

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique



République du Mali

Unpeuple UnBut- Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Année universitaire : 201-201N°/...../

Faculté de Médecine et
d'odontostomatologie

THESE

Evaluation de la connaissance des parents sur les risques liés à
l'anesthésie générale chez les enfants au CHU-IOTA de Bamako : enquête
auprès de la famille.

Présentée et soutenue publiquement le...28. /.....06. /22..... à la faculté de
Médecine et d'odontostomatologie

Par : M. MAMERY COULIBALY

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (DIPLOME D'ETAT)

JURY

PRESIDENT: Professeur DIANGO Djibo Mahamane

MEMBRE: Docteur SOGODOGO Cheick

CO-DIRECTEUR: Docteur AL MEIMOUNE Abdoul Hamidou

DIRECTEUR : Professeur DEMBELE Aladji Seidou

DEDICACES :

Je rends grâce

A Dieu tout puissant : Dieu l'éternel, rien ne peut être fait sans ta volonté, merci de m'avoir accompagné pendant toutes ces années.

Je dédie cet ouvrage

A mon père Feu Seydou Coulibaly : Je te remercie pour tout ce que tu as pu faire pour moi mais aussi pour le mode de vie que j'ai hérité de toi, tout en souhaitant que le bon Dieu t'accorde un repos éternel.

A mes deux mamans Feu salimata Diallo et Minata Sidibé

Mes chères mamans, les mots me manquent pour exprimer tout ce que je ressens, vous avez été au four et au moulin pour bâtir l'homme que je suis devenu. Je suis médecin aujourd'hui pour pouvoir te soigner c'est un rêve qui devient réalité. Je remercie le bon Dieu d'avoir mis une femme comme vous sur notre route.

A ma mère chérie Minata Diakité, de nos jours ça n'a jamais été facile pour toi au quotidien, je suis conscient de tous les sacrifices que tu as pu faire pour nous. J'espère continuer à te rendre fier de moi et m'améliorer au quotidien.

A mon papa siaka dit djonssaba siaka : Je ne saurais comment te remercier pour tout ce que tu as pu faire pour nous depuis ma naissance jusqu'à ce jour. Toujours dans l'ombre ne cherchant aucun remerciement de notre part, tu as été la figure scientifique et paternelle sur qui j'ai toujours voulu tirer l'exemple. Je te remercie pour tout et je demande au bon Dieu de te garder encore proche de nous pour que nous puissions continuer à apprendre de toi. Ce travail est le tien.

A mes frères et sœurs Diakaridja dit Diak, Manssa, Drissa, Aminata dit ami:
Vous avez participé de près comme de loin à ce moment si particulier pour moi.
Je vous remercie pour tous.

A mes cousins et cousines, oncles et tantes

Hommage à mes feux grands-pères

Hommage à mes feux parents : papa Seydou, Salimata Diallo et tous mes
proches disparus

REMERCIEMENTS :

A la famille Coulibaly : Merci de m'avoir ouvert vos portes et surtout celle de la Médecine.

A la famille Sogodogo : Merci pour le soutien indéfectible.

Au Docteur Mahamadou Daou: Docteur les faits de la vie nous rend plus forts, vous êtes un exemple pour moi et j'espère embrasser la même voie que vous.

A la famille Diakité, merci pour les conseils et le soutien.

A Drissa Coulibaly dit bill, ami, Konate dit labo Konate, Moussa, salif dao, Yaya Diakité, issa Sidibé dit djon, tous le personnel du cscom de nerecoro du cabinet tata Sylla: je vous dis merci,

A Kadiatou Coulibaly tu as toujours été présente pour nous depuis le bas âge, ce document je te le dédie pour tout ce que tu représentes pour nous. Merci

A Yaya Coulibaly dit You mon pote, ceci est un premier doctorat, le 2eme sera le tien.

A mes amis et frères d'enfance Abdoulaye Diarra, Diakaridja Doumbia, Kassim Soumaoro: vous êtes plus que des frères pour moi et j'espère que l'on continuera sur cette voie.

A Adjara: je remercie Seigneur encore le jour où je t'ai rencontré, tu es une vraie femme exceptionnelle avec plus de qualité que de défauts et tu sais que tu comptes beaucoup pour moi, tu as toujours été là pour moi. Je remets tout entre les mains du Seigneur.

A mes aînés et collègues: Dr BakayokoYaya, Dr Daou Mahamadou, Dr Djamayiri, Dr Djao, Dr Djimdé, Dr Kané.

Rafa MAIGA : Merci pour toute ton aide tout au long de ce travail tu resteras toujours un souvenir marquant pour moi.

Merci à Emmanuel DEMBELE, Biri kokodjou: Mes partenaires du service se fut très difficile, enfin nous voyons le bout de nos efforts. Courage pour la suite

A tous ceux qui ont été involontairement omis qui me portent dans leur cœur

A tous mes professeurs pour l'enseignement reçu.

A tout le peuple Malien.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur DJIBO MAHAMANE DIANGO

- Professeur titulaire en Anesthésie-Réanimation à la **FMOS**.
- Spécialiste en pédagogie médicale
- Médaillé du mérite de la santé
- Chef du Département d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence du **CHU GT**
- Secrétaire général de la Société d'Anesthésie Réanimation et de Médecine d'Urgence-MALI
- Vice-président de la Société Africaine des Brulés
- Membre de la Société d'Anesthésie-Réanimation d'Afrique Francophone (**SARAF**)
- Membre de la Fédération Mondiale des Sociétés d'Anesthésie-Réanimation.

Cher maitre

Vous nous faite un immense privilège en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos occupations professionnelles. Nous avons été comblés par votre disponibilité et votre accueil. Nous sommes fière de compter parmi vos élèves et gardons en mémoire tous les conseils et savoir acquis au cour de notre formation. Puisse ce travail être à la hauteur de vos attentes Permettez-nous cher maitre 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 et de Médecine d'Urgence-MALI.
- Membre de la Société d'Anesthésie-Réanimation d'Afrique Francophone (SARAF).
- Membre de la société mondiale d'Anesthésie-Réanimation

Cher maitre

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 accordé à ce travail.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur AL MEIMOUME ABDOUL HAMIDOU

- Maître-assistant à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako (**FMOS**).
- Anesthésiste-Réanimateur et praticien Hospitalier au CHU Gabriel Touré.
- Ancien interne des Hôpitaux du Mali
- Chef de service de la Régulation Médicale
- DU en Echographie
- Membre de la Société d'Anesthésie Réanimation et de Médecine d'Urgence-MALI (**SARMU-MALI**).
- Membre de la Société d'Anesthésie Réanimation d'Afrique Francophone (**SARAF**).
- Membre de la société de Réanimation de langue française(**SRLF**)

Cher maitre

Nous sommes très honorés par votre rigueur scientifique dans ce travail 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 maitre le témoignage nos sincères remerciements et notre profonde admiration.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur DEMBELE ALADJI SEIDOU

- Professeur Agrégé en Anesthésie Réanimation à la Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie (**FMOS**).
- Chef de service d'anesthésie du CHU- IOTA.
- Trésorier de la **SARMU-Mali**
- Trésorier de la **SARAF**
- Membre de la commission scientifique de la **SARAF**
- Membre de la Société Française d'Anesthésie – Réanimation (**SFAR**).
- Membre de la Fédération Mondiale des Sociétés d'Anesthésie Réanimation.
- Ex-secrétaire général du Syndicat des enseignants du supérieur de la **FMOS-FAPH**.

Cher maitre

Nous avons été honoré de travailler sous votre directive 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 maitre de vous exprimer notre plus grand respect et notre éternelle reconnaissance.

Abréviations et sigles :

ADARPEF: Association Des Anesthésistes Réanimateurs Pédiatriques
D'expression Française

SFAR: Société Française d'Anesthésie Réanimation

AG: Anesthésie Générale

ALR: Anesthésie Loco Régionale

APB: anesthesia péri-bulbaire

ASA: American Society of Anesthesiology

ATCD: Antécédents

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

NVPO: nausées et vomissements postopératoire

ROC: reflexe oculo-cardiaque

ECG: Electrocardiogramme

EI: Evénements indésirables

VAS: voie aérienne supérieure

IVRS: infection des voies aériennes supérieures

IOT: intubation oro-trachéale

FMOS: Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

FR: Fréquence Respiratoire

H₂O: Eau

ISO: Infirmiers Spécialisés en Ophtalmologie

PSS: received stress scale

IOTA: l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique

IV: Intraveineuse

ORL: Oto-Rhino-Laryngologie

PA: Pression Artérielle

SA: Service d'Anesthésie

SpO₂: Saturation périphérique en oxygène

SSPI: Salle de Surveillance Post-Interventionnelle

TCA: Temps de Céphaline Activée

TP: Taux de prothrombine

VA: Volume Alvéolaire

VD: Volume de l'espace mort

SC: surface corporelle

MAR: Médecin Anesthésiste-Réanimateur

IADE: Infirmier Anesthésiste Diplômé D'Etat

O₂: oxygène

ML: masque laryngé

N₂O: protoxyde d'azote

C₂: deuxième vertèbre cervicale

SFAR: société française d'anesthésie réanimation

MAC: concentration alvéolaire minimale

AINS: anti-inflammatoire non stéroïdien

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| I.INTRODUCTION..... | 18 |
| II. OBJECTIFS..... | 21 |
| 1) Objectif Général..... | 22 |
| 2) Objectifs spécifiques..... | 22 |
| III. GENERALITES..... | 23 |
| IV.METHODOLOGIE..... | 45 |
| 1. Type d'étude..... | 46 |
| 2. Période d'étude..... | 46 |
| 3. cadre et lieu l'étude..... | 46 |
| 4. Patient et méthodes..... | 48 |
| 5. Population d'étude..... | 49 |
| 6. Variables mesurées..... | 50 |
| 7. Aspect éthique | 50 |
| 8. Gestion et analyse des données..... | 50 |
| V.RESULTATS..... | 51 |
| VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION..... | 63 |
| CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS..... | 67 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 70 |
| ANNEXES..... | 74 |

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LA LISTE DES TABLEAUX

| | |
|--------------------|----|
| Tableau I..... | 52 |
| Tableau II | 53 |
| Tableau III..... | 54 |
| Tableau IV..... | 54 |
| Tableau V..... | 55 |
| Tableau VI..... | 55 |
| Tableau VII..... | 55 |
| Tableau VIII..... | 56 |
| Tableau IX..... | 56 |
| Tableau X..... | 57 |
| Tableau XI..... | 57 |
| Tableau XII..... | 58 |
| Tableau XIII..... | 58 |
| Tableau XIV..... | 59 |
| Tableau XV..... | 59 |
| Tableau XVI..... | 60 |
| Tableau XVII..... | 60 |
| Tableau XVIII..... | 60 |
| Tableau XIX..... | 61 |
| Tableau XX..... | 61 |
| Tableau XXI..... | 61 |
| Tableau XXII..... | 62 |

LISTES DES FIGURES

| | |
|---------------|----|
| Figure 1..... | 29 |
| Figure 2..... | 29 |
| Figure 3..... | 35 |
| Figure 4..... | 36 |
| Figure 5..... | 39 |
| Figure 6..... | 53 |

I-INTRODUCTION

L'anesthésie est un mot venant du grec : <<an>>privatif et <<ais thésis>>sensibilité. Elle correspond à une privation réversible totale ou partielle de la sensibilité. Elle a été depuis longtemps l'une des préoccupations dominantes de l'homme pour soulager la douleur [1].

