

Ministère de l'Enseignement Supérieur  
et de la Recherche Scientifique

Université des Sciences des Techniques  
et des Technologies de Bamako



Année Universitaire : 2020- 2021

REPUBLIQUE DU MALI

**Un Peuple Un But Une Foi**

*Faculté de médecine et  
d'odonto-stomatologie*



N°...../ 2022

## MEMOIRE

# PRISE EN CHARGE ANESTHESIOLOGIQUE DE LA CESARIENNE D'URGENCE AU CHU GABRIEL

Présenté et soutenu le.../.../2022.

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto – Stomatologie par :

**Dr. SAMAKE Ramata**

Pour Obtenir le **Diplôme d'Etudes Spécialisées en Anesthésie-réanimation**

**Président : Pr. COULIBALY Youssouf**

**Membres : Pr. KEITA Mohamed**

**Pr. DIANI Nouhoum**

**Pr. DEMBELE Aladji Seidou**

**Co-Directeur : Dr. Abdoulhamidou almeimoune**

**Directeur : Pr. DIANGO Djibo Mahamane**

<b>COLLEGE DES ENSEIGNANTS DE LA FILIERE ANESTHESIE-REANIMATION</b>
<b>Professeurs :</b>
Mr Abdoulaye DIALLO (Pr honoraire)
Mr Col. Abdoulaye DIALLO (Pr honoraire)
Mr Youssouf COULIBALY
Mr Djibo Mahamane DIANGO
Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE
Mr Mohamed KEITA
<b>Maitres de Conférences :</b>
Mme Djénéba DOUMBIA
Mr Aladji Seidou DEMBELE
Mr Nouhoum DIANI
<b>Maitres-Assistants :</b>
Mme Fadima Koureissi TALL
Mr Seydina Alioune BEYE
Mr Hammadoun DICKO
Mr Moustapha MANGANE
Mr Mamadou Karim TOURE
Mr Thiérno Madane DIOP
Mr Mahamadoun COULIBALY
Mr Mamadou Chiad CISSE
Mr Daouda DIALLO
Mr Siriman Abdoulaye KOÏTA
Mr Abdoulaye TRAORE
Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE
<b>Enseignants Associés :</b>
Mr Youssoufa MAIGA : Professeur de neurologie
Mr Moussa DIARRA : Professeur de gastro-entérologie
Mr Daouda MINTA : Professeur d'infectiologie
Mme Hawa Meyer KEITA : Professeur d'anesthésie-Réanimation

## **DEDICACES ET REMERCIEMENT**

*Gloire à Dieu, le Miséricordieux ; Salut et Paix sur son Prophète Mohamed.*

*Je dédie ce travail :*

✓ *A mes Parents*

*Trouver ici l'expression de ma reconnaissance pour votre soutien. Je suis très fier de vous.*

✓ *A mon mari*

*Merci pour ta patience et ton soutien qui ne m'ont jamais fait défaut.*

✓ *A mes frères, mes sœurs, amis ainsi qu'à ma belle famille*

*Mes remerciements vont à tous mes Maîtres, pour le soutien, la disponibilité et les conseils précieux dont j'ai bénéficié auprès d'eux pendant toutes ces années de formation.*

*Je remercie mes collègues pour de DES pour le bon climat de collaboration que nous avons tissé et entretenu durant cette formation.*

*Je remercie aussi tout le personnel des services d'anesthésie-réanimation et des urgences des CHU (Gabriel Touré, point G, Luxembourg, Kati, IOTA, CNOS) et de l'hôpital du Mali pour toute l'assistance dont j'ai pu bénéficier auprès de vous.*

*Merci à tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à rendre possible la réalisation de ce travail.*

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

- AG** : Anesthésie générale.
- ALR** : Anesthésie locorégionale.
- ASA** : American Society of Anesthesiologists.
- ATCD** : Antécédent.
- BGR** : Bassin généralement rétréci.
- CHU** : Centre hospitalier universitaire.
- IOTA** : Institut d'Ophtalmologie Tropical de l'Afrique.
- CNOS** : Centre national odontostomatologie.
- CPN** : Consultation prénatale
- DES** : Diplôme d'études spécialisées.
- DLG** : Décubitus latéral gauche.
- EI** : Evénement indésirable.
- GCS** : Score de Glasgow.
- GEU** : Grossesse extra-utérine.
- HTA** : Hypertension artérielle.
- HRP** : Hématome rétroplacentaire.
- IMC** : Indice de masse corporelle
- ROT** : Reflexe ostéotendineux.
- SFA** : Souffrance fœtale aigüe.
- SPO2** : Saturation pulsée en oxygène.

