**)
- ✓ Moindre coût de l'ALR par rapport à l'AG

Mais aussi des complications :

- ✓ Plaie du globe oculaire
- ✓ Plaie du nerf optique
- ✓ Diffusion méningée des anesthésiques locaux (Xylocaïne 2% + la Bupivacaine 0,5%)
- ✓ Lésions des vaisseaux avec hématome compressive

II. METHODOLOGIE

2.1. Cadre et lieu d'étude

Notre cadre d'étude était l'Institut d'Ophthalmologie Tropicale de l'Afrique (IOTA) un centre hospitalier universitaire (CHU) qui offre des soins oculaires, est affilié à la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako (FMOS).

2.1.1. Ville de Bamako

a. Description

Située sur les rives du fleuve Niger dans le sud-ouest du Mali en Afrique occidentale. Bamako est la capitale économique du Mali et elle s'étend d'ouest en est sur 22km et du nord au sud sur 12km pour une superficie de **267km²** avec une population de **3 007 122** habitants en **2019**.

Bamako est un carrefour industriel regroupant de nombreuses petites et moyennes entreprises. Depuis l'indépendance du pays en (**1960**), l'exode rural et le développement du secteur tertiaire ont favorisé son expansion. Elle comporte administrativement de nos jours 6 communes dont chacune dirigée par un maire.

b. Structures sanitaires

La couverture sanitaire est assurée par **5** Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et un Hôpital, **6** centres de santé de référence dont chacun a une unité d'ophtalmologie **52** centres de santé communautaire.

2.1.2. CHU-IOTA

a. Choix

Notre étude a été réalisée au service d'anesthésie-réanimation (**SAR**) du CHU-IOTA. Institut de référence, en soin oculaire au Mali, installé à Bamako, (**République du Mali**), il est situé dans la commune III au centre-ville, contiguë au CHU Gabriel Toure.

Facilement accessible, Il possède un plateau technique de haut niveau avec comme corollaire une fréquentation très élevée, d'où notre choix.

b. Historique

Créée en 1953 à Bamako, l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique (IOTA) appartenait à une structure régionale : l'Organisation de Coopération et de Coordination pour la lutte contre les Grandes Endémies (O.C.C.G.E) qui regroupait huit (8) Etats d'Afrique Occidentale : Benin, Burkina Faso, Cote d'Ivoire, Mali, Mauritanie, Niger ; Sénégal, et le Togo .L'IOTA est le seul institut de cet ordre existant en Afrique Sub-Saharienne, à ce titre sa zone d'influence déborde le cadre national pour couvrir l'ensemble des pays francophones d'Afrique.

Depuis 1993 il est le siège du centre de formation du programme international Sight First, ainsi que du centre de coordination du programme européen d'appui à la lutte contre la cécité pour les pays francophones. En janvier 2001, l'IOTA est intégré dans le système sanitaire du Mali et devient alors un établissement public à caractère hospitalier.

Il a pour mission :

- La recherche clinique, épidémiologique et opérationnelle,
- La formation des médecins et infirmiers spécialistes en ophtalmologie.
- La formation en optométrie,
- L'administration de soins de niveau tertiaire

c. Les Infrastructures

L'IOTA dispose de :

- Le service administratif
- Le service d'anesthésie réanimation
- Le service d'hospitalisation
- Quatorze boxes de consultation
- Un service de pédiatrie
- Un service d'exploration fonctionnelle
- Un laboratoire d'analyse médicale et une pharmacie
- Un atelier de lunetterie
- Une bibliothèque
- Un département clinique
- Un département de recherche et de santé publique
- Un département de formation

d. Le Service d'Anesthésie Réanimation

Le Service d'Anesthésie Réanimation (**SAR**) comprend une unité d'anesthésie fonctionnelle sous la coordination d'un Professeur agrégé en anesthésie réanimation.

Le service couvre toutes les activités anesthésiques de l'institut. Son personnel est constitué de deux médecins anesthésistes réanimateurs, de trois infirmiers assistants en anesthésie-réanimation et deux infirmiers spécialistes en ophtalmologie. Le SAR reçoit aussi des médecins et infirmiers en spécialisation en ophtalmologie et en anesthésie ainsi que des étudiants de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (**FMOS**).

Le SAR dispose de :

- Une salle de consultation d’anesthésie située au réz de chaussée avec un hangar en guise de salle d’attente,
- Cinq blocs opératoires fonctionnels,
- Une salle de surveillance post-interventionnelle (**salle de réveil**),
- Une salle d’induction, une salle de décontamination et de stérilisation.
- Un bureau du médecin anesthésiste réanimateur

e. La logistique :

Le SAR comprend :

- Un bureau et une table de consultation pré-anesthésique ;
- Des arrivées de fluide avec oxygène (**O₂**), protoxyde d’azote (**NO₂**), air, et vides installés dans tous les blocs, la salle d’induction et la salle de réveil ;
- Trois brancards à roulette ;
- Un moniteur multiparamétrique (pression artérielle, fréquence cardiaque, Saturation en oxygène (**SaO₂**), et l’électrocardiogramme (**ECG**)) de type « **Edan** » pour la surveillance des fonctions vitales ;
- Un appareil d’anesthésie de marque « **Drager** » ;
- Un chariot d’anesthésie.

2.2. Type et période d’étude

Il s’agissait d’une étude prospective, descriptive portant sur des patients vus en consultation pré-anesthésique et pendant la période d’étude allant de janvier 2019 à Décembre 2019 au CHU- IOTA de Bamako.

2.3. Echantillonnage

La collecte des données à été faites par un recensement exhaustif de tous les patients répondant aux critères d’inclusion.

2.4. Population d'étude

L'étude a porté sur l'ensemble des patients vus en consultation pré- anesthésique au CHU-IOTA.

2.5. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans cette étude tous les patients vus en consultation pré-anesthésique pour chirurgie programmée.

2.6. Critères de non inclusion

Sont exclus de cette étude, les patients consultés pour une chirurgie en urgence.

2.7. Variables mesurées

Elles ont été fournies par la fiche d'enquête préalablement remplie, il s'agit de :

- **Données socio démographiques** : l'âge, le sexe et la profession
- **Données de l'évaluation pré-anesthésique** : les antécédents médicaux, les antécédents chirurgicaux, la classification ASA, le score de Mallampati.
- **Technique anesthésique.**

2.8. La collecte et l'analyse des données :

Les données ont été recueillies à partir des patients vus en consultation pré-anesthésique et les dossiers médicaux.