En effet l'anesthésie n'est pas en elle-même un acte thérapeutique et, de ce fait, les patients perçoivent la relation bénéfice /risque de l'acte anesthésique de façon différente de celle inhérente à une intervention chirurgicale, dont le bénéfice thérapeutique escompté par le malade est considérable [2].

En anesthésie pédiatrique, l'implication des parents revêt une importance capitale.

En effet les parents, seuls interlocuteurs « fiables » et juridiquement responsables, sont indispensables tout au long de la chaîne de prise en charge.

Le consentement éclairé signé des parents est obligatoire pour pouvoir inclure l'enfant dans une étude et débiter un traitement, sauf s'il existe une urgence thérapeutique avérée – auquel l'enfant reçoit d'emblée le traitement de référence. L'obtention du consentement nécessite parfois plusieurs entretiens avec le médecin référent. Le consentement du patient mineur est fonction de son âge [3].

Un enfant devant se faire opérer éprouve une multitude de changements. En effet, cela induit une séparation avec le milieu familial, une perturbation des habitudes, une confrontation avec un milieu inconnu accompagné de plusieurs émotions.

Les parents se sentent généralement démunis face à un enfant qui a peur d'avoir mal et peur de l'inconnu. Il n'est pas rare de voir des jeunes enfants arriver au

bloc opératoire n'ayant pas la moindre idée de ce qu'ils font ici, de qui sont ces gens avec des bonnets et des masques, ni des événements qui vont suivre. Etre plongé soudainement dans un environnement totalement inconnu génère un stress insurmontable pour l'enfant [4].

La particularité de la chirurgie oculaire dans notre service réside dans le fait que les parents soient plutôt concentrés sur la vue de l'enfant que les complications de l'anesthésie pouvant faire perdre la vie.

Dans notre pratique courante malgré les informations données aux parents par rapport à la conduite à tenir avant une intervention chirurgicale (règle de jeun signaler les évènements récents (ETC), certains parents par méconnaissance ou par pitié envers les enfants, enfreins aux règles, toutes choses pouvant entraîner des complications per et postopératoires.

Dans le but d'évaluer la connaissance des parents sur les mesures de prévention des complications au cours de la prise en charge anesthésiologie des enfants, le service d'anesthésie du CHU-IOTA a initié une étude intitulée «évaluation de la connaissance des parents sur les risques liés à l'anesthésie générale chez les enfants»>>

II-OBJECTIFS

1- Objectif général

Evaluer la connaissance des parents sur l'observance des recommandations préopératoires en anesthésie pédiatrique.

2- Objectifs spécifiques

- Déterminer le profil sociodémographique des parents interrogés.
- Déterminer l'ATCD anesthésique chez les enfants.
- Déterminer l'indication opératoire des enfants.
- Evaluer la connaissance des parents sur l'intérêt du jeun pré opératoire.
- Evaluer la connaissance des parents sur les risques liés à l'anesthésie générale.
- Evaluer le stress des parents lié à l'anesthésie générale des enfants.

III- GENERALITES

A-Histoire de l'anesthésie en générale

Le 11 décembre 1844, Horace WELLS, dentiste à Hartford [Etats- unis] décidait d'expérimenter sur lui-même la première anesthésie, en inhalant du protoxyde d'azote avant que son assistant ne lui extrait une dent. Cette première utilisation du gaz hilarant fut un succès, suivie de plusieurs autres réussites. En janvier 1845, une nouvelle tentative dans le service du Pr. WARREN, au Massachusetts General Hospital échouait, sur un sujet obèse et alcoolique. En décembre 1846, WG MORTON, après avoir procédé à une expérimentation méthodique des effets de l'éther sulfurique, sur lui-même et sur les animaux, réalisa la première anesthésie à l'éther avec succès. Les premières anesthésies à l'éther sulfurique seront réservées aux extractions dentaires jusqu'au 16 octobre 1846, date à laquelle MORTON, anesthésiste et WARREN, chirurgien, réalisaient la première anesthésie chirurgicale à l'éther, pour l'ablation d'un angiome congénital cervical. Après cette réussite, le terme d'anesthésie est consacré. Cependant, MORTON souligna très vite la possibilité d'accidents (si le patient devient livide, la respiration stertoreuse, le pouls modifié, il faut immédiatement arrêter l'inhalation d'éther) en même temps qu'il suggérait l'idée de défibrillateur cardiaque [5]. Le 28 janvier 1848 survient le premier cas signalé d'accident d'anesthésie avec la mort d'une jeune fille, Harma GREENER, âgée de 15 ans [6]. L'évolution ultérieure des différentes étapes de l'anesthésie fut parsemée d'échecs partiels ou complets, ainsi que de complications parfois dramatiques.

B-Histoire de l'anesthésie pédiatrique :

En effet le premier livre sur l'anesthésie pédiatrique fut publié en 1948 puis (seconde édition) en 1960 aux États-Unis par Morton Digby Leigh et Key

Belton. En Europe, Harold T Davenport fait éditer, à Londres, en 1967, un ouvrage sur le même sujet (*Paediatric Anaesthesia*) et il faudra attendre 1990 pour que paraisse le premier ouvrage en français sur le sujet (*Manuel d'anesthésie pédiatrique* par Claude Saint-Maurice, Isabelle Murat et Claude Ecoffey).

Ce n'est qu'à partir de la deuxième partie des années 50 que des articles d'anesthésie pédiatrique apparaissent dans les revues d'anesthésie. Leur nombre va s'accroître considérablement au cours de la décennie suivante à mesure que les études de la physiologie du nouveau-né, du nourrisson et du jeune enfant vont mettre en évidence les grandes différences qui existent avec l'adulte. Le livre de CA Smith, *Anesthesia for Infants and Children*, a joué dans ce domaine un rôle primordial et a permis à l'anesthésie pédiatrique de s'imposer comme une spécialité reconnue par la communauté anesthésique dont la majorité des membres redoutait d'avoir à anesthésier des nouveau-nés, des nourrissons ou même de jeunes enfants.

La spécialité va se développer d'autant plus vite que la même évolution est observée chez les chirurgiens qui cherchent à s'attacher les services de ceux qui ont été formés par les quelques pionniers qui se consacrent exclusivement à l'anesthésie pédiatrique comme Gordon Jackson Rees et Gordon Bush au Royaume-Uni, Morton Digby Leigh et W. Glover aux Etats-Unis.

C. Le Stress De L'enfant Lié À La Pratique De L'AG

La réalisation d'un acte chirurgical est une expérience très stressante et potentiellement traumatisante pour un enfant. En effet, elle implique plusieurs ruptures pour l'enfant, plus ou moins angoissantes en fonction de son stade de développement neurologique et affectif : rupture de la répétition de son

quotidien, jeûne imposé, séparation physique de ses parents, franchissement des barrières corporelles par des étrangers, altération de son schéma corporel par l'incision chirurgicale, survenue de douleurs postopératoires... !! La prise de conscience progressive de la brutalité de cette expérience pour les enfants a débouché sur la réalisation de travaux sur le sujet. Il a ainsi été documenté que l'induction de l'anesthésie est une expérience angoissante pour un enfant, et des échelles de mesure de cette anxiété ont été validées (modified-Yale preoperative Anxiety Scale, ANNEXE 4)[7]. Le niveau d'anxiété préopératoire a de plus été corrélé à la consommation d'antalgiques en post opératoire, et à la survenue de troubles du comportement postopératoire (agitation au réveil, régression dans les acquis psychomoteurs, majoration de l'angoisse de séparation...) pouvant être persistants à 1 an de la chirurgie [8] Afin de réduire l'anxiété préopératoire, plusieurs stratégies ont été proposées! -La présence des parents lors de l'induction de l'anesthésie est une première solution pour réduire l'anxiété des enfants. Elle a été montrée comme efficace, mais se heurte à des problèmes d'organisation, et parfois à l'anxiété des parents qui augmente également lors de l'induction de l'anesthésie, avec le risque qu'elle se répercute sur les enfants! - La prémédication des enfants par des molécules anxiolytiques et plus ou moins sédatives est une deuxième solution efficace. Les études ont montré une réduction significative[9] de l'anxiété évaluée par l'échelle m-YAS. La principale limite de cette approche est le problème de la sédation résiduelle qui peut parfois (et de façon imprévisible) compromettre une prise en charge ambulatoire! -Enfin, plusieurs équipes [10,11] ont proposé une approche de préparation de l'enfant et de la famille à l'acte chirurgical, associant diverses formes d'informations adaptées à l'âge de l'enfant (vidéos, chansons, jeux de rôles), de familiarisation avec le matériel d'anesthésie (cardioscope et masque

notamment), de formation de la famille à l'utilisation de techniques de distraction. Les résultats de cette approche sont particulièrement intéressants, avec une diminution marquée des scores d'anxiété préopératoire et de la survenue de troubles du comportement postopératoires. La principale limite de cette approche est l'investissement de temps médical et paramédical qu'elle suppose, qui la rend difficilement généralisable à tous les enfants opérés dans une structure.

D. Aspect Psychologique Et Préparation À L'intervention [12]

L'intervention chirurgicale, l'hospitalisation, l'anesthésie générale ont un retentissement majeur sur la vie émotionnelle de l'enfant. Chaque tranche d'âge a ses particularités :

- ❖ En dessous de 6 mois, l'innocuité d'une cassure du milieu familial ou le stress anesthésio-chirurgical ne peut être évalué.
- ❖ De 6 mois à 4 ans, l'enfant est sujet aux peurs irraisonnées, les explications sont souvent difficiles, se heurtant à des problèmes de compréhension ou simplement au refus du contact ou d'entendre la moindre explication. On peut observer dans les jours voire les mois qui suivent une intervention, des troubles du comportement allant des simples peurs phobiques (hôpital, blouses blanches...) aux troubles sévères du sommeil (cauchemars insomnies...).
- ❖ Chez l'enfant d'âge scolaire, on retrouve des peurs plus structurées : de l'intervention, de la douleur.
- ❖ Quel que soit la tranche d'âge, toute angoisse parentale est un facteur multiplicateur de celle de l'enfant.