## Définition opérationnelle

**Anémie** : Hémoglobine inférieure à 10g/l.

**Score d'Apgar normal** : Entre 7-10

**Score d'Apgar anormal** : Entre 3 -6.

**Mort-né** : Score d'Apgar est inférieur à 3.

**Bradypnée** : Fréquence respiratoire inférieure à 12 cycles/mn.

**Créatinémie normale** : Entre 60 à 90 micromol/l.

**Désaturation** : SPO2 inférieure à 90% à l'air ambiant

**Eupnée** : Fréquence respiratoire entre 12 et 20 cycles/mn.

**Grande multigeste** : Femme qui est à sa 7<sup>ème</sup> grossesse ou plus.

**Grande multipare** : Femme ayant eu une parité supérieure ou égale à six (6).

**Hypercréatinémie** : Créatinémie supérieure à 90 micromol/l.

**Hypertension artérielle (HTA)** : Pression artérielle supérieure ou égale à 140/90 mmHg.

**Hypotension artérielle** : Tension artérielle systolique inférieure à 90 mmHg.

**Hyperglycémie** : Glycémie supérieure ou égale à 7 mmol/l. ou 1,26 g/dl.

**Hypoglycémie** : Glycémie inférieure ou égale à 2,75 mmol/l. ou 0,5g/dl.

**IMC normal** : 18,5 -24,9.

**Multigeste** : Femme a eu plusieurs grossesses.

**Multipare** : Femme qui a eu quatre à cinq accouchements

**Obèse** : IMC entre 30- 40.

**Paucipare** : Femme qui a eu deux à trois accouchements.

**Primigeste** : Femme portant sa première grossesse en cours.

**Primipare**: Femme qui accouche pour la première fois

**Surpoids** : IMC entre 25- 30.

**Saturation normale** : SPO2 entre 95-100% à l'air ambiant.

**Saturation insuffisante** : SPO2 en dessous de 95% à l'air ambiant.

**Tachypnée** : Fréquence respiratoire supérieur à 20 cycle/mn.

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: l'indice masse corporelle. ....	10
Tableau II: les antécédents. ....	11
Tableau III: la gestité.....	11
Tableau IV: la parité.....	11
Tableau V: les indications. ....	12
Tableau VI: la coloration des conjonctives palpébrales.....	12
Tableau VII: la pression artérielle.....	13
Tableau VIII : la fréquence respiratoire. ....	13
Tableau IX: la saturation. ....	13
Tableau X : l'évaluation neurologique.....	14
Tableau XI: le score Mallampati.....	14
Tableau XII: la Numération formule sanguine. ....	14
Tableau XIII : le groupe sanguin.....	15
Tableau XIV : le rhésus.....	15
Tableau XV : la glycémie.....	15
Tableau XVI : la créatinémie (micromol/l).....	16
Tableau XVII : la classification ASA. ....	16
Tableau XVIII: la technique d'anesthésie.....	16
Tableau XIX: la préparation préopératoire. ....	17
Tableau XX : les produits d'induction. ....	17
Tableau XXI : les produits d'urgence peropératoire.....	17
Tableau XXII : les évènements indésirables peropératoire. ....	18
Tableau XXIII: les incidents chirurgicaux.....	18
Tableau XXIV: les incidents peropératoires. ....	19
Tableau XXV: le score d'Apgar.....	19
Tableau XXVI: le score Apgar et la technique d'anesthésie. ....	20

Tableau XXVII : l'orientation postopératoire.....	20
Tableau XXVIII: les complications chirurgicales 24 h post opératoire. ....	20
Tableau XXIX : les complications anesthésiques 24H post opératoire.....	21
Tableau XXXI : la durée de séjour.....	21
Tableau XXXII : le mode de sortie en réanimation. ....	22

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1: la tranche d'âge.....	10
---------------------------------	----



## SOMMAIRE

I. INTRODUCTION .....	1
OBJECTIFS.....	4
Objectif général .....	4
Objectifs spécifiques : .....	4
II. METHODOLOGIE.....	5
2.1. Type d'étude .....	5
2.2. Cadre et période d'étude.....	5
2.3. Site d'étude .....	5
2.4. Le service Gynéco-Obstétrique : .....	6
2.5. Population d'étude .....	6
2.6. Variables étudiées .....	7
2.7. Circuit du malade en Gynéco-Obstétrique .....	7
2.8. Protocole anesthésique.....	8
2.9. La collecte et l'analyse des données.....	8
2.10. Considérations éthiques.....	9
III. RESULTATS.....	10
IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	23
4.1. Limites .....	23
4.2. Fréquence.....	23
4.3. Age.....	24
4.4. Antécédents.....	24
4.5. Gestité .....	24
4.6. Indications opératoires.....	24

4.7. La technique d'anesthésie.....	24
4.8. Drogue d'induction.....	25
4.9. Evènements indésirables (EI) .....	25
4.10. Score d'Apgar.....	26
CONCLUSION .....	27
RECOMMANDATIONS .....	28
ANNEXES .....	32

## I. INTRODUCTION

Les urgences obstétricales sont des situations cliniques mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel maternel et/ou fœtal ou néo-natal.

Elles nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire associant gynéco-obstétricien, pédiatre et anesthésiste réanimateur à ce temps ultime.

Face à une pathologie maternelle ou fœtale sévère (3), l'anesthésiste occupe une place importante dans la prise en charge qui nécessite le plus souvent une intervention chirurgicale extraire l'enfant par voie abdominale. [1]

Les urgences obstétricales sont à l'origine de la grande majorité des décès maternels dans le monde suite à un excès de complications hémorragiques, maladies thromboemboliques, infectieuses et anesthésiques. Elles sont reconnues comme étant parmi les plus redoutables à cause du risque materno-foetal. [2]

Les urgences obstétricales se caractérisent par une forte mortalité fœto-maternelle. En effet, chaque année, dans le monde, un minimum de 529000 femmes décèdent suite à la grossesse, à l'accouchement et aux différentes affections ; ce qui représente 1449 décès /jour soit un décès par minute. Ces urgences sont plus fréquentes dans les pays sous-développés.

En Afrique les urgences obstétricales seraient responsables de 30 à 98% de la mortalité maternelle globale.

Au Mali, ce taux est évalué à 464 décès maternels pour 10000 naissances vivantes [3]. La majorité des décès maternels secondaires à l'anesthésie survient sous anesthésie générale.

Pour les césariennes d'urgence la Procédure de l'IOT : (Séquence d'induction rapide) est conseillée. Elle consiste en :

- Une dénitrogénéation systématique au masque facial, en oxygène pur pendant trois (03) minutes, lorsque l'ensemble des champs opératoires est installé

- L'injection d'hypnotique tandis qu'un aide assure une pression cricoïde par manœuvre de Sellick
- L'intubation, non traumatique, est faite lorsque les fasciculations ont cessé et que le menton est facilement mobilisable (ce qui demande moins d'une minute en général).
- La sonde d'intubation est étanche par gonflage du ballonnet. La constatation d'un tracé de la courbe de CO<sub>2</sub> expiré sur le capnographe EtCO<sub>2</sub> et l'auscultation systématique des deux champs pulmonaires confirment la bonne position de la sonde.

La consultation préanesthésique permet d'anticiper et de proposer un choix de technique adaptée aux conditions maternelles, fœtales et obstétricales.

Selon la classification de LUCAS DN et YENTIS il y a deux types d'urgences obstétricales :

- Urgences absolues : la vitalité materno-fœtale est en danger imminent. Parmi les indications on peut citer : placenta prævia, hématome rétro placentaire la rupture utérine, l'éclampsie, souffrance fœtale aigüe, les présentations vicieuses ; la dystocie dynamique.
- Urgences relatives : la mère n'est pas sous la menace d'une complication vitale et le fœtus est l'objet d'un risque imminent. Parmi les indications on peut citer : bassin généralement rétréci, disproportion fœtaux pelvienne, bassin limite, bassin asymétrique ; [10].

Les principales urgences obstétricales nécessitant une intervention anesthésiologique sont :

- la césarienne.
- la GEU rompue (grossesse extra utérine rompue).
- l'hystérectomie d'hémostase.

Le choix du type d'anesthésie est fonction de l'état de la mère et/ou du fœtus, du degré d'urgence, des antécédents maternels et de l'expérience de l'anesthésiste.