L'analyse des données a été effectuée avec le logiciel IBM SPSS version 20.0.

Le traitement du texte, les tableaux et les graphiques ont été réalisés avec les logiciels Microsoft Word 2016 et Excel 2016.

2.9. Aspect éthique

Sous le sceau de l'anonymat les supports de collecte des données ont été exploités avec le consentement du CHU - IOTA et les données n'ont été utilisées que dans le cadre de notre étude selon les règles du comité d'éthique national.

III. RESULTATS

De janvier 2019 à décembre 2019, nous avons enregistré 2092 patients qui ont effectué une consultation pré anesthésique pour une chirurgie programmée.

3.1. Données socio-démographiques

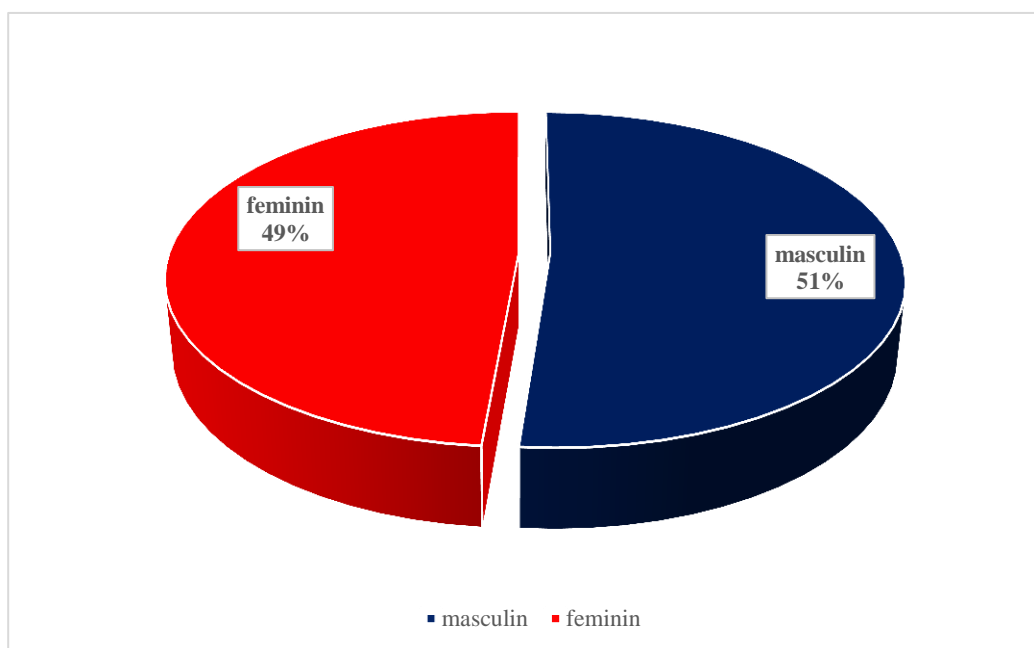


Figure 1 :

Répartition des patients selon le sexe.

Le sexe masculin prédominait à **51%** avec un sex ratio de **1,04**.

Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge des adultes et des enfants : vu la taille de l'échantillon nous avons jugé nécessaire de scinder l'âge en tranche d'âge des adultes et celle des enfants. Pour un effectif total de **2092** patients ; les adultes représentaient un total de **1739** soit **83,13%** et **353** enfants soit : **16,87%** de l'effectif.

La moyenne d'âge de nos patients est de **50,27** avec des extrêmes allant de **1** à **104** ans.

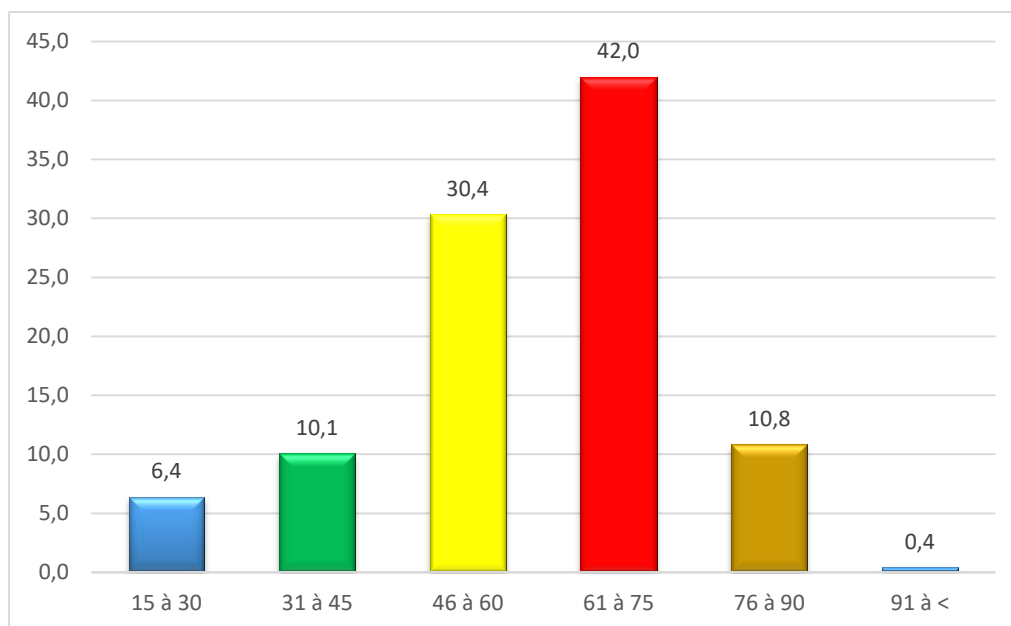


Figure 2 : Répartition des patients selon la tranche d'âge des adultes.
La tranche d'âge de **61 à 75** a été la plus représentée avec **42%**.