L'anesthésiste a un rôle majeur à jouer lors de la consultation d'anesthésie

1. Particularités Anatomiques Et Physiologiques :[13]

L'évolution morphologique durant la croissance est bien connue. La partie céphalique de l'embryon est la première à se développer pendant la vie intra-utérine. Elle grandit plus vite que la partie caudale : c'est le « gradient antéropostérieur ». Un nouveau-né a une tête proportionnellement grosse, attachée à un corps de taille moyenne, et de petits membres. Après la naissance, ce gradient s'inverse pour donner progressivement à l'adulte sa forme définitive. Ce mode d'évolution entraîne des variations dans les proportions des différentes parties du corps. Une ligne horizontale passant par l'ombilic d'un nouveau-né sépare le corps en deux volumes identiques, la même ligne passant par l'ombilic d'un adulte sépare le corps en deux volumes inégaux, 1/3 en sus-ombilical et 2/3 en sous-ombilical (figure1). Ces différences morphologiques contribuent à expliquer les différences de retentissement hémodynamique des blocs centraux chez l'adulte et l'enfant, le volume de sang retenu dans le réseau vasculaire des membres inférieurs étant nettement moindre que chez l'adulte. Ces différences morphologiques ont d'importantes implications pour la réalisation de techniques d'anesthésie locorégionale. En effet, les proportions, la profondeur et les rapports entre les différentes structures qui sont concernées par ces techniques, varient durant toute la période qui s'étend de la naissance à l'âge adulte. Les ligaments sont plus fins et plus faciles à percer ; le diamètre des nerfs est plus petit, leur myélinisation est incomplète et les espaces entre les structures sont réduits, ce qui facilite la pénétration et la diffusion des anesthésiques locaux. La surface corporelle (SC) est un paramètre important, utile dans de nombreuses situations cliniques

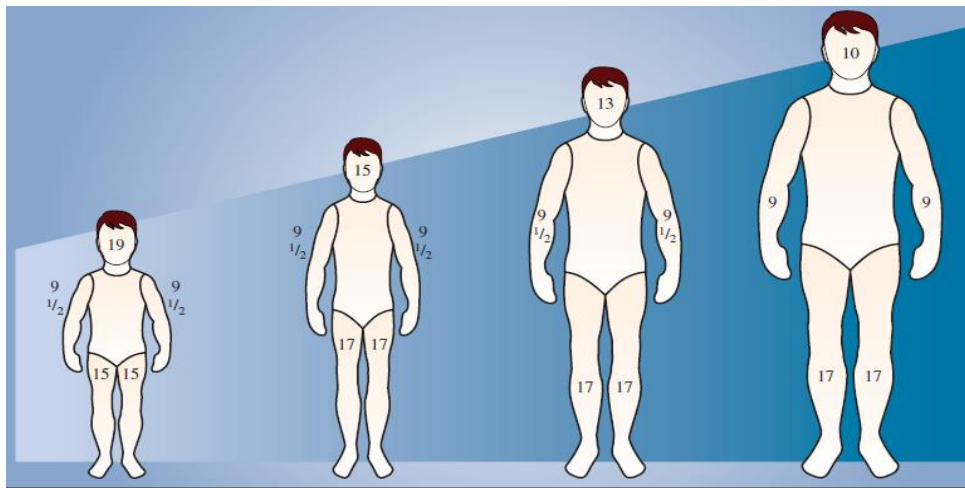


figure1

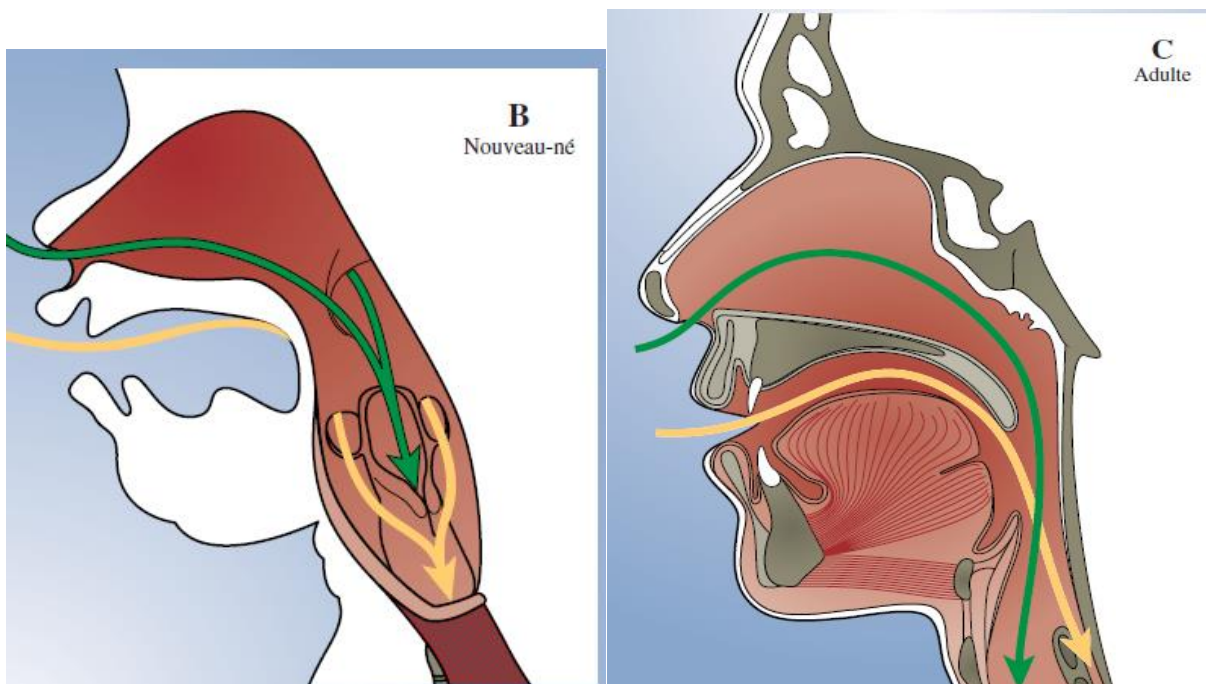


Figure 2

APPAREIL VENTILATOIRE

■ **Voies aériennes supérieures** : en raison des différences morphologiques, les proportions des différents segments des voies aériennes supérieures ne sont pas identiques à celles de l'adulte. La voie nasale est la voie respiratoire prépondérante chez l'enfant. Le nouveau-né ne sait pas respirer spontanément

par la bouche en dehors du cri et, chez lui, l'obstruction des voies nasales (atrésie des choanes) peut être létale. Chez l'homo sapiens de plus de 4 mois, la distance qui sépare le voile du palais de l'épiglotte (pointe supérieure du larynx) est plus grande que chez les primates non humains et les australopithèques. Chez les primates non humains, les nouveau-nés et les australopithèques, la cavité laryngée débouche directement dans le nez. Chez le nouveau-né, les voies nasales sont étroites, recouvertes d'une muqueuse facilement œdémateuse et hémorragique. La voie buccale du nourrisson se caractérise par un angle mandibulaire de 140° contre 120° pour un adulte. Le larynx est proportionnellement plus court que chez l'adulte en raison de la faible longueur du cou. De la naissance à 2 ans, l'os hyoïde se situe au niveau de C2/C3 il constitue la seule structure ossifiée du larynx de l'enfant. Le larynx atteint son niveau de projection définitif (C6) en deux paliers successifs, le premier au cours des trois premières années de vie et le second à la puberté. Il est important de retenir que le larynx du nourrisson occupe une position plus antérieure que celui de l'adulte et que sa forme est différente. L'épiglotte est allongée en forme de « u » à la naissance, puis elle se raccourcit progressivement pour se transformer en demi-lune à l'âge adulte. Le contour des voies aériennes sus-glottiques est triangulaire ou même ovale tandis que le contour sous-glottique est ovale. Il résulte de ces particularités que l'exposition de la glotte est plus facile avec une lame droite de laryngoscope et lorsqu'on exerce une pression douce sur le larynx chez le nouveau-né et le nourrisson. La proportion relative du revêtement muqueux du larynx diminue avec l'âge, passant de 50 % au niveau des cartilages sous-glottiques vers 2 ans à 30 % entre 3 et 5 ans. Un œdème de 1 mm de la muqueuse trachéale divise par deux le diamètre de la trachée du nouveau-né et réduit de 75 % la surface de sa section transversale. Le

retentissement sur la dynamique ventilatoire peut être encore plus important que ces chiffres ne le laissent supposer quand on se souvient que la réduction du calibre d'un conduit tend à modifier l'écoulement des gaz (et liquides) dans sa lumière, le faisant passer d'un mode laminaire à un mode turbulent ; ce changement de mode a pour effet, selon la loi de Poiseuille, de faire varier les résistances d'un rapport proportionnel au carré du rayon à un rapport proportionnel à la puissance quatrième de ce même rayon bronchique.

La partie la plus étroite du larynx, jusqu'à la puberté, est le défilé cricoïdien, anneau cartilagineux circulaire, complet et inextensible ; plus tard, le rétrécissement maximum se situe au niveau du passage compris entre les cordes vocales. Le larynx humain, à l'inverse de celui d'autres vertébrés, n'est pas complètement développé à la naissance. Il subit une maturation et une descente post-natale. Sa portion ventilatoire postérieure représente 60 à 75 % de sa longueur totale à la naissance et cette proportion diminue rapidement durant les premières années de la vie. Les nouveau-nés et les jeunes enfants respirent, avalent et vocalisent comme les chimpanzés (*Figure 2b et c*). L'anatomie de leur tractus ventilatoire supérieur est plus proche de celle d'un singe que de celle d'un adulte humain. Cette anatomie permet au nourrisson de respirer et d'avaler simultanément, possibilité qui disparaît vers l'âge de 6-8 mois. Ensuite, les voies de la nutrition et de la respiration se croisent et le risque de fausse route augmente

E-Accueil Et Installation De L'enfant

Accueil : L'accueil se fait sans le masque, pour ne pas effrayer l'enfant. Il faut vérifier : - l'identité de l'enfant - les allergies - les signatures des autorisations

de soins les consentements éclairés de la chirurgie et de l'anesthésie - l'état dentaire - dossier d'anesthésie (bilan, prémédication, jeûne+++)

Installation sur table : dans le calme Tout au long de l'installation, un contact verbal est maintenu avec l'enfant. Tous gestes lui sont expliqué, avec précision, en signalant les petits désagréments (froid, pince, serre, sent la peinture...) Le contact tactile est ininterrompu, pour d'une part rassurer l'enfant, et assurer la prévention des chutes. L'enfant est placé sur la table préalablement réchauffée, et est couvert aussitôt (prévention du refroidissement, respect de la pudeur de l'enfant). Le monitoring de base pour l'induction est posé (PNI-SpO2-scope ECG-EtCO2). Vérification ultime du respirateur, du plateau d'intubation (aspiration), de drogues, de perfusion On contrôle les points d'appui et de compression.