De nombreuses études parues dans la littérature internationale montrent que les pays en voie de développement notamment ceux au sud du Sahara restent largement en dehors de ces progrès avec une sur morbidité liée à une indigence en moyen matériel et une pénurie en personnel qualifié en anesthésie réanimation. Cependant 69% de ces décès sont évitables grâce aux mesures d'anesthésie et de réanimation efficaces. [4]

Le CHU du Gabriel TOURE reste toujours une structure de premier recours malgré l'avènement des centres de santé communautaires (CSCOM) et des centres de santé de référence (CSREF). De nombreuses études ont été effectuées sur l'anesthésie de la césarienne en urgence. Dans ce travail nous nous proposons de faire une évaluation de la prise en charge anesthésiologique des césariennes en urgence au CHU Gabriel TOURE.

## **OBJECTIFS**

### **Objectif général**

Evaluer la prise en charge anesthésiologique des césariennes en urgence au CHU Gabriel TOURE.

### **Objectifs spécifiques :**

1. Déterminer les différentes techniques d'anesthésie au cours de la césarienne en urgence.
2. Préciser les indications des césariennes en urgence.
3. Identifier l'incidence des événements indésirables au cours de chaque technique.
4. Faire une corrélation entre la technique anesthésique et l'APGAR du fœtus à la naissance.

## **II. METHODOLOGIE**

### **2.1. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude prospective.

### **2.2. Cadre et période d'étude**

L'étude s'est déroulée au CHU Gabriel TOURE dans le service d'Anesthésie Réanimation et au bloc opératoire du service de la Gynéco-Obstétrique du 01 Août au 31 Octobre 2021.

### **2.3. Site d'étude**

Notre étude s'est déroulée sur le site d'opération du service de la Gynéco-Obstétrique des services d'anesthésie et de réanimation du CHU Gabriel TOURE.

Le service d'anesthésie couvre les activités anesthésiques sur l'ensemble des sites d'anesthésie du CHU GT. Le personnel est constitué de dix (10) médecins anesthésistes réanimateurs, et de dix-sept (17) infirmiers anesthésistes diplômés d'état (IADE).

Il y'a le bloc de chirurgie programmée avec cinq (5) salles et deux (2) blocs d'urgence, dont un pour la Gynéco-Obstétrique et un pour les urgences chirurgicales.

#### **a. Equipements de la salle opératoire d'obstétrique**

Elle dispose :

- de prises murales électriques ;
- d'une centrale de fluide avec oxygène, et vide ;
- d'une table d'opération multifonctionnelle ;
- d'une lampe scialytique ;
- d'un chariot d'Anesthésie.
- d'un respirateur d'Anesthésie ;
- d'un moniteur multiparamétrique ;
- d'un appareil échographique ;

- d'un défibrillateur ;
- d'un aspirateur électrique ;
- d'une armoire d'urgence.

## **b. Le fonctionnement**

La garde est assurée par deux assistants médicaux dont un pour les urgences gynéco obstétriques et un pour les autres urgences. Ils sont sous la responsabilité d'un médecin Anesthésiste Réanimateur de garde accompagné par des médecins en cour de spécialisation d'Anesthésie Réanimation.

### **2.4. Le service Gynéco-Obstétrique :**

Il comporte des salles d'hospitalisation avec un total de 43 lits. A l'étage on trouve le bureau du Chef de service avec son Secrétariat, un bloc à froid, une salle de réveil avec 2 lits. Au rez-de-chaussée il y a, le bloc des urgences, un balcon avec trois lits et un scope qui sert de salle de réveil, la salle d'accouchement, le bureau du Major. Le personnel est composé de quinze (15) infirmiers, trente-sept (37) sages-femmes, cinq (5) techniciens de surface et huit (8) médecins spécialistes.

### **2.5. Population d'étude**

Elle a concernée toutes les césariennes réalisées dans le service de Gynéco-Obstétrique du CHU Gabriel TOURE durant une période de trois mois (01 Août au 31 Octobre).

#### **a. Echantillon**

L'échantillonnage a été calculé selon la formule suivante :

$$n = t^2 \times p \times (1-p) / m^2$$

**n** : Taille d'échantillon minimale pour l'obtention de résultats significatifs pour un évènement et un niveau de risque fixé.

**t** : Niveau de confiance (la valeur type du niveau de confiance de 95% sera 1,96).



**p** : Proportion estimée de la population qui présente la caractéristique.

**m** : Marge d'erreur (généralement fixée à 5%).

Ainsi pour une taille de la population estimée de 168, en prenant un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur de 5%, la taille d'échantillon devrait être de **118 cas**, soit une fréquence de 70,23%.

### **b. Les critères d'inclusion**

Toutes patientes venues en urgence dans le service de Gynéco-Obstétrique, pendant la période d'étude avec indication de césarienne en urgence.

### **c. Les critères de non inclusion**

- Patientes opérées pour césarienne en urgence dans un autre centre.
- Les césariennes faites en dehors de notre période d'étude.
- Les césariennes programmées.
- GEU rompue (grossesse extra utérin).
- Hystérectomie d'hémostase.

## **2.6. Variables étudiées**

### **a. Variables qualitatives**

Profession, résidence, statut matrimonial, antécédents, indications opératoires, consultations prénatales, état clinique, techniques anesthésiques, complications per opératoires, produits d'anesthésie.

### **b. Variables quantitatives**

âge, gestité, classe ASA, durée de la préparation, durée de l'intervention, durée d'anesthésie score d'Apgar, score d'aldrete, score de bromage.

## **2.7. Circuit du malade en Gynéco-Obstétrique**

Les patientes sont admises directement en salle d'urgence du service de gynéco obstétrique munies d'une fiche d'évacuation. Après un examen physique fait par le gynécologue ou le médecin de garde, les indications opératoires sont posées et l'équipe d'anesthésie est sollicitée pour une consultation. Cette équipe, après

évaluation valide la technique d'anesthésie souvent associée à une préparation pré opératoire à base de produits tels que : le sulfate de magnésium, le diazépam, l'acide tranéxamique, la noradrénaline. Puis, les patientes sont admises au bloc d'urgence. Après chirurgie, celles qui ont un bon paramètres cliniques reste dans le service de gynéco obstétrique et celles dont les paramètres cliniques sont précaires sont transférées dans le service de réanimation.