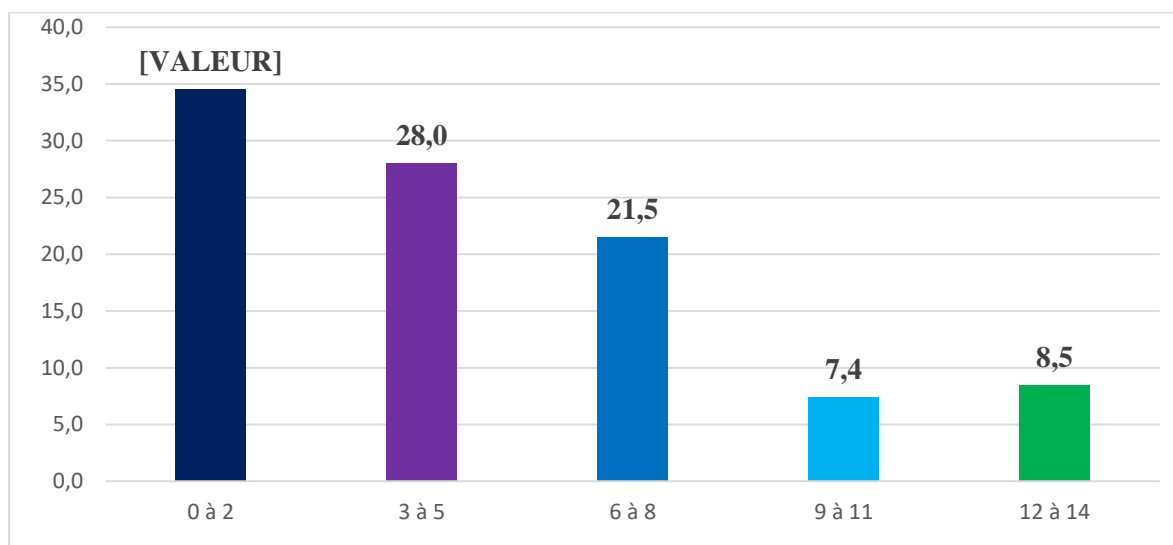


Figure 3 : Répartition des patients selon La tranche d'âge des enfants.

Sur les **353** enfants de l'effectif ; la tranche d'âge de **0 à 2** représentait **34,6%**.

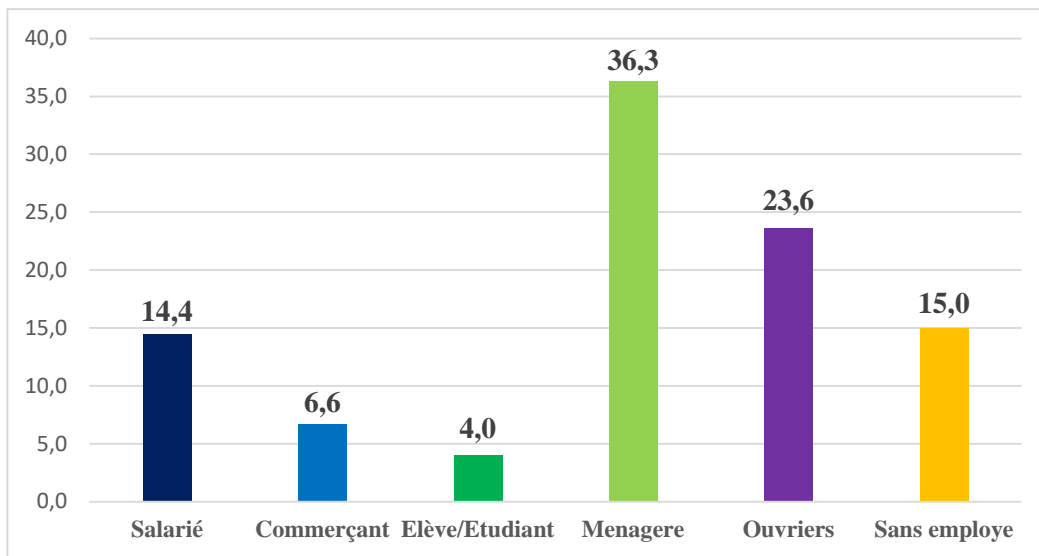


Figure 4 : Répartition des patients selon la profession des adultes.

Les ménagères étaient les plus représentées avec une prédominance de **36,3%**.

3.2. Données cliniques

TABLEAU I : Indications de la consultation d’anesthésie selon le diagnostic chirurgical.

Diagnostic	Fréquence	Pourcentage
Cataractes	1639	78,3
Glaucomes	33	1,6
Traumatismes	55	2,6
Tumeur	78	3,7
Ptérygions	62	3,0
Dacryo-cysto-rhinostomie (DCR)	25	1,2
Chirurgie palpébrale	40	2,0
Ablation corps étranger	28	1,3
Examen Réfraction	28	1,3
Décollement de rétine (DDR)	75	3,6
Autres	29	1,4
Total	2092	100,0

La cataracte représentait **78,3%** des indications de la CPA.

Autres : Les panophtalmies, les prélèvements pour anatomie pathologie les vitrectomies.

TABLEAU II : Répartition des patients selon Les antécédents médicaux.

ATCD médicaux	Fréquence	Pourcentage
HTA	488	23,3
Diabète	37	1,7
Asthme	5	0,2
HTA+ Diabète	34	1,8
Aucun	1528	73,0
Total	2092	100,0

L'hypertension artérielle et le diabète étaient les antécédents qui prédominaient respectivement chez **23,30%** et **1,70%** des patients.