1-Induction

La phase d'induction est bien marquée par les STADES DE GUEDEL

- Stadel = de l'induction à la perte de conscience
- Stade II = phase d'agitation avec forte réactivité aux stimuli nociceptifs, pupilles dilatées, regard divergent, respiration irrégulière, +/- apnée
- Stade III = stade chirurgical. Pupilles en myosis et centrées et respiration régulière
- Stade IV = surdosage. Mydriase aréactive, respiration superficielle ou nulle, hypotension

Pré oxygénation La pré oxygénation de 3 min est parfois difficile suivant le niveau de stress de l'enfant, mais est faite autant que possible.

Induction inhalatoire : Elle se fait dans le calme à 2 avec le MAR et l'IADE. L'induction inhalatoire est le mode d'induction le plus fréquemment utilisé en

anesthésie pédiatrique. Le sévoflurane est l'agent anesthésique de choix. L'utilisation de fortes concentrations de sévoflurane permet une perte de conscience rapide associée à une parfaite tolérance respiratoire et hémodynamique. Cependant, la capacité du sévoflurane d'induire des manifestations épileptiformes, rattachée à l'administration de fortes concentrations, justifie de limiter la fraction inspirée à 6 % et de réduire le temps d'exposition à des fractions alvéolaires inférieures à 1,5 MAC. L'utilisation d'une assistance ventilatoire durant l'induction permet un monitoring fiable des gaz expirés ainsi qu'un maintien de la normocapnie. Les conditions d'intubation sous sévoflurane ne sont pas toujours optimales et justifient parfois l'administration d'un complément anesthésique intraveineux.

Technique classique d'induction au masque (référence: halothane)

1. Inhalation préalable de quelques bouffées de mélange N₂O/O₂ (66%/34%)
2. Introduction progressive d'halothane par paliers de 0,5% jusqu'à 3%
3. Réduire la concentration d'halothane à 2% ou moins dès la fin de l'induction
4. Veiller à ne pas polluer la salle d'opération avec les gaz anesthésiques

Induction intraveineuse - soit l'enfant est coopérant (âge > 6 ans et non phobique des piqûres) et la voie veineuse est posée dans le calme la plupart du temps sous protoxyde d'azote + Emla° - soit l'enfant est perfusé en préopératoire (dans le cadre de l'urgence ou jeune prolongé) il faut alors vérifier sa perméabilité, l'absence de rougeur et de douleur. L'induction intra-veineuse est rapide.

. Induction au propofol Le propofol (Diprivan®) présente plusieurs avantages sur le thiopental : élimination rapide, réveil subjectivement vécu comme agréable par l'enfant grand et surtout moindre incidence de vomissements postopératoires dû à un effet anti-émétique propre. La douleur à l'injection et les

mouvements involontaires lors de l'induction (sans tracé critique à l'EEG) constituant de réels inconvénients.

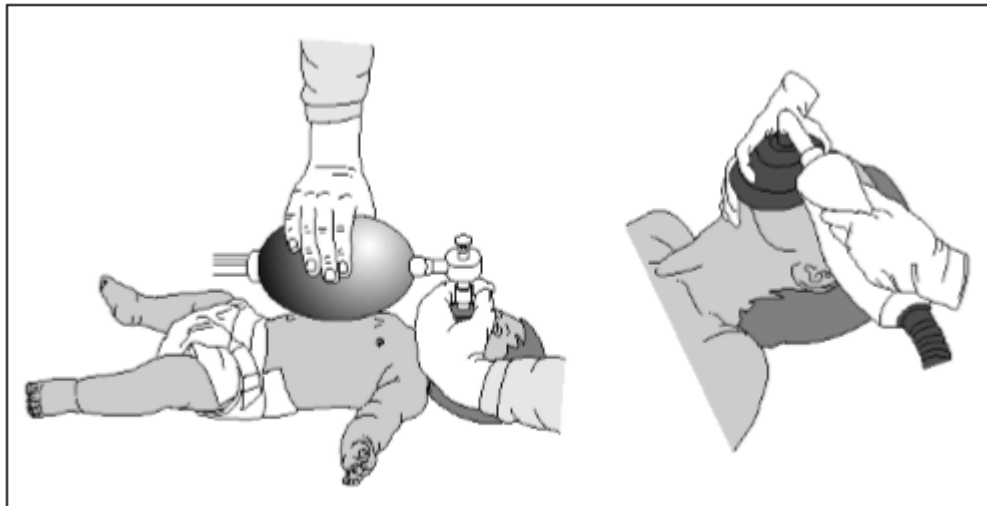
Dose d'induction pour le propofol (Diprivan®): 3 à 5 mg/kg par voie IV

Pour prévenir la douleur à l'injection, il suffit d'ajouter de la lidocaïne (0,5 ml à 1% par 10 ml) dans la solution et de veiller à ce que la solution injectée soit froide (sans avoir été exposée au gel). Si l'on emploie de faibles doses (<3 mg/kg), on rencontre souvent des mouvements gênants lors de l'induction (mais les fortes doses entraînent une apnée de durée variable). Le propofol est le seul hypnotique qui permette de réaliser une anesthésie par voie intraveineuse exclusive

- Prise en charge des voies aériennes - masque facial - masque laryngé - intubation et laryngoscopie

| Age | Poids (kg) | Canules de Guedel | Masque facial | Ballon | Masque laryngé | Sonde d'intubation |
|------------|------------|-------------------|-----------------|--------|----------------|--------------------|
| Prématuré | < 2 | 000 | Rendell-Baker 0 | 0,75 l | déconseillé | 2 |
| Nouveau-né | 2-3 | 00 | Rendell-Baker 1 | 0,75 l | 1 | 2,5-3 |
| 1 mois | 3-4 | 0 | Rendell-Baker 1 | 0,75 l | 1 | 3,5 |
| 2-6 mois | 4-6,5 | 0 | Rendell-Baker 2 | 1 l | 1,5 | 4-4,5 |
| 6-12 mois | 6,5-10 | 1 | Rendell-Baker 2 | 1 l | 1,5 | 5 |
| 1- 2 ans | 10-13 | 1 | Classique 1 | 1 l | 2 | 5 |
| 2-5 ans | 13-15 | 1 | Classique 2 | 1,5 l | 2 | 5 |
| 5-7 ans | 15-25 | 2 | Classique 3 | 1,5 l | 2,5 | 5,5 |
| 7-10 ans | 25-30 | 2 | Classique 3-4 | 2 l | 3 | 6 |
| 10-14 ans | 30-40 | 3 | Classique 4-5 | 2-3 l | 3 | 6 |
| > 14 ans | > 40 | 3-4 | Classique 4-6 | 3 l | 4 | 6,5-7 |

Tailles recommandées des masques, canules et sondes d'intubation en fonction de l'âge



Technique de ventilation assistée au masque

Figure 3

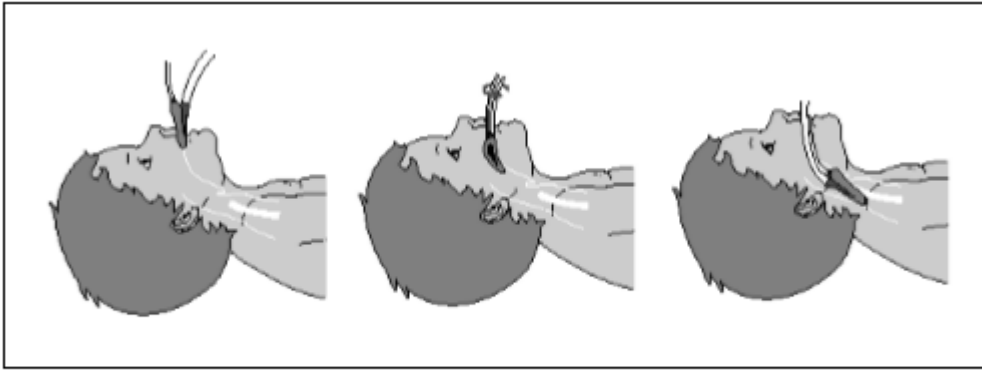
. Masque laryngé

Le masque laryngé est très utilisé en anesthésie pédiatrique. Il peut être utilisé dans toutes les circonstances où une anesthésie classique au masque était possible ; il n'offre pas de protection vis à vis du risque d'aspiration bronchique.

SITUATIONS NE PERMETTANT PAS L'UTILISATION DU MASQUE LARYNGÉ

- estomac plein
- laparotomie
- nombreuses interventions dans la sphère oropharyngée
- affections respiratoires nécessitant des pressions d'insufflation élevées

Technique de mise en place : Après pré oxygénation, le masque laryngé est mis en place généralement sous anesthésie générale profonde par inhalation. Chez l'enfant, l'introduction est plus facile avec la technique "rotatoire" de MacNicol qu'avec la technique "directe" classique de Brain



Technique rotatoire de mise en place du masque laryngé selon MacNicol

Figure4

Le ballonnet est gonflé conformément aux recommandations du fabricant avant d'être fixé. La bonne position du dispositif est contrôlée par capnographie et l'on vérifie l'absence de fuites gazeuses audibles à la ventilation assistée en pression positive légère (jusqu'à 15 cm d'eau).

Retrait du masque laryngé : le fabricant recommande de retirer le masque laryngé une fois le retour des réflexes protecteurs assuré (enfant bien réveillé avec mouvements de déglutition) ; cette méthode entraîne une incidence élevée des spasmes laryngés, d'accès de toux et de vomissements. La plupart des anesthésistes pédiatriques préfère retirer le masque en conservant le ballonnet gonflé (pour retenir et extraire les sécrétions pharyngées qui auraient pu s'accumuler autour de lui) au moment de l'allègement de l'anesthésie, quand l'enfant est encore bien endormi.

Intubation

Le choix de la taille des sondes d'intubation est avant tout déterminé par l'âge de l'enfant.