## **2.8. Protocole anesthésique**

Dans notre étude, deux techniques d'anesthésie ont été utilisées :

- L'anesthésie loco régionale (rachianesthésie) avec comme molécules utilisées : la Bupivacaïne 0,5% à la dose de 10 mg associée à la fentanyl 25 Gamma ou à la morphine 100 Gamma en induction, la lidocaïne à 2% pour le bouton dermique. Les aiguilles à ponction lombaire utilisées étaient de 22 à 25 gauge.
- L'anesthésie générale avec les hypnotiques utilisés en majorité à l'induction :
  - La kétamine à la dose de 2 à 3 mg /Kg.
  - Le pentothal à la dose de 3 à 4mg/Kg
  - Le curare dépolarisant : Suxaméthonium à la dose de 1mg/kg, pour l'intubation à séquence rapide.
  - Le curare non dépolarisant : Vécuronium à la dose de 0,03mg/kg.
  - La morphinique après extraction du nouveau-né : Fentanyl à la dose de 2 Gamma/kg.

## **2.9. La collecte et l'analyse des données**

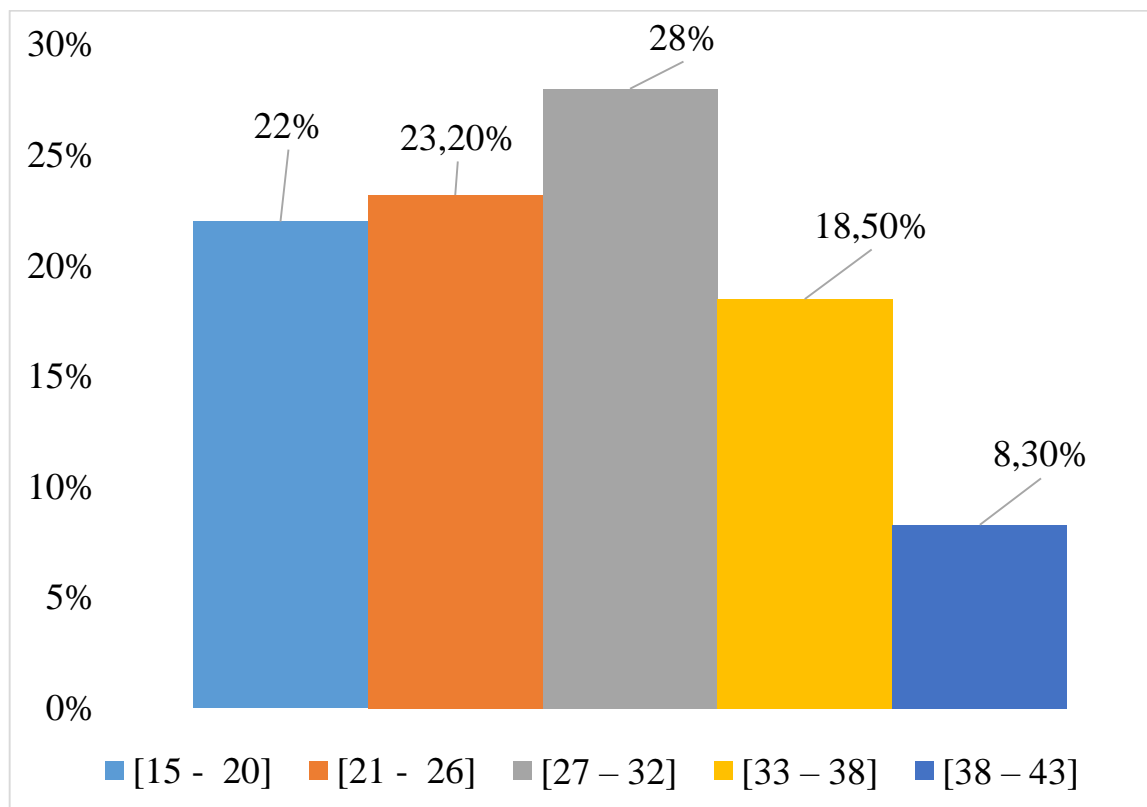
Les renseignements obtenus des patientes et dans le carnet de consultation prénatale sont établis sur une fiche individuelle de collecte des données sur laquelle figurent les variables à étudier. L'analyse statistique a été faite sur le logiciel SPSS version 25. Pour le traitement de texte le logiciel Microsoft Word a été utilisé.

## **2.10. Considérations éthiques**

Nous avons recueilli le consentement éclairé des patientes ou de leurs familles.

### III. RESULTATS

Durant la période d'étude, nous avons effectué 168 césariennes d'urgence sur 389 cas de césarienne, soit une fréquence de 43,18 %.



**Figure 1: la tranche d'âge.**

La tranche d'âge prédominante est celle qui va de 27 à 32 ans, soit 28% des cas ; l'âge moyen était de 26,16 ±6,55 ans.

**Tableau I: l'indice masse corporelle.**

IMC	Fréquence	Pourcentage (%)
Normal	146	86,9
<b>Surpoids</b>	<b>19</b>	<b>11,3</b>
Obèse	3	1,8
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100,0</b>

Onze virgule trois pourcent (11, 3 %) de nos patientes étaient en surpoids.

**Tableau II: les antécédents.**

<b>Antécédents</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Césarienne</b>	<b>31</b>	<b>18,45</b>
Diabète	4	2,38
Hernie discale	1	0,6
Cardiopathie	8	4,76
HTA	4	2,38
Aucun antécédent	120	71,43
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100,0</b>

Les patientes ayant un antécédent de césarienne ont représenté 18,5%.

**Tableau III: la gestité.**

<b>Gestité</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Primigeste	38	22,62
<b>Multigeste</b>	<b>107</b>	<b>63,69</b>
grande multigeste	23	13,69
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100,0</b>

Les multigestes ont représenté 63,7% des cas.

**Tableau IV: la parité.**

<b>Parité.</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Nullipare	37	22
Primipare	35	20,8
Paucipare	33	19,6
<b>Multipare</b>	<b>43</b>	<b>25,6</b>
Grand multipare	20	12
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100</b>

Les multipares ont représenté 25,6% des cas.

**Tableau V: les indications.**

<b>Indications</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
BGR	9	5,36
Utérus cicatriciel en travail	26	15,48
Dystocie	14	8,33
Pré éclampsie	20	11,90
Eclampsie	20	11,90
<b>HRP</b>	<b>33</b>	<b>19,64</b>
Placenta prævia	7	4,17
Syndrome Pré rupture	6	3,57
SFA	24	14,29
Cardiopathies en travail	9	5,36
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100,0</b>

L'indication la plus prédominante était HRP soit 19,6%.