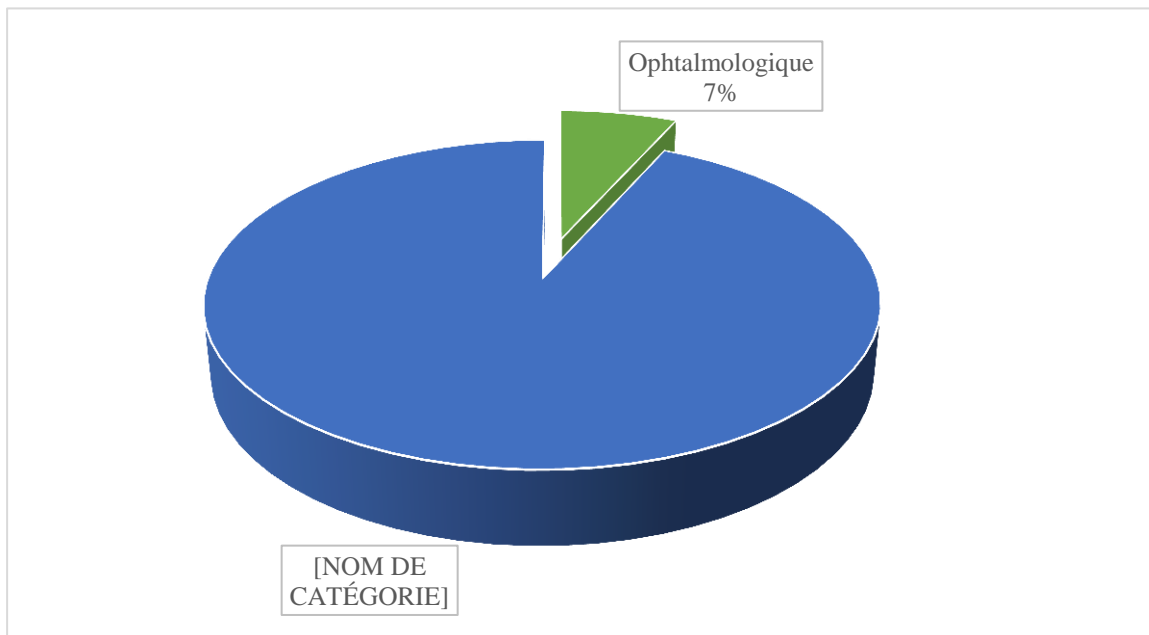


Figure 5 : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux

Dans notre étude on constate que **7%** des patients avaient un ATCD chirurgical en ophtalmologie.

TABLEAU III : Répartition des patients selon les bilans préopératoires réalisés.

Bilans préopératoires	Fréquence	Pourcentage
Glycémie, TP, TCA	1980	94,7
NFS-Plaquettes, Glycémie, TP, TCA créatininémie	100	4,7
Bilans non réalisés (interventions reprises)	12	0,6
Total	2092	100,0

Dans notre étude, **94,7%** des patients avaient réalisé une glycémie, un taux de prothrombine (**TP**) et un temps de céphaline activé (**TCA**). En plus de ces bilans, la numération formule sanguine (**NFS**)-Plaquettes et la créatinine étaient réalisées chez **100** patients en fonction du risque hémorragique.

TABLEAU IV : Répartition des patients selon le taux de prothrombine (**TP**).

Valeur de TP	Fréquence	Pourcentage
(< 60)	20	1,0
(60 - 70)	45	2,1
(70- 80)	92	4,4
(80 – 90)	195	9,3
(90- 100)	1740	83,2
Total	2092	100,0

Les patients ayant un taux de prothrombine compris entre **70 et 100%** représentaient **96,90%**.

TABLEAU V : Répartition des patients selon la valeur du temps de céphaline activée (TCA)

Valeur de TCA	Fréquence	Pourcentage
(20 – 30)	102	4,9
(30 - 40)	1930	92,2
(> 40)	60	2,9
Total	2092	100,0

Un TCA compris entre **30** et **40** était retrouvé chez **92,2%** des patients.

TABLEAU VI : Répartition des patients selon la valeur de la glycémie à jeun

Valeur de glycémie	Fréquence	Pourcentage
Normale ($\leq 7\text{mmol/dl}$)	2033	97,2
Hyperglycémie ($>7\text{mmol/dl} < \text{à } 10\text{mmol/dl}$)	31	1,5
Hyperglycémie ($>\text{à } 10\text{mmol/dl}$)	28	1,3
Total	2092	100,0

La glycémie était supérieure à 10mmol/dl chez **1,3%** des patients.

TABLEAU VII : Répartition des patients selon la valeur de la créatininémie

Valeur de la créatininémie	Fréquence	Pourcentage
Créatininémie (80-100umol/l)	87	87
Créatininémie (110- 200umol/l)	12	12
Créatininémie (≥200umol/l)	1	1
Total	100	100

La créatininémie n'était réalisée que pour des interventions lourdes, elle était normale chez la majorité des patients.

TABLEAU VIII : Répartition des patients selon la valeur de la pression artérielle.

Pression artérielle	Fréquence	Pourcentage
PA normale (130 – 139/ 85 – 89) mm hg	1030	49,23
HTA légère (140- 159/ 90 – 99) mm hg	762	36,42
HTA modérée (160-179 / 100- 109) mm hg	254	12,15
HTA sévère (>180/ >110)	46	2,20
Total	2092	100,0

Une hypertension artérielle était présente chez **50,77%** des patients classée par ordre de sévérité.

TABLEAU IX : Répartition des patients selon l'état pulmonaire

Etat pulmonaire	Fréquence	Pourcentage
Normal	2044	97,7
Présence de râles	48	2,3
Total	2092	100,0

Une auscultation pulmonaire normale au stéthoscope était retrouvée chez **97,7%** des patients.

TABLEAU X : Répartition des patients selon l'état cardiaque.

Etat cardiaque	Fréquence	Pourcentage
BDC régulier	2071	99,0
Troubles du rythme	21	1,0
Total	2092	100,0

A l'auscultation cardiaque au stéthoscope, **21** patients avaient présenté un trouble du rythme.

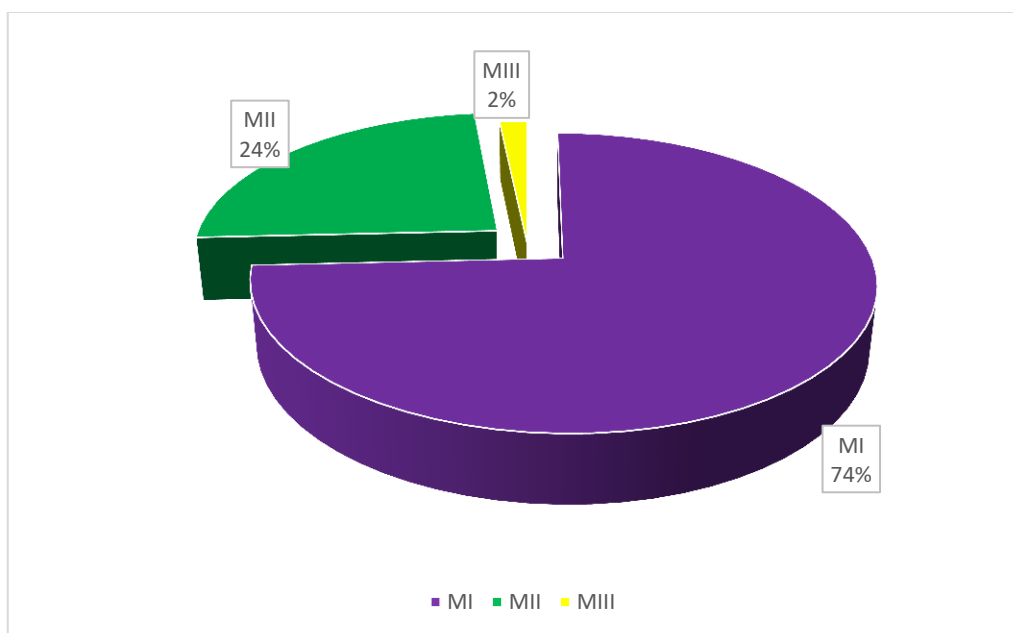


Figure 6 : Répartition des patients selon le score de Mallampati.