Taille de sonde (Charrière) = 20 + âge (en années)

Technique d'intubation oro-trachéale usuelle L'intubation ne requiert pas nécessairement de curarisation préalable chez l'enfant. Celle-ci n'est nécessaire que lorsqu'une séquence est requise (estomac plein);

| Age | Lame droite (Miller) | | Lame courbe (Macintosh) | |
|--------------|----------------------|---------------|-------------------------|---------------|
| | Taille | Longueur (mm) | Taille | Longueur (mm) |
| Nouveau-né | 0 | 75 | | |
| Nourrisson | 1 | 102 | 1 | 92 |
| Enfant | 2 | 153 | 2 | 100 |
| Adolescent | 3 | 195 | 3 | 130 |
| Grand adulte | | | 4 | 155 |

Tailles recommandées des lames de laryngoscope

L'intubation oro-trachéale se réalise sur un enfant en décubitus dorsal. La position de la tête est critique pour le succès de la technique et, en-dessous de 3 ans, il faut absolument la maintenir en position neutre (et non luxée postérieurement comme chez l'enfant plus grand et l'adulte) pour que l'axe du pharynx soit aligné sur l'axe du larynx. L'immobilité de la tête doit être assurée, ce qui est réalisé au mieux par l'utilisation d'un support circulaire ("rond de tête") en en fer à cheval. Pour l'enfant plus grand il est souvent utile de glisser un drap roulé sous la nuque pour favoriser une déflexion douce et stable. Tandis que la bouche est ouverte entre le pouce et l'index de la main droite, la lame de laryngoscope est glissée délicatement dans le coin droit de

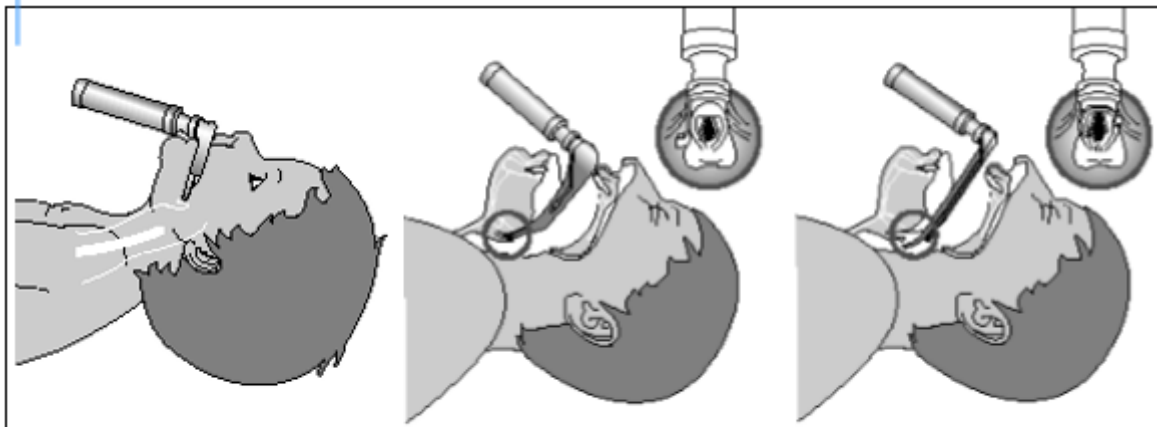
la bouche de manière à se loger dans le sillon gingivo-lingual droit (ce qui permettra de dégager complètement la langue). L'épiglotte se reconnaît à sa forme en U caractéristique : l'extrémité de la lame est poussée jusqu'à sa base et le manche du laryngoscope est alors soulevé en masse vers le haut (il ne faut pas faire de mouvement de rotation en prenant appui sur l'arcade dentaire et ne pas pincer la lèvre inférieure ou supérieure entre le laryngoscope et la gencive), ce qui dégagera l'orifice glottique dans la plupart des cas. Si l'épiglotte masque l'orifice glottique (ce qui est souvent le cas chez le nourrisson lorsqu'on utilise une lame droite), il faut alors délicatement la charger en se souvenant que sa structure cartilagineuse la rend très fragile. La vision de l'orifice glottique est souvent facilitée si un aide repousse le cartilage thyroïde délicatement vers le bas en le saisissant entre le pouce et l'index (et non pas en l'écrasant d'un seul doigt, ce qui ne permet pas de contrôler le sens strictement antéropostérieur de son déplacement, nécessaire à l'efficacité de la manœuvre).

Chez le nourrisson, le laryngoscope se tient entre le pouce et l'index (éventuellement aidé du majeur) au niveau de l'articulation de la lame avec le manche, ce qui laisse le cinquième disponible pour exercer une pression sur le cartilage cricoïde, permettant facilement d'abaisser la glotte et d'exposer complètement l'orifice glottique.

Indications de l'intubation trachéale chez l'enfant

- Urgences (estomac plein)
- Chirurgie endothoracique
- Chirurgie abdominale haute

- Neurochirurgie
- Chirurgie de la zone tête et cou (mais ML possible pour ORL et Ophtalmo)
- Chirurgie effectuée en procubitus
- Intervention de plus d'une 1 heure chez le nourrisson de moins de 6 mois (mais ML ?)



Intubation orotrachéale

Figure 5

- Auscultation fixation SIT ré auscultation+++
- Mise sous respirateur

2- Entretien

Installation chirurgicale. Vérification des points d'appui. Accès de la voie veineuse +++. L'entretien de l'anesthésie se fait souvent par gaz halogénés, qui seront arrêtés à la fin de l'intervention et permettront un retour rapide à la conscience.

3- Le réveil

- Analgésie précoce Paracétamol- AINS
- Critères de réveil Critères de démorphinisation (état des pupilles, disparition de la dépression respiratoire, reprise de la ventilation spontanée).
- Critères d'extubation - récupération des réflexes (réaction aux stimuli, réflexe de toux, de déglutition, ciliaire) - reprise de la conscience (ouverture de yeux)

L'enfant sera ensuite transféré dans la salle de réveil pour surveillance.

4-SSPI

La salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) est un élément majeur de la sécurité anesthésique. Proche du bloc opératoire, elle doit être équipée de tout le matériel nécessaire pour surveiller correctement un enfant au cours de la période post-opératoire précoce (cardioscope, saturomètre, appareil de mesure de la pression artérielle, système de réchauffement), le réanimer si besoin et assurer une analgésie. Elle doit être un lieu d'accueil des parents si cela est possible.

- a. Récupération d'une fonction respiratoire normale et des réflexes protecteurs des voies aériennes
- b. Stabilité hémodynamique et absence de tout saignement chirurgical non contrôlé
- c. Contrôle de la douleur et des vomissements
- d. Durée suffisante d'observation après l'administration de morphinique (ou de Naloxone) de manière à garantir l'absence de risque de dépression respiratoire secondaire

La manière la plus précise d'évaluer l'aptitude à la sortie de salle de réveil est de mesurer le score d'Aldrete modifié (adapté à la pédiatrie). On considère habituellement qu'il faut un score au moins égal à 9 pour pouvoir quitter la salle de réveil

| Critères | Score |
|---|-------|
| Activité | |
| Mouvements volontaires ou sur commande des 4 membres | 2 |
| Mouvements volontaires ou sur commande de 2 membres | 1 |
| Incapacité à mouvoir les membres volontairement ou sur commande | 0 |
| Respiration | |
| Capacité de respirer profondément, tousser et/ou crier | 2 |
| Dyspnée ou respiration limitée | 1 |
| Apnée | 0 |
| Hémodynamique | |
| Pression artérielle \pm 20% des valeurs préopératoires | 2 |
| Pression artérielle \pm 21% à 49% des valeurs préopératoires | 1 |
| Pression artérielle \pm 50% des valeurs préopératoires | 0 |
| Conscience | |
| Totalement éveillé | 2 |
| Réveillable sur stimulation | 1 |
| Ne réagit pas aux stimulations | 0 |
| Saturation en oxygène | |
| Capable de maintenir une saturation $>$ 92% à l'air | 2 |
| Nécessite une supplémentation en O ₂ pour maintenir une saturation $>$ 90% | 1 |
| Saturation $<$ 90% même sous supplémentation en O ₂ | 0 |

Score d'Aldrete modifié

5- Indications de l'AG : [14]

- les nourrissons et les jeunes enfants,
- les patients souffrant de troubles du comportement,
- les patients hypo coagulés,
- les interventions étendues, de longue durée surtout en chirurgie digestive

- les patients ayant présenté une réaction toxique ou allergique aux anesthésiques locaux

6- Les contre-indications de l'anesthésie générale

Contre-indications absolues

- myopathies et myotonies
- antécédents personnels d'hyperthermie maligne
- antécédents familiaux d'hyperthermie maligne en l'absence d'investigations paracliniques (tests de contracture musculaire in vitro)
- antécédents d'hépatite à l'halothane
- porphyrie

Contre-indications des halogénés

7-Les complications de l'AG

Les principales complications post-opératoires précoces sont :

1-Les complications respiratoires

Trois causes principales sont décrites : la détresse respiratoire, l'hypoxémie et la distension abdominale. La détresse respiratoire peut être due à une obstruction des voies aériennes supérieures (par effet de l'anesthésie pure), à des sécrétions, un corps étranger ou un œdème de la luette.

L'œdème sous-glottique est très fréquent. Il est favorisé par l'utilisation d'une grosse sonde d'intubation ou une intubation traumatique. L'utilisation d'un aérosol d'adrénaline associée à l'administration de corticoïdes par voie

intraveineuse fait souvent régresser la symptomatologie. L'œdème post-obstructif survient généralement chez des enfants enrhumés ayant eu malgré tout une anesthésie générale. Il s'agit d'un œdème à pression négative créé au cours d'un effort inspiratoire sur des voies aériennes rétrécies (y compris une sonde d'intubation bouchée) ou à glotte fermée. L'hypoxémie peut être le résultat d'une hypoventilation, d'une atelectasie, d'une apnée ou d'un pneumothorax.

2- L'agitation

L'agitation est très fréquente au réveil en pédiatrie, surtout après une anesthésie inhalatoire. Il faut toujours exclure une douleur masquée. La présence des parents peut être bénéfique ou, au contraire délétère sur le comportement d'un enfant.

3- Les nausées vomissements

Ils sont rares avant deux ans. Les facteurs favorisants classiques sont à rechercher à la consultation d'anesthésie. Les facteurs de risques chirurgicaux sont connus : cure de strabisme, oto-plastie, tympanoplastie, amygdalectomie. Dans le cadre de ces chirurgies, un traitement prophylactique par dexaméthasone peut être effectué. Les médicaments en vue d'un traitement curatif sont l'ondansétron et le dropéridol (surtout en SSPI).