**Tableau VI: la coloration des conjonctives palpébrales.**

<b>Conjonctives palpébrales</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Colorées	151	89,9
<b>Pâle</b>	<b>17</b>	<b>10,1</b>
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100,0</b>

La pâleur était observée chez 17 patientes soit 10,1% des cas.

**Tableau VII: la pression artérielle.**

<b>PA (mmHg)</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Normale</b>	<b>104</b>	<b>61,9</b>
PA inf. à 90/50	61	36,3
PA sup ou égale à 140/90	3	1,8
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100,0</b>

La pression artérielle était normale dans 61,9 % des cas.

**Tableau VIII : la fréquence respiratoire.**

<b>FR</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Eupnée	120	71,4
Bradypnée	0	0
<b>Tachypnée</b>	<b>48</b>	<b>28,6</b>
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100</b>

Vingt-huit virgule six pourcent (28,6%) des patientes avaient une tachypnée.

**Tableau IX: la saturation.**

<b>Spo2</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>SPO2 normale</b>	<b>165</b>	<b>98,2</b>
SPO2 inf. à 92%	3	1,8
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100</b>

La saturation était normale dans 98,2 des cas.

**Tableau X : l'évaluation neurologique.**

<b>Evaluation neurologique</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>GCS Normal</b>	<b>130</b>	<b>77,3</b>
GCS inf. à 14	30	17,9
ROT	3	1,8
Convulsion	5	3
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100,</b>

Le score GCS était normal dans 77,3% des cas.

**Tableau XI: le score Mallampati.**

<b>Score Mallampati</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Mallampati I</b>	<b>124</b>	<b>73,8</b>
Mallampati II	42	25
Mallampati III	2	1,2
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100,0</b>

Le score Mallampati initiale était cote à I dans 73,8 % des cas.

**Tableau XII: la Numération formule sanguine.**

<b>NFS</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Normale	107	63,7
<b>Anémie</b>	<b>24</b>	<b>14,3</b>
Non fait	37	22
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100,0</b>

L'anémie était observée chez 24 patientes soit 14,3%.



**Tableau XIII : le groupe sanguin.**

<b>NFS</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>O</b>	<b>71</b>	<b>42,3</b>
A	52	31
B	39	23,2
AB	5	3
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100,0</b>

Le groupe sanguin le plus représenté était le groupe O soit 42,3% des cas.

**Tableau XIV : le rhésus.**

<b>Rhésus</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Positif</b>	<b>143</b>	<b>85,1</b>
Négatif	25	14,9
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100,0</b>

La presque totalité de nos patientes étaient de rhésus positif.

**Tableau XV : la glycémie.**

<b>Glycémie</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Normale</b>	<b>77</b>	<b>45,8</b>
Hyperglycémie	24	14,3
Hypoglycémie	0	0
Non fait	67	39,9
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100,0</b>

L'hyperglycémie était la plus représentée dans 14,3% des cas.

**Tableau XVI : la créatinémie (micromol/l).**

<b>Créatinémie (micromol/l)</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Normale</b>	<b>95</b>	<b>56,5</b>
Hypercréatinémie	5	3
Non fait	68	40,5
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100,0</b>

La créatinémie était normale dans 56,5 % des cas.

**Tableau XVII : la classification ASA.**

<b>ASA</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
ASA I u	66	39,28
ASA II u	21	12,5
<b>ASA III u</b>	<b>81</b>	<b>48,22</b>
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100,0</b>

La majorité des patientes étaient classées ASA III u, soit 48,22%.

**Tableau XVIII: la technique d'anesthésie.**

<b>Technique</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>AG</b>	<b>96</b>	<b>57,14</b>
Rachianesthésie	72	42,86
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100,0</b>

L'AG a été utilisée chez 96 patientes soit 57,1% des cas.

**Tableau XIX: la préparation préopératoire.**

<b>Moyens de la préparation préopératoire</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Remplissage vasculaire	14	8,33
Transfusion sanguine	5	2,97
Noradrénaline	7	4,16
Décubitus latéral gauche	142	84,54
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100</b>

Une préparation pharmacologique était effectuée en tout dans 15,46% des cas.

**Tableau XX : les produits d'induction.**

<b>Produits d'induction</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Bupivacaine</b>	<b>72</b>	<b>42,2</b>
Ketamine+Celocurine	57	33,9
Thiopental+Celocurine	39	23,9
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100,0</b>

La bupivacaine a été utilisée chez 42,2% ; suivi de la kétamine 33,9%.

**Tableau XXI : les produits d'urgence peropératoire.**

<b>Produits d'urgence</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Ephédrine</b>	<b>92</b>	<b>54,76</b>
Noradrénaline	29	17,26
Adrénaline	4	2,38
Aucun	43	25,6
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100,0</b>

L'éphédrine était le principal produits d'urgence le plus utilisé soit 54,8%.

**Tableau XXII : les évènements indésirables peropératoire.**

<b>E I</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
HTA	7	4,17
<b>Hypotension</b>	<b>110</b>	<b>65,48</b>
Convulsion	1	0,59
Aucun	50	29,76
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100,0</b>

L'hypotension artérielle était observée dans 65,48% des cas.

**Tableau XXIII: les incidents chirurgicaux.**

<b>Incidents chirurgicaux</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Hémorragie</b>	<b>2</b>	<b>1,19</b>
Rupture urétérale	1	0,6
Aucune	165	98,21%
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100,0</b>

L'hémorragie a été observée chez 1,19% des patientes.

**Tableau XXIV: les incidents peropératoires.**

<b>Incidents peropératoires</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Désaturation	1	0,59
Convulsions	1	0,59
HTA	7	4,17
<b>Hypotension</b>	<b>93</b>	<b>55,36</b>
Aucun	66	39,29
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100,0</b>

L'hypotension s'est produite chez 55,36% des patientes.

**Tableau XXV: le score d'Apgar.**

<b>Score d'Apgar</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Normal</b>	<b>115</b>	<b>68,5</b>
Anormal	19	11,3
Mort-né	34	20,2
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100,0</b>

Les nouveau-nés ayant un Apgar normal à la première minute étaient majoritaires soient 68,5% des cas.

**Tableau XXVI: le score Apgar et la technique d'anesthésie.**

Score Apgar	Technique d'anesthésie		Total
	AG	Rachianesthésie	
7-10	21	68	89
3- 6	41	4	45
<b>0-3</b>	<b>34</b>	<b>0</b>	<b>34</b>
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>72</b>	<b>168</b>

Le score Apgar 0-3 était retrouvé chez 34 patientes opérées sous anesthésie générale.