Le score de Mallampati 1 était le plus représenté chez **74%** des patients.

3.3. Données de la consultation d'anesthésie

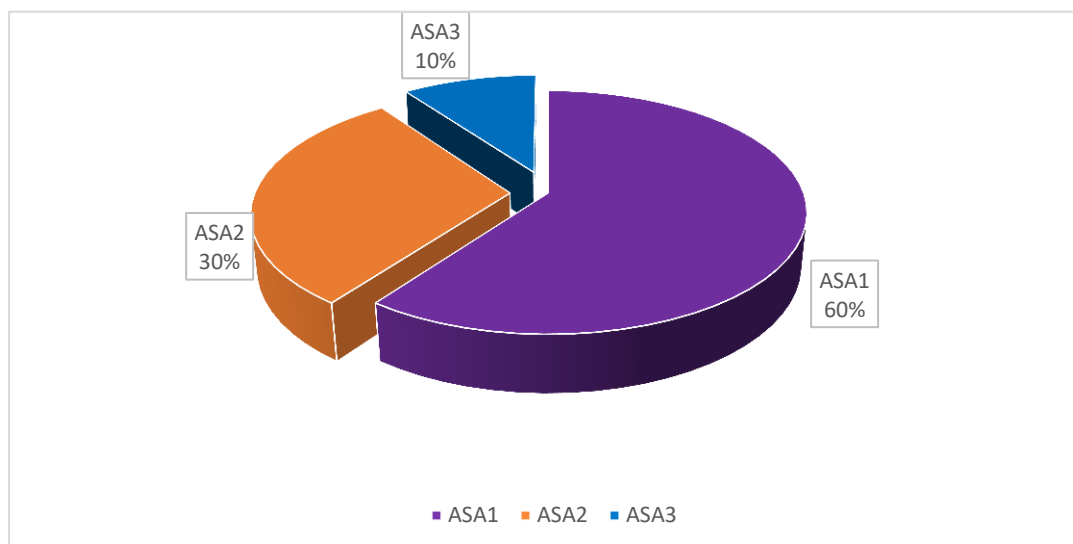


Figure 7 : Répartition des patients selon la classification ASA.

La classe **ASA 1** était représentée à **60%**.

TABLEAU XI : Préparation des patients : Pathologies décelées au cours de la CPA

Pathologies décelées	Fréquence	Pourcentage
HTA sévère	46	39,32
Diabète déséquilibré	28	23,94
Affection respiratoire aigüe	41	35,04
Insuffisance rénale	1	0,85
Rhumatisme	1	0,85
Total	117	100,0

Une pathologie a été décelée au cours de la CPA chez 117 patients soit **5,6%** de l'effectif dont l'HTA représente **39,04%** ; **23,94%** de diabète chez les adultes et **35,04%** d'affection respiratoire aigüe chez les enfants.

TABLEAU XII : Répartition des patients selon la consultation spécialisée

Consultation spécialisée	Fréquence	Pourcentage
Cardiologique	46	39,32
Diabétologie	28	23,94
Pédiatrique	41	35,04
Néphrologique	1	0,85
Rhumatologie	1	0,85
Total	117	100,0

Sur les **117** patients **35,04%** étaient référés en pédiatrie, **23,94%** en diabétologie et **39,32%** en cardiologie.

TABLEAU XIII : Répartition des adultes selon la technique anesthésique

Technique anesthésique	Fréquence	Pourcentage
Anesthésie locorégionale	1639	94,25
Sédation	75	4,31
Anesthésie générale	25	1,44
Total	1739	100,0

L'anesthésie locorégionale était indiquée chez **94,25%** des adultes.

TABLEAU XIV : La technique d'anesthésie chez les enfants

Technique d'anesthésie	Fréquence	Pourcentage
Anesthésie générale	295	83,56
Anesthésie locorégionale + Sédation	25	7,10
Anesthésie locorégionale	33	9,34
Total	353	100

Chez les enfants, l'anesthésie générale était indiquée à **83,56%**.

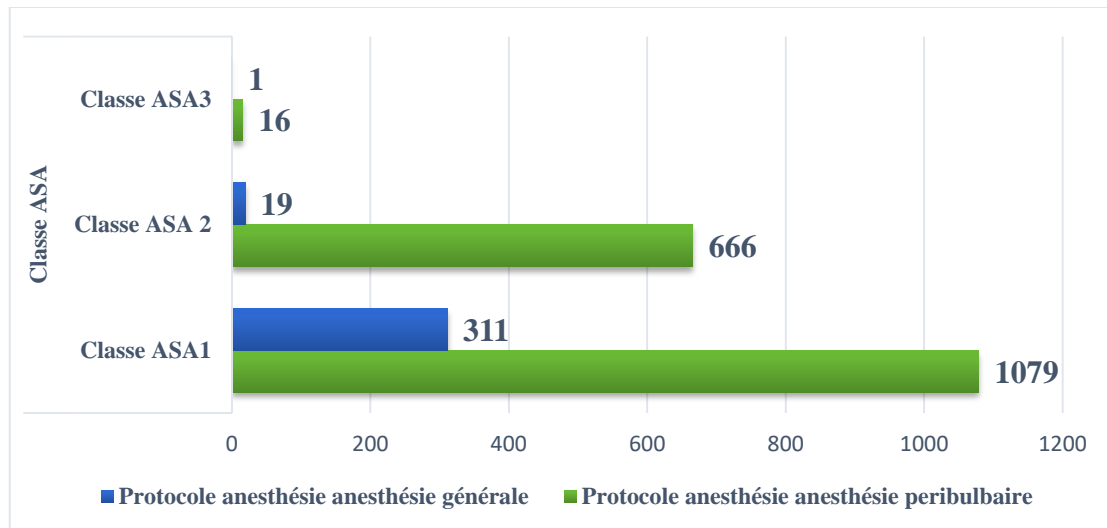


Figure 8 : La classification ASA en fonction de la technique anesthésique

La classification ASA des patients n'a pas influencé la technique anesthésique bien que l'anesthésie locorégionale soit le plus représenté.