4 -Le retard de réveil

Il est le plus souvent dû à un surdosage en médicaments de l'anesthésie.

5- Température corporelle

- L'hypothermie est une complication fréquente de l'anesthésie surtout si l'on ne prend pas toutes les précautions afin d'assurer une normo-thermie. On ne peut

extuber un nouveau-né qui a une température corporelle de moins de 36°C. -
L'hyperthermie est rare et doit faire évoquer une pathologie infectieuse ou une hyperthermie maligne.

6-Impératifs de l'anesthésie en ophtalmologie:[15]

Au cours d'une AG en ophtalmologie, certaines règles doivent être primordiales. Il est important de veiller à une normotonie de la PIO, ce qui implique de connaître les drogues anesthésiques qui jouent un rôle sur la PIO. La plupart des drogues anesthésiques diminue la PIO (halogénés, propofol...). Par contre la kétamine l'augmente et le N₂O est sans effet sur la PIO. Le ML provoque une élévation moins importante de la PIO d'où son intérêt. Au cours de l'intubation trachéale il peut survenir un pic de PIO qui est rapidement compensé par sa chute provoquée par les agents d'induction

IV -METHODOLOGIE

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive prospective

2. Période d'étude :

Elle s'est étendue du 01 Mai 2019 au 05 mars 2020 soit une période de 10 mois

3. Cadre et lieu de l'étude

L'étude a été réalisée à l'Institut d'ophtalmologie tropicale d'Afrique, centre hospitalier universitaire (CHU-IOTA), dans le service d'anesthésie(SA). Institut de référence en ophtalmologie de la sous-région Ouest Africaine, IOTA est situé dans la commune III au centre-ville, intégré dans le système sanitaire du Mali depuis 2001, il a pour mission :

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

Le SA comprend une unité d'anesthésie fonctionnelle sous la coordination d'un Pr professeur agrégé en anesthésie réanimation.

Le service couvre toutes les activités anesthésiques de l'institut. Son personnel est constitué de médecins anesthésistes réanimateurs dont le chef de service et deux infirmières assistantes en ophtalmologie, de deux infirmiers assistant en anesthésie réanimation. Le SA reçoit aussi des médecins et infirmiers en spécialisation en ophtalmologie et les étudiants de la FMOS. Le service comprend une salle de consultation d'anesthésie et un service d'anesthésie.

- Le service d'anesthésie :

Toutes les interventions chirurgicales se déroulent sur le même site, il s'agit d'un complexe de cinq blocs opératoires opérationnels (blocs I, II, III, IV, V)

dont le bloc II est réservé à la chirurgie pédiatrique et d'une salle d'entrée qui sert aussi de salle d'induction d'ALR, d'un couloir de lavage de mains, d'une salle de réveil et de sortie, d'une salle d'entrée de médecins chirurgiens, d'une salle d'entrée du personnel de blocs et un vestiaire qui sert de lieu de stérilisation et de conservation du matériel chirurgical.

- La logistique :

La salle d'induction ALR (salle d'entrée) dispose de :

- Trois (3) lits
- Une centrale de fluide avec oxygène (O₂), protoxyde d'azote (N₂O) et vide.

Les blocs I, II, IV et V disposent chacune de :

- Une centrale de fluide avec oxygène (O₂), protoxyde d'azote (N₂O) et vide.
- Une centrale d'aspiration.
- Un appareil d'anesthésie de type « Draguer Primus » avec évaporateur de gaz.
- Deux moniteurs de type « Edan » et « Gardian » affichant la pression artérielle, la fréquence cardiaque, la saturation pulsée en oxygène et l'électrocardiogramme.
- Un chariot d'anesthésiste circule entre ces blocs.

Le bloc III dispose de :

- Une centrale de fluide avec oxygène (O₂), protoxyde d'azote (N₂O) et vide.
- Une table opératoire.

La salle de réveil dispose de :

- Un appareil d'anesthésie de type « Draguer Cato édition 2001 » avec évaporateur de gaz et un « Draguer Primus » fonctionnel.
- Une centrale de fluide avec oxygène (O₂), protoxyde d'azote
- Un dispositif d'aspiration

4. Patients et méthodes : Les patients devant subir une intervention chirurgicale programmée bénéficiaient au préalable d'une consultation d'anesthésie qui se déroulait 3 fois par semaine (lundi, mercredi et vendredi). Elle est faite par un médecin ou les assistants anesthésistes-réanimateurs sous la responsabilité du médecin. Elle comprenait :

- La lecture du dossier du malade
- L'examen clinique du patient
- L'analyse des examens complémentaires : le bilan para clinique comprenait de crase sanguine (Temps de la Céphaline Activée, Taux de prothrombine) et la glycémie. Au terme de la consultation d'anesthésie, les patients ayant reçu l'accord de l'anesthésiste sont intégrés dans un programme opératoire. Les patients reportés étaient revus en consultation d'anesthésie après correction d'une éventuelle anomalie ou complément de bilan. L'ALR est faite dans la majorité des cas par des infirmiers ophtalmologistes sous couvert des anesthésistes et étudiants en thèse. L'AG faite par un médecin ou un infirmier anesthésiste ou les étudiants en thèse sous la responsabilité du médecin anesthésiste réanimateur. Les gardes d'anesthésies sont assurées par les infirmiers et le médecin sous forme d'astreinte.

L'accès au bloc est subordonné au port d'une tenue correcte comprenant : un pyjama, un bonnet, une bavette et des sabots.

6. Population d'étude: notre étude a porté sur l'ensemble des accompagnants des enfants programmés pour l'anesthésie générale.

La sélection des accompagnants, qu'ils soient père ou mère biologique ou autres de la famille, a été faite sur la base des critères de sélection (inclusion et non inclusion).

En cas de présence simultanée des parents biologiques, la prérogative était donnée aux mères car elles sont les femmes de foyer en général donc elles détiennent plus d'informations sur l'état de santé de leurs enfants.

Après la sélection et le consentement oral, les accompagnants des enfants programmés pour l'anesthésie générale ont été invités à participer à l'enquête quel que soit leurs motifs de consultation.

Le questionnaire était administré aux accompagnants à la visite pré anesthésique sachant que des informations sur l'anesthésie leurs avaient été donnés au niveau de la consultation.

Le stress des accompagnants était évalué à l'aide d'échelle de stress perçu (PSS) Cohen et Williamson.

a. Critères d'inclusion :

Ont été retenus dans le cadre de notre étude :

- Les accompagnants de plus de 15 ans dont les enfants sont programmés pour une anesthésie générale quelle que soit l'indication opératoire

b. Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- Les accompagnants des enfants programmés pour une anesthésie locorégionale
- les accompagnants âgés de moins de 15ans
- les accompagnants ayant refusé de collaborer.
- Barrière de langue.

6. Variables mesurées : Les variables mesurées ont porté sur :

- Variables quantitatives : L'âge, les antécédents d'anesthésie, le temps entre la CPA et l'intervention.
- Variables qualitatives : la connaissance de l'anesthésie générale par les parents, le motif de l'anesthésie, la connaissance de l'intérêt du jeun pré anesthésique, le stress des accompagnants lié à l'anesthésie générale et la connaissance des complications liés à l'anesthésie générale par les parents.

6. 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.

7. Gestion et analyse des données: Le logiciel SPSS 23.0 a servi à la saisie et l'analyse des données. Le traitement des textes et des tableaux a été réalisé grâce au logiciel Word

V-RESULTATS

Notre étude s'étendait sur une période de 10 mois allant du 01 Mai 2019 au 05 Mars 2020 ; l'enquête portait sur les accompagnants de 205 enfants reçus en consultation préanesthésique pour une prise en charge anesthésiologie en chirurgie programmée.

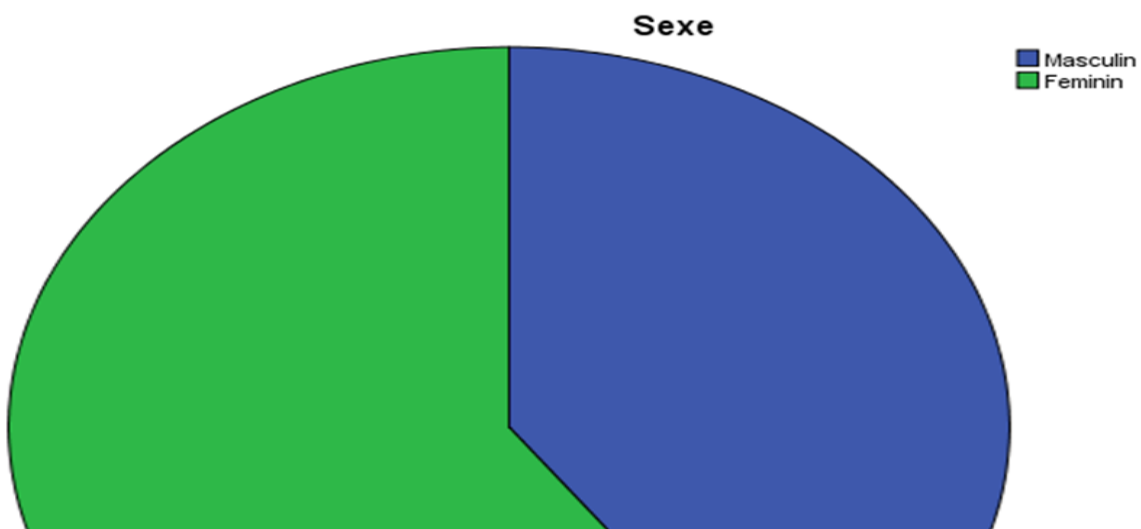
A- Données socio-démographiques :

Tableau I : La tranche d'âge des accompagnants enquêtés.

| Age | Effectifs (n=205) | Pourcentage (%) |
|-----------------|-------------------|-----------------|
| 15-20ans | 23 | 11,2 |
| 21-40ans | 136 | 66,3 |
| 41-60ans | 33 | 16,1 |
| >61ans | 13 | 6,3 |
| Total | 205 | 100 |

La tranche d'âge de 21-40 ans prédominait soit **66,3%**, la moyenne d'âge était **32,60**, avec des extrêmes allant de 15 à plus 61 ans.