**Tableau XXVII : l'orientation postopératoire.**

Orientation postopératoire	Fréquence	Pourcentage (%)
Réanimation	65	38,69
<b>Gynéco Obstétrique</b>	<b>103</b>	<b>61,31</b>
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100,0</b>

Plus de la moitié des patientes ont été orientées en post opératoire dans le service de Gynéco obstétrique soit 61,31%.

**Tableau XXVIII: les complications chirurgicales 24 h post opératoire.**

Complications chirurgicales	Fréquence	Pourcentage (%)
<b>Choc hémorragique</b>	<b>19</b>	<b>11,30</b>
Lâchage de suture	2	1,2
Aucune	147	87,50
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100,0</b>

Les complications étaient de 11,30% de choc hémorragique et 1,2% de lâchage de suture.

**Tableau XXIX : les complications anesthésiques 24H post opératoire.**

<b>Complications anesthésique</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Hypotension artérielle	36	21,42
Retard de réveil	19	11,30
Arrêt cardiaque	3	1,78
Syndrome de Mendelson	2	1,2
Insuffisance rénale aigüe.	4	2,4
Aucune	104	61,90
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100,0</b>

Les complications liées à l'anesthésie priment, soit 38,1 %.

**Tableau XXXI : la durée de séjour**

<b>Durée de séjour</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
1 jour	20	30,76
<b>2 jours</b>	<b>25</b>	<b>38,46</b>
3 jours	15	23,07
Plus de 3 jours	5	7,69
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

La durée de séjour la plus observée était 02 jours soit 38,46% des cas.

**Tableau XXXII : le mode de sortie en réanimation.**

<b>Mode de sortie</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Transférées</b>	<b>57</b>	<b>87,69</b>
Décédées	8	12,31
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>

Plus de la moitié des patientes sont transférées dans le service de gynéco Obstétrique, soit 87,69%.



## IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### 4.1. Limites

Toutes nos patientes avaient une échographie obstétricale.

Au cours de notre étude nous avons rencontré quelques difficultés liées à :

- L'anesthésie pratiquée par un seul anesthésiste dans la plupart des cas alors que les normes en demandent deux au minimum.
- Défaut d'information de l'équipe d'anesthésie sur les admissions obstétricales urgentes.
- Absence de CPA antérieure, ces patientes n'ont bénéficié que de la visite pré-anesthésique.
- Non réalisation de bilans.
- Absence d'armoire d'urgence au bloc opératoire.
- Absence de salle de surveillance post interventionnelle (SSPI).

### 4.2. Fréquence

Nous avons enregistré 389 cas au total avec 168 cas de notion d'urgence obstétricale dans le service de gynécologie obstétricale durant une période de 3 mois (Aout à Octobre), soit une fréquence de 43,18%.

Dans l'étude de **TEGUETE I [7]** sur trois ans (1991 à 1993) le taux de césarienne au centre hospitalier universitaire du point G était estimé à 24,05% (772 césariennes sur 3209 accouchements). L'élévation du taux de césarienne dans notre étude par rapport à celle de **TEGUETE I [7]** pourrait s'expliquer par la gratuité de l'acte de la césarienne accordée par les autorités publiques depuis un certain temps (en juin 2005).

Nos résultats sont supérieurs à celui de **Bréhima Diallo** qui avait retrouvé 25,64% lors d'une étude faite à Ségou.

### 4.3. Age

La moyenne d'âge était de 26,16 ans avec des extrêmes allant de 15 à 43 ans. La tranche d'âge la plus représentée était de 22 à 32 ans, soit une fréquence de 50%. La moyenne d'âge de nos patientes était supérieure à celle de **Bamba D [5]** qui avait retrouvé une moyenne d'âge de 24,62 ans. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que Sikasso est une zone rurale où les mariages sont plus précoces. L'âge moyen des patientes était de  $20,30 \pm 3,34$  ans (extrêmes 14 et 39 ans).

### 4.4. Antécédents

Selon les ATCD médicaux la cardiopathie représente 4,8%, l'HTA 2,4%, le diabète 2,4% de notre population d'étude, Contrairement à celle de **Konaté F [16]** les ATCD médicaux la drépanocytose représente 0,3%, l'HTA 0,3%, la cardiopathie 0,3% de notre population d'étude.

### 4.5. Parité

Les multipares étaient les plus représentés soit 25,6%. Nos résultats vont dans le même sens que ceux de **Traoré M [6]** et **Konaté F [16]** dans lesquelles les multipares représentaient respectivement 34% et 50,1%.

### 4.6. Indications opératoires

L'indication la plus représentée était l'HRP, soit 19,6% comparé à celles de **BABA BAH** (2011-2012) où les dystocies prédominaient avec un taux de 70,3% ; suivie des hémorragies, et la souffrance fœtale, avec respectivement 19,8 % et 8,7%.

### 4.7. La technique d'anesthésie

L'anesthésie générale a été la plus prédominante soit 57,1%. Nos résultats vont dans le même sens que ceux de **Chobli M et Col [8]** réalisée au Bénin où l'AG était la technique la plus utilisée avec un taux de **86,7%**. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le type d'indication opératoire de la césarienne était majoritairement l'HRP.

L'AG a été la plus utilisée dans toutes les situations de cas d'urgence absolue (78,2% ; 64,2%). Le score d'Apgar 0 a été trouvé seulement chez les gestantes qui ont subi l'AG, soit 20,2%.

#### 4.8. Drogue d'induction

La kétamine était la drogue d'induction la plus utilisée à cause du tableau hémorragique de l'instabilité hémodynamique lié à l'HRP dans les cas d'anesthésie générale. Elle était associée au suxaméthonium et fentanyl après clampage du cordon ombilical, comparé au thiopental (98%) avec éclampsie sévères dans la majorité des cas dans l'étude **de Irié Bi Gohi Serge [12]**

La bupivacaïne 0,5% à la dose de 10mg était le produit d'anesthésie locale prédominant dans les cas de rachianesthésie associé comme adjuvant soit à la morphine à la dose de 100 gamma ou au fentanyl à la dose 10 gamma.

#### 4.9. Evènements indésirables (EI)

65,5% ont présenté une hypotension.