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

4.1. Méthodologie

Au cours de notre étude, nous avons été confrontés à la rareté des publications sur la consultation d'anesthésie en ophtalmologie, une difficulté de communication avec certains patients.

4.2. Données socio-démographiques

a. Sexe

Dans notre étude, une prédominance masculine était retrouvée à **51%** avec un sex-ratio de **1,04** ; **Rabii Kouta [17]** au **Maroc** avait retrouvé les résultats similaires dans son étude. **Fliyou Safae [18]** a aussi rapporté une prédominance masculine à **65,3 % au Maroc**. Il n'y a pas de différence significative entre ces études. La pathologie ophtalmologique semble être liée à l'âge chez les adultes plutôt que le sexe.

b. Age

Sur un effectif total de **2092** patients les enfants de **0-14** ans représentaient **16,87%** contre **83,13%** d'adultes.

Dans l'effectif des enfants, la tranche d'âge de **0-2** ans était la plus représentée avec **34,6%**. Dans l'étude de **D. Diallo [19]** au **Mali** la tranche d'âge de **0-5ans** était la plus représentée avec **62,2%**.

Celle d'**Aye et col [20]** en **Côte d'Ivoire** rapportait une prédominance de la tranche d'âge de **1- 10ans**.

Ces deux études concernaient les indications chirurgicales autres que l'ophtalmologique.

Cette différence s'explique alors par le fait que la pathologie ophtalmologique pédiatrique concerne généralement les atteintes congénitales de l'œil d'où la précocité en consultation.

Chez les adultes la tranche d'âge de **61 à 75 ans** prédominait soit **42%**, ce résultat est comparable à celui de **Melle K.E [21] Maroc** dont la tranche d'âge des **61 à 70 ans** prédominait avec **42%**.

Cette tranche d'âge est compatible avec la survenue des pathologies ophtalmologiques lié à l'âge comme la cataracte d'où sa prédominance.

c. Profession

Les ménagères étaient les plus représentées avec **36,3%**. Les études de **D. Diallo [19] 31,5%** et **Fotso [22] 32,9%** ont aussi rapporté une prédominance des femmes au foyer. Plusieurs études sur la consultation d'anesthésie ressortent la prédominance des femmes au foyer.

4.3. Données cliniques

a. Les indications de la CPA

La cataracte a été le diagnostic chirurgical le plus représenté chez **78,3%** des patients, **Coulibaly M [23]** a rapporté une prédominance de cataracte comme motif de consultation d'anesthésie chez les enfants avec **32,7%**. **Melle. K.E [21]** au **Maroc** rapporte une prédominance de **74,6%** cas de cataracte dans son étude ; **Benjamine Batta [24]** rapporte **60,8%** cas de cataracte. La cataracte reste la première indication opératoire en ophtalmologie. Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), la cataracte liée à l'âge, faute de soin est la première cause de cécité dans le monde : **48%**. [25].

b. Les antécédents médicaux

L'HTA était l'antécédent cardiovasculaire retrouvé chez **23,3%** de nos patients ; dans l'étude de **M. Marmech [26]** au **Maroc** ; il ressort **20,4%** d'antécédent cardiovasculaire avec une prédominance de l'HTA, **F. Binam [27]** rapporte **10,3%** d'antécédents cardiovasculaires.

L'HTA touche environ **20%** de la population mondiale [28], en effet elle est identifiée comme le facteur de risque de mortalité et de morbidité cardiovasculaires [29]. Les diabétiques représentaient **1,7%** de nos patients. **D. Diallo** [19] rapporte **3,5%** de patients diabétiques dans sa série.

c. Les antécédents chirurgicaux

Seulement **7%** de nos patients avaient subi une chirurgie en ophtalmologie, ces résultats sont proches de celui de **Diany** [30] qui a recensé **6%** de patients opérés de cataracte. **Melle. K.E** [21] rapporte un résultat différent, **30%** des patients avaient un ATCD chirurgical ophtalmologique.

4.4. Les examens complémentaires

Les examens biologiques demandés étaient : TP, TCA, Glycémie, NFS, Plaquette et la créatininémie. **Kaplan** [31] et **Turnbull** [32] ont rapporté ces mêmes bilans dans leur étude.

Il est à noter que les examens complémentaires ont été prescrits à la consultation d'ophtalmologie avant la consultation d'anesthésie. Cette prescription par les chirurgiens, fait suite à un consensus entre anesthésistes et ophtalmologistes dans un souci de ne pas prolonger l'attente des patients, le complément était prescrit par l'anesthésiste.

Le **TP, le TCA et la glycémie** ont été réalisés chez **1980** patients soit **94,7%**

Plus de **95,1%** des patients avaient un temps de céphaline activé normale. Le taux de prothrombine était compris entre **70 et 100%** Chez **2027** patients.

Une glycémie supérieure à **10mmol/dl** était retrouvée chez **1,3%** des patients.

La **NFS-plaquette** et la **créatininémie** : avait été réalisée chez **100** patients soit **4,7%** en plus des trois bilans (**TP, TCA, glycémie**).

La NFS-Plaquette et la créatinine étaient réalisées pour des chirurgies hémorragiques et de longue durée (Les décollements de rétine ; les dacryo-cysto-rhinostomies (**DCR**) ; les vitrectomies ; les tumeurs etc.)

4.5. Préparation des patients

Dans le cadre de la préparation de nos patients certains ont été adressés en consultation spécialisée soit pour équilibrer un traitement déjà en cours, soit pour une prise en charge des pathologies décelées par l'anesthésiste. Il s'agissait de la consultation cardiologique chez **39,32%**, diabétologique chez **23,94%** et pédiatrique chez **35,04%** des patients.

Le maintien du traitement habituel des patients est donc la règle jusqu'au matin de l'intervention :

En cas de diabète insulino-dépendant, la dose matinale d'insuline était injectée sous couvert d'un apport intraveineux de glucose pour les chirurgies de longue durée comme les dacryo-cysto-rhinostomies et la vitrectomie par exemple. Pour les interventions de courte durée, (la cataracte, le ptérygion etc.) Les diabétiques étaient opérés tôt le matin et la dose matinale d'insuline était injectée après l'intervention dès la reprise de l'alimentation.