Figure6 : Le sexe des accompagnants



40%

60%

Le sexe féminin prédominait avec **60%**, un sex ratio de **0,66**

Tableau II : Répartition selon le lien familial

| Lien familial | Effectifs(n=205) | Pourcentage(%) |
|------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Père biologique | 77 | 37,6 |
| Mère biologique | 122 | 59,5 |
| Autres | 6 | 2,9 |
| Total | 205 | 100 |

La plus grande proportion des enfants étaient accompagnés par sa mère biologique soit **59,5%** des cas

Tableau III : Profession des accompagnants

| Profession | Effectifs (n=205) | Pourcentage(%) |
|-------------------|--------------------------|-----------------------|
| Commerçant | 21 | 10,2 |
| Ménagère | 92 | 44,9 |

| | | |
|---------------|------------|------------|
| Cultivateur | 19 | 9,3 |
| Ouvrier | 34 | 16,8 |
| Enseignant(e) | 12 | 5,9 |
| Autres | 25 | 12,9 |
| Total | 205 | 100 |

Les ménagères prédominaient avec **44,9%** des cas.

Tableau IV : Le statut matrimonial des accompagnants

| Statut familial | Effectifs(n=205) | Pourcentage(%) |
|------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Marié(e) | 167 | 81,5 |
| Célibataire | 27 | 13,2 |
| Divorcé | 11 | 5,4 |
| Total | 205 | 100 |

Les accompagnants majoritairement observés étaient mariés soit **81,5%** des cas.

Tableau V : La résidence des accompagnants

| Résidence | Effectifs(n=205) | Pourcentage(%) |
|------------------|-------------------------|-----------------------|
| Bamako | 139 | 67,8 |
| Région | 59 | 28,7 |

| | | |
|--------------|------------|------------|
| Sous-région | 7 | 3,4 |
| Total | 205 | 100 |

Les accompagnants résidaient à Bamako dans **67,8%** des cas.

Tableau VI : La scolarisation des accompagnants

| Scolarisation | Effectifs(n=205) | Pourcentage(%) |
|----------------------|-------------------------|-----------------------|
| Scolarisé | 135 | 65,9 |
| Non scolarisé | 70 | 34,1 |
| Total | 205 | 100 |

Les accompagnants scolarisés prédominaient soit **65,9%** des cas.

Tableau VII : Le mode d'admission des enfants.

| Mode d'admission | Effectifs(n=205) | Pourcentage(%) |
|-------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Références | 109 | 53,2 |
| Venus d'eux-mêmes | 96 | 46,8 |
| Total | 205 | 100 |

Les enfants admis par référence prédominaient soit **53,2%** des cas.

Tableau VIII: Antécédent d'anesthésie générale des enfants.

| ATCD d'AG | Effectifs(n=205) | Pourcentage(%) |
|------------------|-------------------------|-----------------------|
|------------------|-------------------------|-----------------------|

| | | |
|--------------|------------|-------------|
| Non | 131 | 63,9 |
| Oui | 74 | 36,1 |
| Total | 205 | 100 |

Les enfants n'avaient aucun antécédent d'anesthésie générale dans **63,9%** des cas.

Tableau IX : Indications chirurgicales

| Indication chirurgicale | Effectifs(n=205) | Pourcentage(%) |
|-------------------------|------------------|----------------|
| Examen+trabéculéctomie | 32 | 15,5 |
| Examen+ réfraction | 19 | 9,3 |
| Rétinoblastome | 18 | 8,8 |
| Staphylome | 9 | 4,4 |
| Cataracte | 91 | 44,4 |
| Autres | 15 | 5,3 |
| Total | 205 | 100 |

La chirurgie de la cataracte prédominait soit **44,4%** des cas.

Tableau X: Connaissance de l'intérêt de la CPA.

| Intérêt de la CPA | Effectifs(n=205) | Pourcentage(%) |
|-------------------|------------------|----------------|
| Aucun | 81 | 39,5 |

| | | |
|--|------------|-------------|
| Eviter les complications opératoires | 36 | 17,6 |
| Rassurer le malade avant l'intervention | 88 | 42,9 |
| Total | 205 | 100 |

Rassurer le malade a été l'intérêt de la CPA le plus évoqué par les accompagnants avec **42,9%** des cas

Tableau XI : Connaissance de l'anesthésie générale par les accompagnants

| Définition de l'AG | Effectifs(n=205) | Pourcentage(%) |
|--------------------------|------------------|----------------|
| Aucun | 80 | 39,0 |
| Endormir L'enfant | 87 | 42,4 |
| Supprimer la douleur | 38 | 18,6 |
| Total | 205 | 100 |

Endormir l'enfant prédominait dans **42,4%** des cas.

Tableau XII : Le nombre d'ATCD d'anesthésie générale réalisée par enfants

| ATCD d'AG | Effectifs(205) | Pourcentage(%) |
|-----------|----------------|----------------|
|-----------|----------------|----------------|

| | | |
|---------------------|------------|-------------|
| Aucune | 131 | 63,9 |
| Une fois | 31 | 15,1 |
| Deux fois | 16 | 9,3 |
| Trois fois | 13 | 5,3 |
| Quatre fois et plus | 14 | 6,4 |
| Total | 205 | 100 |

Les patients qui avaient subi l'AG au moins une fois étaient estimés à **36,1%** des cas.

Tableau XIII : Le temps entre la CPA et l'intervention

| Temps | Effectifs(n=205) | Pourcentage(%) |
|----------------|-------------------------|-----------------------|
| 0-29 jours | 42 | 20,5 |
| 1-3mois | 106 | 51,7 |
| >3mois | 57 | 27,8 |
| Total | 205 | 100 |

Le temps de programmation de 1-3 mois prédominait soit **51,7%** des cas.

Tableau XIV : Les complications liées à l'anesthésie générale

| Complication | Effectifs(n=205) | Pourcentage (%) |
|---------------------|-------------------------|------------------------|
| Oui | 45 | 22 |

| | | |
|--------------|------------|------------|
| Non | 160 | 78 |
| Total | 205 | 100 |

Les complications de l'AG étaient ignorées dans **78%** des cas.

Tableau XV : L'intérêt du jeun préanesthésique.

| Intérêt du jeun | Effectifs(n=205) | Pourcentage(%) |
|--------------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Éviter les complications opératoires | 29 | 14,1 |
| Aucun | 155 | 75,6 |
| Pouvoir endormir | 21 | 10,3 |
| Total | 205 | 100 |

Les accompagnants dans **75,6%** des cas ne savaient pas l'intérêt du jeun préopératoire

Tableau XVI: Complications liées au non-respect du jeun préopératoire.

| Complications | Effectifs (n=205) | Pourcentage(%) |
|----------------------|--------------------------|-----------------------|
|----------------------|--------------------------|-----------------------|

| | | |
|------------------|------------|-------------|
| Méconnues | 158 | 77,1 |
| Perte de l'œil | 20 | 9,7 |
| Perte de la vie | 27 | 13,2 |
| Total | 205 | 100 |

Les complications liées au non-respect du jeun préopératoire étaient méconnues dans **77,1%** des cas.

Tableau XVII: Le motif du report de l'intervention des patients ayant une affection respiratoire.

| Motif du report | Effectifs(n=205) | Pourcentage(%) |
|------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Oui | 68 | 33,2 |
| Non | 137 | 66,8 |
| Total | 205 | 100 |

Le motif du report de l'intervention des patients ayant une affection respiratoire était méconnu dans **66,8%** des cas.

Tableau XVIII: L'intervention chirurgicale des enfants reportées pour problèmes de santé.

| Intervention reportée | Effectifs(n=205) | Pourcentage(%) |
|------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Oui | 43 | 21,0 |
| Non | 162 | 79,0 |
| Total | 205 | 100 |

L'intervention chirurgicale des patients a été reportée dans **21,0%** des cas.

Tableau XIX : La période d'alimentation post-opératoire des patients.

| Période d'alimentation | Effectifs(n=205) | Pourcentage(%) |
|-------------------------------|-------------------------|-----------------------|
|-------------------------------|-------------------------|-----------------------|

| | | |
|-------------------------------------|------------|-------------|
| Non compris | 104 | 50,7 |
| Après le réveil complet de l'enfant | 79 | 38,5 |
| 1 Heure après intervention | 22 | 10,8 |
| Total | 205 | 100 |

La période d'alimentation post-opératoire des patients était méconnue dans **50,7%** des cas.

Tableau XX : La possibilité de l'anesthésie multiple chez les patients.

| Anesthésie multiple | Effectifs(n=205) | Pourcentage(%) |
|----------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Oui | 98 | 47,8 |
| Non | 107 | 52,2 |
| Total | 205 | 100 |

Les accompagnants ne savaient la possibilité de l'anesthésie multiple des patients que dans **47,8%** des cas.

Tableau XXI: Le stress lié à la pratique de l'anesthésie générale chez les enfants.

| Stress | Effectifs(n=205) | Pourcentage(%) |
|---------------|-------------------------|-----------------------|
| Non | 59 | 28,8 |
| Oui | 146 | 71,2 |
| Total | 205 | 100 |

Les accompagnants étaient stressés dans **71,2%** des cas

Tableau XXII: Le motif du stress des accompagnants lié à la pratique de l'anesthésie générale chez les enfants

| Stress | Effectifs(n=146) | Pourcentage(%) |
|---------------------|-------------------------|-----------------------|
| Perte de vue | 119 | 86,8 |
| Décès | 27 | 13,2 |
| Total | 146 | 100 |

La perte de la vue était la raison du stress des accompagnants dans **86,8%** des cas.

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

A -Données générales :

Dans la revue de la littérature, peu d'études ont été réalisées sur l'évaluation de la connaissance des parents sur les risques liés à la pratique de l'anesthésie générale chez les enfants.

Notre travail sera plus commenté que discuté ; au niveau national il n'y avait pas d'étude similaire sur la question. Nous avons retenu 205 accompagnants pour notre étude. Tous les accompagnants invités à participer à l'enquête, l'avaient accepté de façon volontaire et nous avons obtenu un taux de réponse de 100%. Aucun consentement écrit n'avait été demandé aux parents. Une information sur l'étude et sur son but avait été délivrée verbalement.

1. Données sociodémographiques des accompagnants

-L'âge: la tranche d'âge de 21 à 40 ans était la plus représentée avec **71,2%** avec un âge moyen de **32,60**, similaire à celle trouvée par d'Abdeslam HIDDOU qui est de 30-40 ans[17]

-Sexe : L'étude montre une prédominance féminine soit **60%** proche de celle d'AssadChloé (**64%**)[16] et d'Abdeslam HIDDOU(**82,3%**)[17] au Maroc. Cela peut s'expliquer par le fait qu'au Mali, les mères sont souvent des femmes au foyer, et en générale, les femmes détiennent plus d'information sur l'état de santé des enfants d'où leur prédominance.