Nous avons enregistré au cours de notre étude, 118 cas d'EI, chez 70,3% des patientes. Parmi ces derniers, l'hypotension était la plus fréquente avec 65,5%. Ce résultat était supérieur à celui de **Konaté. F [16]**. (20,4 %)

L'induction était la période la plus à risque d'EI (43%), suivi de l'entretien (41%), 68% des patientes ont présenté une tachycardie, suivi de nausée, vomissement. Notre résultat est aussi inférieur à celui de **Dr Diallo Boubacar** qui avait retrouvé (85%).

Nous avons enregistré 65 cas de réanimation et 8 décès. Les incidents per opératoire sont dominés par : la tachycardie (60%), l'hypotension artérielle (35%) et l'arrêt cardio-respiratoire (3%). Le score de réveil d'Aldrete modifié, est compris entre 3 et 5 dans 12% des cas. Les complications postopératoires maternelles sont dominées par l'hypotension artérielle (21,42%), le retard du réveil (11,30%) et l'arrêt cardiaque (1,78%). La mortalité maternelle est de

4,76% ; représentée par 3 cas (2,91%) de choc hémorragique, 2 cas (1,19%) d'éclampsie du postpartum, 2 cas (1,94) de HELLP syndrome, 1 cas (1,94%) d'insuffisance rénale aigüe. Ce résultat est en deçà de ceux de **PETE YAICH D CESAR** (2,4%) [17].

La durée de séjour en réanimation était de 72H avec des extrêmes allant d'1 jour à 58 jours.

Tandis que les principales complications fœtales étaient : la détresse respiratoire (40%), la prématurité (30%), l'hypotrophie fœtale (22%). La létalité néonatale observée était de 20,2%. Elle était inférieure à celle rapportée par **Simazoe** 26,6% et supérieur à celle rapportée par **Irié Bi Gohi Serge** 5% [12].

#### **4.10. Score d'Apgar**

La plupart des nouveau-nés (73,2%) avaient un score compris entre 7 et 10. Cependant 20,2% étaient des mort-nés. Ce résultat est supérieur à ceux de **Diarra F.L 14, 4%** [10] mais nettement supérieur à ceux de **Coulibaly A.N** 2,6% [11].

La plupart des nouveau-nés (88,7%) avait un score compris entre 8 et 10. Cependant 9,8% étaient des mort-nés. Ce résultat est comparable à 14,4% de **DIARRA F.L.** [2] mais supérieur aux 2,6% de **COULIBALY A .N.** [53]. La grande majorité du score d'Apgar 0 a été retrouvée dans les cas d'urgence absolue (12,4 % contre 3,0%). L'Apgar nul a surtout été observé dans les situations d'urgence absolue. La majorité des décédées a été pour l'urgence absolue 0,9%.

## **CONCLUSION**

La pratique de l'anesthésie obstétricale en urgence pose des difficultés organisationnelles, liées à l'absence de salle de surveillance post interventionnelle, d'information de l'équipe d'anesthésie et de disponibilité des produits. L'HRP était l'indication opératoire la plus fréquente ; pour cette raison, l'AG a été la technique la plus pratiquée. Beaucoup de patientes ont été transférées en réanimation soit 38,69% des cas et nous avons enregistré 38,69% de complications. Les complications sont fréquentes.

## **RECOMMANDATIONS**

Il ressort de cette étude que les soins obstétricaux méritent d'être encore consolidés dans les CHU, où la mortalité materno-fœtale reste élevée. Ceci nous conduit à faire certaines recommandations :

- Promouvoir l'anesthésie locorégionale en l'absence de contre-indication.
- Renforcer les soins obstétricaux et néonataux d'urgence par des infrastructures adaptées et en nombre de personnel qualifié.
- Améliorer le plateau technique.
- Elaborer des protocoles standardisés et validés de prise en charge anesthésique, avec des produits disponibles dans nos structures.

## REFERENCES

1. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Fiche d'informations sur la césarienne. Edition 2006.
2. Enquête Nationale Périnatale 2010, Les naissances en 2012 et leur évolution depuis 2003. Disponible sur : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les naissances en 2010 et leur evolution depuis 2003.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf).
3. Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux. Octobre 1997. Disponible sur : [http://www.who.int/maternal child adolescent/documents/monitoring obstetric service s\\_fr.pdf](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/monitoring_obstetric_services_fr.pdf).
4. LANSAC J., BODY G., Pratique de l'accouchement. 2ème édition 1992. Page 290
5. Pratique de l'anesthésie péridurale au Mali. A Diallo, D Doumbia, Y Coulibaby, F sissoko, Z Sanogo, A.Tembely,C Cissé, S YENA, Z.Ouattara A propos de 1780 cas. Médecine d'Afrique Noire 2000,47 (12).
6. ODEMENT Michel, *Césariennes : Questions, effets, enjeux*, Collection Champ d'Idées, Ed. Le Souffle d'Or, 2005.
7. TEGUETE I. Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'hôpital national du point G de 1991 à 1993 Thèse de Med, BAMAKO, 1996; M 17.
8. Lansac J Body G. Pratique de l'accouchement. PARIS SIMEP1990 335.
9. Magness RR Rosenfeld CR Systemic and uterine responses to  $\alpha$  -adrenergic stimulation in Pregnant and non-pregnant ewes. Am j obstet gynecol, 1996;155:897-907.
10. WRIGTHE PM IFTIKHAR M., Fitzpatrick kt et al Vasopressor therapy for hypotension during epidural Anesthesia for caesarean section: Effects on maternal and foetal flow velocity Ratios. Anesth analogy, 1992, 75:56-63.