Chez le bronchitique chronique et l'insuffisant respiratoire, une kinésithérapie de drainage bronchique est prescrite jusqu'au matin de l'intervention.

Les antihypertenseurs comme les bêtabloquants et les inhibiteurs calciques étaient maintenus. Les inhibiteurs de l'enzyme conversion (**IEC**) étaient arrêtés seulement si une AG est envisagée car il y a un risque d'hypotension.

4.6. Données de la conclusion de la consultation pré-anesthésique

a. Classification ASA des patients

Les classes **ASA I (60%)** et **ASA II (30%)** étaient majoritaires, elles regroupaient à elles seules **99%** de l'effectif, la classe **ASA III (10%)**. **Degui à Abidjan [33]** et **Barrou à Rabat [34]** trouvaient dans leurs études un taux similaire : respectivement **91%** et **95%** de l'effectif **ASA I** et **ASA II**. **Benjamine Batta [24]** retrouve sur 124 patients ; 90 patients classés **ASA I** ; 31 patients **ASA II** et 3 patients **ASA III**.

La grande majorité des patients qui venaient en consultation d'anesthésie avait une atteinte modérée d'une grande fonction. Le diabète et l'hypertension artérielle étaient les affections les plus fréquentes chez les patientes classées **ASA II**.

b. Les Techniques d'anesthésies proposées

L'anesthésie locorégionale (anesthésie péribulbaire) était majoritairement proposée chez **94,25%** des adultes contre **9,34%** des enfants. L'anesthésie générale était la technique prédominante chez les enfants à **83,56%** contre **1,44%** chez les adultes. **Melle. K. E [21]** n'a pas rapporté de cas d'anesthésie générale. Cette différence s'explique par le fait que l'étude de **Melle. K. E** portait sur les cataractes des adultes en ambulatoire.

Le CHU-IOTA dispose d'une unité d'ophtalmologie pédiatrique qui a pour vocation de prendre en charge aussi bien les enfants du Mali et ceux de la sous-région. En plus des enfants, certaines interventions sont réalisées sous anesthésie générale telle que les DCR, les exentérations, les énucléations etc. d'où la fréquence d'anesthésie générale.

V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

5.1. Conclusion

Notre échantillon confirme les données de la littérature qui stipulent que l'ophtalmologie est la discipline la plus pourvoyeuse d'anesthésie.

Les deux sexes étaient autant concernés, composés aussi bien d'enfants que d'adultes.

Le diabète et l'hypertension artérielle étaient l'antécédent médical retrouvé chez les adultes tandis que les affections respiratoires étaient les principaux motifs du report de l'intervention chez les enfants.

La plupart des patients étaient classés ASA I et ASA II. La technique d'anesthésie proposée le plus souvent chez les adultes était la péribulbaire et l'anesthésie générale était majoritairement réalisée chez les enfants.

5.2. Recommandations

❖ Aux autorités politiques

- Adopter une loi rendant la consultation d’anesthésie obligatoire au Mali.

❖ Aux CHU- IOTA

- Créer un système d’archivage électronique des dossiers d’anesthésie.
- Renouveler et réhabiliter la salle de CPA en équipements nécessaires (grande salle, un point d’eau pour le lavage des mains, une armoire pour contenir les médicaments de première nécessité pour les cas d’urgence).

❖ Aux chirurgiens

- Informer les patients de la tenue d’une consultation pré-anesthésique avant l’intervention.
- Adresser tous les patients à opérer à la consultation d’anesthésie avant la programmation.

❖ Aux anesthésistes

- Faire la promotion de la consultation d’anesthésie en ophtalmologie.
- Informer les patients sur les différentes techniques d’anesthésie et le risque lié à chaque technique

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- SAIDMAN LJ. The 33rd Rovenstine Lecture. What I have learned from 9 years and 9000 papers. *Anesthesiology* 1995; 83:191-7.
- 2-Pollard JB Zborag RI. Economic benefits attributed to opening a preoperative evaluation clinic for outpatients. *Anesth Analg* 1996 ;83 :407- 10.
- 3-BRICARD H. De la consultation d'anesthésie. *Ann Fr Anesth Réanim* 1999 ; 18 : 829-30.
- 4-MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DE LA VILLE. Décret N°94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le Code de la Santé Publique (troisième partie : décrets). *Journal Officiel de la République Française*, 8 décembre 1994 ; 17383-5.
- 5-JOHNSON RW, FORREST FC. Local and general anesthesia for ophthalmic surgery. Oxford : Butterworth-Heinemann ; 1994 : 1-183
- 6-MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA SECURITE SOCIALE. Circulaire N° 394 du 30 avril 1974 relative à la sécurité des malades anesthésiés.
- 7-KLOPFENSTEINC.E. La consultation d'anesthésiologie une nouvelle dimension dans la prise en charge du patient par l'anesthésiste ? *Méd. et Hyg.*1992 ; 50 :2854-57
- 8- BAUMANN J. Histoire de l'anesthésie. In : *Acta de l'institut d'anesthésiologie*. Paris : Amette, 1955 : 197.

9- C.E. KLOPFENSTEIN. La consultation d'anesthésie. Forum Méd. Suisse No 12 20 mars 2002.

10- BARRIER G. FABRE H. L'anesthésiste-réanimateur face aux juges. Paris, Ellipses, 1995, 1998:159 pages.

11- SMITH MS, HIRSH J. Perioperative management of drug therapy, clinical considerations. Drugs, 1996, 51: 238-259.

12- FISHER SP. Development and effectiveness of an anesthesia preoperative evaluation clinic in a teaching hospital. Anesthesiology, 1996, 85: 196-206.

13- LAMB K JAMES JANICKI PK. The laryngeal mask Airways for intraocular surgery: effects on intraocular pressure and stress réponses. Br J Anaesth, 1992, 69:143-147.

14- DAVIS DB, MANDEL. MR. Efficacy and complication rate of 16224 consecutive peribulbar blocks. A prospective multi-center study. J Cataract Refract Surg, 1994, 20: 327 – 337.

15- MARTIN C., ECOFFEY C., BATY C. et al. Rapport du 38^e congrès national d'anesthésie et de réanimation. Paris : Elsevier, 1996 : 203.