- Niveau de scolarisation : Dans notre étude **65,9 %** des accompagnants étaient scolarisés. Ce résultat est similaire à celui d'Abdeslam HIDDOU au Maroc qui trouvait **64% [17]**,

Dans **67,8%** des cas, les accompagnants résidaient à Bamako ;

Ce qui peut s'expliquer par le fait que le CHU-IOTA se trouve à Bamako donc plus accessible par la population du district.

2. Données de la CPA

-Antécédents anesthésiques : **36,1%** des enfants avaient déjà été anesthésiés au moins une fois, Ce résultat est différent de Modibo. S [18] qui trouvait **9,8%** et celui de Christian Valery TT [19] **8,1%**. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des actes en ophtalmologie pédiatrique se font sous anesthésie générale ou sous sédation ;

-Motif de la CPA : la cataracte a été l'indication de l'anesthésie générale la plus retrouvée avec **44,4%** comparable à celui de Christian TT [19] qui a trouvé **32,6%** et à celui de Malado au CHU-IOTA [13] qui a trouvé **32,7%**. La cataracte est un problème de santé publique, particulièrement dans les pays en voie de développement, puisqu'elle constitue la première cause de cécité réversible dans le monde [20]. A la consultation d'anesthésie **21,0%** de nos patients ont été adressés pour prise en charge médicale en pédiatrie avant leurs qualifications en anesthésie. Ce résultat est similaire à celui de Malado qui trouvait **20,87%**

-Intérêt de la CPA : Une proportion de **42,9%** des accompagnants considéraient que la CPA consistait à rassurer le malade. Ils n'avaient aucune inquiétude par rapport à une quelconque complication liée à l'anesthésie. Cette compréhension pourrait s'expliquer en grande partie par la méconnaissance de l'anesthésie par la population en générale

-Jeun préanesthésique : dans notre étude, l'intérêt du jeun préanesthésique était ignoré par les accompagnants dans **75,6%** des cas ;

Cela pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des accompagnants sont plutôt concentrés sur la vue de l'enfant que sur les complications liées à l'anesthésie

Dans notre étude **77,1%** des accompagnants ignoraient les complications opératoires liées à l'alimentation préanesthésique des enfants, cette ignorance pourrait être liée au fait que, hormis le décès, la gestion des complications per ou post opératoire liées à la prise en charge opératoire des enfants se passe à l'insu des accompagnants

-Stress : Une proportion de **71,2%** des accompagnants exprimaient un stress généralement lié à la perte de la vue de l'enfant. Les accompagnants s'attendent à tout sauf une complication mortelle liée à l'anesthésie.

CONCLUSION
ET
RECOMMANDATIONS

Conclusion

Notre étude a porté sur 205 accompagnants des enfants vus en consultation préanesthésique avec une prédominance féminine.

L'AG était méconnue par la majorité des parents

Les parents étaient beaucoup stressés liés en grande partie à la possibilité de perte de la vue ;

Et ils ne comprenaient pas pourquoi on réfèrait les enfants en pédiatrie.

Recommandations

Au terme de nos résultats nous formulons les recommandations suivantes

➤ **Aux autorités sanitaires :**

Assurer la formation continue du personnel en anesthésie pédiatrique.

Assurer l'informatisation des données anesthésiques.

Rendre disponible les consommables anesthésiques.

Avoir une salle d'accueil et de consultation d'anesthésie.

➤ **Aux personnels médicaux :**

Participer aux différents congrès des sociétés d'anesthésie et de réanimation.

Renforcer la collaboration entre les différentes spécialités pour une meilleure prise en charge des patients

Sensibiliser les patients et/ou les accompagnants pour le respect des consignes et rendez-vous.

Assurer un bon accueil des patients.

➤ **Aux parents :**

Respecter les consignes données par les anesthésistes en termes de jeun préopératoire et d'alimentation post-opératoire afin d'éviter les complications

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

1-Djomkoué Monkam Christelle Carolle. incidents et accidents au cours de l'anesthésie a propos de 2695 cas, Thèse de médecine, Bamako 2010-2011

2-Melle Kawtar ANIBER. Evaluation de la qualité de l'anesthésie, Année 2010 universite cadia ayyad, marrakech ,Thèse N°45

3-Karima Yakouben. le patient mineur et les consentements à recueillir, Centre Laennec 2011/4 Tome 59 | pages 49 à 55. ISSN 1272-520X

4-ESSanté, La prise en charge préopératoire pédiatrique, Travail de diplôme Février 2015 Carole Pochon

5-Arnulf G. L'histoire tragique et merveilleuse de l'anesthésie. Editions lavauzelle, Paris, 1989.

6- John. C, Snow-M.D. Manuel d'anesthésie 2è édition 1991, 2-30

7-Kain. « **The Yale Preoperative Anxiety Scale:** How does it compare to a gold standard? » *AnesthAnalg* 1997; 85:783–8.

8-Cohen-Salmon. “Répercussions Psychocomportementales En Périopératoire Chez L'enfant.” *AnnalesFrancaisesD'anesthesieet de Reanimation* 29 (2010): 289–300.!!

9-27/ Hye Kyung Cho. “**Efficacy of Ketamine in Improving Pain after Tonsillectomy in Children:** Meta-Analysis.” *PLOS One* 9, no. 6 (June 2014): e101259

10- Hilly. “Preoperative Préparation Workshop Reduces Post opérativeMal adaptive Behavior in Children.” *PediatricAnaesthesia* 25 (2015): 990–98

11- Dr Stéphanie. Reference base fondamentales de l'anesthésie pédiatrique Albouy Ecole de formation des IADE hôpitaux pédiatrique de Nice GCS_CHU Lenal promotion septembre 2012

12 -Traité d’anesthésie générale Bernard DALENS. mise à jour périodique : ArnetteGROUPE LIAISONSSA 2004 ; 1, avenue Edouard-Berlin 92856 Rueil-Malmaison Cedex

13-Malado coulibly. référence des enfants en service pédiatrie aucours de la consultation pré-anesthésique au CHU-IOTA, Bamako 2017-2018 thèse de médecine 19M04

14-Lunn JN Mushin WW. Mortality associated with Anesthesia NiffiedProvincial trust 1982

15- [KAMRAN SAMI. (3e édition) Anesthésie en ophtalmologie page 504505].

16-AssadChloé. perception des parents sur l'anesthésie générale dans le cadre de soins dentaires, universite toulouse iii- paulsabatier Thèse N°2017-TOU3-3021

17- Abdeslam hiddou. Enquête sur la Fièvre auprès des Parents, université cadi ayyad faculté de médecine et de pharmacie marrakech, thèse n° 62, 2007

18. Modibo S. Incidents et accidents liés à l'anesthésie en chirurgie pédiatrique au CHU GABRIEL TOURE. Thèse médecine, Bamako2009 ;09M455

19-Christian Valery T. Profil épidémio-clinique des enfants sous anesthésie générale en ophtalmologie du 1er janvier au 31 décembre 2012 thèse de médecine 13M308

20-Resnikoff S, Pascolini D, Etya'ale D. Global data on visual impairment in the year 2002. Bull World Health Organ 2004;82:844-1.

IX-ANNEXES

Annexe : Fiche de recueil de donnée

Q12.En quoi consiste l'anesthésie générale : -----

Q13.Combien de fois a-t-il subit l'anesthésie générale : -----
--

Q14. combien de temps avez-vous pris pour la programmation : 1=0-29
jours ;2=1-3mois ; 3>3mois

Q15.Quel est l'intérêt de la consultation pré-anesthésique :-----

Q16.Savez-vous que l'anesthésie générale peut entrainer des complications ?

1=Oui : ----- ;2=Non : ----- ;

Le(s)quelle(s) : -----

Q17.Pourquoi dit-on de maintenir l'enfant en jeun : -----

--

Q18.Quelle est la complication liée à l'alimentation de l'enfant : -----

Q19.Savez- vous pourquoi on diffère les enfants ayant les problèmes
respiratoires : 1=Oui ; 2=Non

Q20. Votre enfant a-t-il été différé pour problème de santé : 1=Oui ; 2=Non

Q21.Quand alimenté l'enfant en post-opératoire ? -----

Q22.Savez-vous qu'on peut anesthésier l'enfant plusieurs fois ? 1=Oui ; 2=Non

Q23.Etes-vous stressé si on admet l'enfant à l'anesthésie générale ?

1=Oui : ----- ; 2= Non : ----- ;

1. Pour perte de la vue

2. Pour décès

3. Autres (-----
-----)

Fiche signalétique

Nom : Coulibaly

Prénom : Mamery

Nationalité : Malienne

Titre de la thèse : Evaluation de la connaissance des parents sur les risques liés à l'anesthésie générale chez les enfants au CHU-IOTA de Bamako : enquête auprès de la famille

Lieux de dépôt : bibliothèque de la faculté de médecine et odonto-stomatologie

Secteur d'intérêt : Consultation pré anesthésie, pédiatrie et ophtalmologie

Ville/pays de soutenance : Bamako-Mali

Résumé : l'objectif était d'évaluer le risque lié à la pratique de l'anesthésie générale chez les enfants au CHU- IOTA du 01 Mai 2019 au 05 Mars 2020.

Il s'agissait d'une étude descriptive, avec collecte prospective des données portant sur 205 patients qui doivent subir une anesthésie générale

C'est une étude à prédominance féminine, soit **60%** des cas dont le sex-ratio était de **0,66** avec des extrêmes allant de 15ans à plus 60 ans. La tranche d'âge de 21 à 40 ans était la plus représentée avec **66,3%** des cas ;

Dans notre étude la plus grande proportion résidait à Bamako soit **67,8%** et la majorité de cas était scolarisé avec **65,9%**

La chirurgie de la cataracte a été l'indication opératoire la plus représentée avec **44,4%** des cas. **36,1%** des enfants avaient déjà subi l'anesthésie générale dont **50,2%** au moins une fois ;

L'intérêt de la CPA était méconnu dans **39,5%** des cas.

78,0% des cas ne savait pas que l'anesthésie générale pouvait se compliquer.

75,6% des accompagnants n'avait aucune connaissance sur l'intérêt du jeun préanesthésique

La plus grande proportion des accompagnants ne n'avait pas pourquoi on différait les enfants, soit **66,8%** des cas ; Ainsi, les enfants différés étaient estimés à **21,0%**.

Le stress était présent chez **71,2%** des accompagnants et **86,8%** stressaient pour la perte de la vue.

En effet l'anesthésie ne constitue qu'un maillon de la chaine de soins, il faut prendre en compte la structure de soins, le personnel médical et paramédical

Mots clés : accompagnants-ophtalmologie-anesthésie

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 leurs pères.

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 !