11. Arvieux CC, Rossignol B, Guéret G, Havaux M. Anesthésie pour césarienne d'urgence. IN: SFAR. Conférence de presse. 43ème Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Paris Elsevier SAS.2001 ; p.9-25.
12. Irié Bi Gohi Serge<sup>1</sup>, KOUADIO Konan Stéphanie<sup>1</sup>, OGONDON Bernard<sup>1</sup>, PETE Yaïch Demisère<sup>1</sup>, KOFFI N'guessan Rolent<sup>1</sup>, N'DA-KOFFI Cinthia<sup>1</sup>, et al . Anesthésie pour césarienne d'urgence au cours de l'éclampsie au Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké. Rev int sc méd Abj -RISM 2019 ;21,1 :23-27
13. Diallo B , Keita M , Dicko H , Diallo D , Camara B , Goita D , Beye S.A. , Doumbia D , Pr. Coulibaly Y . Classification de l'American Society of Anesthesiologists et évènements (...) - Société de l'Anesthésie Réanimation d'Afrique Francophone [Internet]. janvier 2014, [cité 10 mars 2022]. Disponible sur: <https://web-saraf.net/Classification-de-l-American.html>
14. DUPRE LJ. Anesthésie locorégionale en chirurgie d'urgence (pp 87-96). In: Conférences d'Actualisation 1993. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, Masson, 1993
15. Nkougou P. Prophylaxie de la maladie thromboembolique veineuse après (...) - Société de l'Anesthésie Réanimation d'Afrique Francophone [Internet]. [cité 10 mars 2022]. Disponible sur: <https://web-saraf.net/nkougou-P-Prophylaxie-de-la.html>
16. Afolayan MJ, Olofinbiyi AB, Ipinnimo MO. Anesthésie rachidienne chez un éclampsique agité avec deuxième jumeau non diagnostiqué : rapport de cas. Pan Afr Med J.2015; 20 : 11
17. Joris BEAUFILS le 12 octobre 2018 : Renforcement de l'analgésie péridurale par la lidocaïne adrénaline alcalinisée pour la réalisation d'une césarienne en urgence au cours du travail : une étude rétrospective observationnelle avant/après réalisée à la maternité de Bordeaux. Page 19.
18. Fatoumata K. L'anesthésie dans la césarienne en urgence dans le service d'anesthésie - réanimation et d'urgence à propos de 591 cas au CHU du Point



G. Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako, [Thèse Med]  
2006-2007.

19.PETE YAICH D CESAR. Césariennes en urgence : pronostic materno-foetal  
au CHU de Cocody d'Abidjan. Mai 2012.

## **ANNEXES**

### **Fiche d'enquête**

#### **I. Anesthésie pour césarienne d'urgence au chu Gabriel TOURE**

N° :

Service :

Identité de la patiente :

Nom :

Prénom :

Age :

Poids :                      IMC :

Indication de la césarienne :

Profession :                      Etudiante :                      Ménagère :

Célibataire                      mariée                      Divorcée                      Veuve

#### **II. Antécédents**

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux :

Antécédents anesthésiques :

Antécédents familiaux :

Allergie :    Consentement éclairé :

Gestité :                      primigeste :                      multi geste :                      grande multi geste :

### III. Examen clinique

Etat général : bon                      moyen                      altéré

Conjonctives : colorée    pale :

FC :      TA :      FR :      SPO2 :      Température :      GCS :

Score de Mallampati : I                                      II                                      III                                      IV

### IV. Examens complémentaires

Groupage sanguin :                      Rhésus :

Glycémie :                                      Créatinémie :

NFS : Taux d'hémoglobine :                                      Hématocrite :

Echographie :

Classification ASA :      ASA 1 :      ASA2 :      ASA3 :      ASA 4 :

Classification Altemeir :

### V. Technique d'anesthésie

#### A. Prémédication

Psychologique : \_\_\_\_\_ réalisé : \_\_\_\_\_ non réalisé :

Médicamenteux : \_\_\_\_\_ Atropine : \_\_\_\_\_ Diazépam :

#### B. Anesthésie générale (A G)

### VI. Induction

#### Intraveineuse

Produits :

Thiopental :                      Diprivan :                      Kétamine :                      Fentanyl :

Norcuron :                      Suxaméthonium :



## **F. Accidents - incidents peropératoire**

Hypotension                      Bradycardie                      Allergie                      Nausées  
Vomissements

Echec de la technique d'anesthésie :      Oui                      Non

Bronchospasme                      Laryngospasme

Hémorragie :                      oui                      non

Transfusion                      oui                      non

### **Score de Bromage :**

Score d'Apgar:      1 é mn                      5 é mn                      10 é mn

### **Autres accidents ou incidents :**

Score d'Aldrette

## **VII. Orientation post opératoire**

### **Réanimation :**

SAU/

Service Gynéco-Obstétrique

### **AUTRES SERVICES :**

Ressources humaines qualifier équipe d'anesthésie :

Médecins :                      nombre :

Assistants(tes) : Nombre :

Qualification du Chirurgien :

Qualification de L'aide Chirurgien :

### **Post op**

Eléments de surveillance :

Complications 24H post opératoire d'ordre anesthésique :

Complications 24H post opératoire d'ordre chirurgical :

Modes de sortie

## FICHE SIGNALITIQUE

**Nom** : SAMAKE

**Prénom** : Ramata

**Titre** : PRISE EN CHARGE ANESTHESIOLOGIQUE DE LA CESARIENNE D'URGENCE AU CHU GABRIEL TOURE.

**Année** : 2020-2021

**Ville de soutenance** : Bamako

**Pays d'origine** : Mali

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie

**Secteur d'intérêt** :

### Résumé

**Introduction** : Les urgences obstétricales sont des situations cliniques mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel maternel et/ou fœtal ou néo-natal.

Elles nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire associant gynéco-obstétricien, pédiatre et anesthésiste réanimateur à ce temps ultime.

**Objectif** : Evaluer la prise en charge anesthésiologique des césariennes en urgence au CHU Gabriel TOURE.

**Patientes et Méthode** : Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive, allant du 01 Août au 31 Octobre 2021.

Résultat : Durant la période d'étude, nous avons effectué 168 césariennes d'urgence sur 389 cas de césarienne, soit une fréquence de 43,18 %. La tranche d'âge prédominante est celle qui va de 27 à 32 ans, soit 28% des cas ; l'âge moyen était de 26,16 ±6,55 ans. Onze virgule trois pourcent (11,3 %) de nos patientes

étaient en surpoids. Les patientes ayant un antécédent de césarienne ont représenté 18,5%. Les multigestes, multipares ont représenté 63,7% et 25,6% des cas. La majorité des patientes étaient classées ASA III u, soit 48,22%. L'AG a été utilisée chez 96 patientes soit 57,1% des cas, la Rachianesthésie chez 72 patientes soit 42,86%. Une préparation pharmacologique était effectuée en tout dans 15,46% des cas L'éphédrine était le principal produits d'urgence le plus utilisé soit 54,8%. Les complications liées à l'anesthésie priment, soit 38,1 %. Plus de la moitié des patientes ont été orientées en post opératoire dans le service de Gynéco obstétrique soit 61,31%. Nous avons enregistré 65 cas de réanimation et 8 décès.

Conclusion : La pratique de l'anesthésie obstétricale en urgence pose des difficultés organisationnelles.

Mots clés : Anesthésiologie de la césarienne d'urgence