16- AGENCE NATIONALE d'ACCREDITATION et d'EVALUATION EN SANTE. Les examens préopératoires systématiques, 1998

17- RABII KOUTA. Apport d'une procédure de consultation d'anesthésie simplifiée dans la chirurgie de la cataracte. Présentée à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech. Thèse de Médecine N° 274/18 P.13.

18- FLIYOU SAFAE. Intérêt de la consultation pré-anesthésique dans la chirurgie de la cataracte : Etude prospective multicentrique. Thèse de Médecine,

présentée à la Faculté de Médecine et de Pharmacie du Royaume du Maroc. N° 202 / 19 P.14.

19- D. DIALLO. Patients en consultation d'anesthésie : profil épidémiologique et risque opératoire. Thèse de médecine, présentée à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako en 2013, P : 62.

20- AYE. Y.D et col. La consultation pré-anesthésique en chirurgie pédiatrique au CHU de Yopougon : Quelle information pertinente retenir ? En mai 2012

21- MELLE KHOULOU ELMAZI. Evaluation de la pratique de la chirurgie ambulatoire en ophtalmologique : expérience du service d'ophtalmologique de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech. Thèse de Médecine, Faculté de Médecine et de Pharmacie. Marrakech ; 2018 P : 66

22 - FOTSO. K GILLES MERLIN. Incidents et accidents de l'anesthésie à l'Hôpital du Point G : Profil épidémiologique, clinique, et pronostique. Thèse de médecine. Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako 2005 ; 05-M-186 : P.63

23- COULIBALY.M. Reference des enfants en service pédiatrique au cours de la consultation pré-anesthésique au Centre Hospitalier Universitaire de l'Institut d'Ophtalmologique Tropicale de l'Afrique. Thèse de médecine, Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako ; 2018. P.57

24- BENJAMINE BATTA. Prise en charge anesthésique simplifiée pour les patients opérés de cataracte sous topique, évaluation des évènements intercurrents et de la satisfaction des patients et des chirurgiens. Thèse de médecine, octobre 2013, faculté de médecine de Nancy.

25- OMS, Organisation Mondiale de la Santé : Cataracte- comprendre la cataracte-Guide-Vue.fr [en ligne] <http://www.guide-vue.fr> > [pathologie-adulte](#)>[la cataracte](#). Consulté le 2 mars 2021

26- M. MARMECH et Coll. Intérêt de l'électrocardiogramme systématique en préopératoire : à propos de 3267 cas. J. Magh. A. Réa. – Vol VIII- P. 62

27- F. BINAM, P. LEMARDELEY, A. BLATT, T. Arvis. Pratiques anesthésiques à Yaoundé (Cameroun). Ann Fr Anesth Reanim 1999; 18: 647-56.

28- WHO, Harvard SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, WORLD BANK. The global burden of disease. Harvard school of public Health, 1996.

29- HOWELL SJ, SEAR YM, YEATES D, GOLDACRE M, SEAR JW. FOEX P. Risk factors for cardiovascular death after elective surgery under général anaesthesia. Br j Anaesth 1998 ; 80 : 14-9.

30- DIANY, B.K. L'anesthésie péribulbaire dans la chirurgie du décollement de rétine au service d'anesthésie du Centre Hospitalier Universitaire de l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique de Bamako. Thèse de médecine ; présentée à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie 2018 P. 47

31- KAPLAN E. B., SHEINER E.B., BOECKMAN A. J., ROIZZEN M.F. The usefulness of preoperarative Laboratory screenig. Jama 1985; 253: 3576- 81

32-TURNBULL J.M, BUCK C. The value of preoperative screening investigations in otherwise healthy patients. Arch. Intern. Med 1987 ; 147 :1101-5

33- DEGUI S.J. Intérêts de la prescription sélective des examens complémentaires pre-anesthésiques chez les sujets sains (ASA I), Thèse de médecine, Abidjan 1994 n 1548.

34- BARROU L., BENSLAMA A., MOTAOUAKKIL S. et al. Evaluation du bilan préopératoire systématique, étude rétrospective à propos de 1000 dossiers. Revue Marocaine de médecine et sante 1993 ; 15 :13-19

VII. ANNEXE :

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : DJIMDE

Prénom : Djénéba

Email : djimded@gmail.com

Titre : Profil épidémio-clinique des patients vus en consultation pré anesthésiques au CHU IOTA

Année Universitaire : 2019-2020

Ville de soutenance : Bamako

Pays : Mali

Lieux de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS), bibliothèque de l'IOTA

Secteur d'intérêt : Anesthésie réanimation, Ophtalmologie, Epidémiologie.

Résumé :

Introduction :

La consultation d'anesthésie est une consultation médicale programmée conjointement entre l'anesthésiste et les intervenants (chirurgien, radiologue, endoscopiste ...) elle doit avoir lieu entre 48 heures et 3 mois au plus avant l'intervention.

Objectif :

Le but était d'étudier le profil épidémio-clinique des patients en consultation pré-anesthésique.

Patients et méthodes :

Notre étude a porté sur l'ensemble des patients vus en consultation pré-anesthésique au CHU-IOTA.

Les données ont été recueillies à partir des patients vus en consultation pré-anesthésique et les dossiers médicaux.

L'analyse des données a été effectuée avec le logiciel IBM SPSS version 20.0.

Le traitement du texte, les tableaux et les graphiques ont été réalisés avec les logiciels Microsoft Word 2016 et Excel 2016.

Résultats :

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive portant sur des patients vus en consultation pré-anesthésique et pendant la période d'étude allant de janvier 2019 à Décembre 2019. Cette étude a porté sur 2092 patients répondant aux critères d'inclusion. L'âge moyen était de 50,27 ans avec des extrêmes de 1 et 104 ans dont le sexe masculin était le plus touché (51%). La cataracte représentait **78,3%** des indications de la CPA. L'hypertension artérielle et le diabète étaient les antécédents qui prédominaient respectivement chez **23,30%** et **1,70%** des patients. La classe **ASA 1** était représentée à **60%**. Le score de Mallampati **1** était le plus représenté chez **74%** des patients. L'anesthésie locorégionale était indiquée chez **94,25%** des adultes.

Conclusion :

L'ophtalmologie est la discipline la plus pourvoyeuse d'anesthésie.

Mots clés : consultation pré- anesthésique, ASA I et ASA II, iota

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.