



# Journal Maghrébin d'anesthésie-réanimation et de médecine d'urgence

VERITE DANS LA SCIENCE, MORALITE DANS L'ART

## XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation

Casablanca-12-13 Avril 2002  
Centre de conférences l'Agora - Californie II

Organisés par la :



### Bureau de la SMAR

Pr. Maazouzi Ahmed Wajdi	Président
Pr. Azzouzi Abderrahim	Vice Président
Pr. Ismaili Mohammed Hatim	Secrétaire général
Pr. Mahmoudi Abdeikrim	Secrétaire général adjoint
Pr. Idali Brahim	Trésorier
Dr. Hergane Driss	Trésorier adjoint
Dr. Benhassain Mohamed	Assesseur

## Comité de rédaction

### Rédacteur en chef

M.S. Ben Ammar

### Rédacteur en chef Adjoint

M. Ben Miled

### Membres

A. Balma	A. Chérif
L. Barrou	M. Daghfous
Dh. Beltaïfa	A. Dehdouh
M. Ben Ameer	M. Ferjani
A. Ben Souda	B. Griene
B. Bouhajja	M. Houissa
M.R. Boubezari	H. Maghrebi

### Editeur

Publipresse : 9, rue de Bizerte - Bloc A

Appt. 1/4 - 1002 - Tunis - Bélvédère

Tél/Fax : 71 78 98 05

E-Mail : publipresse@planet.tn

### Abonnement :

BP 40 Carthage 2016 - Tél/Fax 19-216 71 764 845

virement CCP : 2965-35 21 Carthag e- Tunisie

Inscription auprès de :

- Algérie : SAARSIU
- Maroc : SMAR - internet : [www.smar.org.ma](http://www.smar.org.ma)
- Mauritanie : SARUM
- Tunisie : STAAR - internet : [www.staar-tunisie.net/](http://www.staar-tunisie.net/)

Inscription à l'étranger Hors UMA : 80 dollars US/an

Le Journal Maghrebin d'Anesthésie-  
Réanimation et de Médecine d'Urgence ISSN  
n° 0330-6690

Dépot légal n° 2744 du 07 Septembre 1995

Fondée en novembre 1993 à Tunis.

### Responsable de la publication

Abdelmajid Daoud

## Publicité

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Editorial*

## ***BIENVENUE A CASABLANCA***

### ***Cher confrère maghrébin***

*Vous tenez entre les mains un numéro spécial du Journal Maghrébin d'Anesthésie Réanimation et Urgences consacré aux résumés des posters présentés au 1er Congrès de la Fédération des Sociétés Maghrébines d'Anesthésie Réanimation qui coïncide avec le XV<sup>e</sup> Congrès national de la SMAR. Nul doute que le comité de sélection a eu fort à faire, vu le nombre impressionnant de travaux de qualité adressés attestant assurément de la vitalité de la discipline dans nos pays.*

*La SMAR a le grand privilège et l'honneur d'organiser la première édition de cet important congrès né de notre volonté commune. Il m'appartient de préciser que le véritable instigateur est mon excellent ami le Pr A. Daoud qui a su insuffler avec ses collègues du bureau de la STAAR un vent fédérateur.*

*Je suis heureux de souhaiter la bienvenue à Casablanca à tous nos invités. Soyez persuadé que nous ne ménagerons aucun effort pour que ce 1er congrès connaisse un franc succès, condition indispensable pour les éditions futures. Nous nous réjouissons mes collègues et moi-même à l'idée de vous faire découvrir Rabat, la capitale avec ses multiples sites historiques.*

*L'hospitalité marocaine n'est pas un vain mot. Nous nous évertuerons à le démontrer.*

*Cordialement*

*W. Maazouzi*  
*Président de la SMAR*

## Publicité

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
 Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Conférences d'actualisation*

**Vendredi 12 Avril**

**8h30 - 10h :**

- Séance Posters I      Salle Chawqi
- Séance Posters II    Salle Fès

**10h30 - 13h :**

**• Conférences d'actualisation I**

Salle Agora

- Evaluation du risque cardiaque en chirurgie non cardiaque :  
*(M. Pinaud)*
- Age, anesthésie et cerveau : implications pour l'anesthésie du sujet âgé :  
*(A. Léon)*
- La transfusion sanguine : nouvelles recommandations :  
*(A. Lienhart)*
- Conseils pour le bon usage des antibiotiques en réanimation :  
*(P. Montravers)*
- Foie et grossesse :  
*(A. Toudji)*

**13h - 14h30 :**

- **Table ronde I**      Salon Minzah
- " Coopération SFAR-Sociétés maghrébines "

**14h30 - 16h30 :**

**• Conférences d'actualisation II**

Salle Agora

- Ventilation non invasive au cours de l'IRA post-opératoire :  
*(A. Chérif)*
- Arrêt circulatoire : quoi de neuf ? *(L.Louardi)*
- Places des antioxygènes dans l'analgésie post-opératoire :  
*(J.J. Eledjam)*
- Analgésie post - opératoire en chirurgie ambulatoire :  
*(M. Nejmi)*

**17h - 18h30 :**

- Séance posters III    Salle Agora
- Séance Posters IV    Salle Chawqi
- Séance Posters V    Salle Fès

**Samedi 13 Avril**

**8h30 - 10h :**

- Séance posters VI    Salle Chawqi
- Séance posters VII   Salle Fès

- **Table ronde II :**      Salle Agora
- " La rédaction médicale "

**10h30 - 13h :**

**• Conférences d'actualisation III**

Salle Agora

- Blood patch=pourquoi,quand,comment ?  
*(J.J.Eledjam)*
- Règles d'hygiène pour la prise en charge anesthésique du patient contaminant ou septique :  
*(P.Montravers)*
- Quel moteur pour l'amélioration des soins = la crainte du procès ou l'analyse du risque ?  
*(A. Lienhart)*
- Complications post-opératoires de la chirurgie de l'aorte abdominale :  
*(A. Azzouzi)*
- Prise en charge des hémorragies intracrâniennes:  
*(A. Léon)*

**14h - 16h :**

- **Séance posters VIII**    Salle Agora
- **Table ronde III**      Salle Chawqi

" Y aura-t-il pénurie en anesthésistes réanimateurs au Maroc ? " (réunion de la Fédération Nationale des Anesthésistes Réanimateurs)

- **Table ronde IV**      Salle Fès

(Réunion de l'Association Marocaine des Infirmiers Anesthésistes Réanimateurs)

**16h30-18h30 :**

**• Conférences d'actualisation IV**

Salle Agora

- Pourquoi je ne mets plus de Swan Ganz :  
*(M. Pinaud)*
- Sédatation en réanimation : nouvelles approches :  
*(M.S Ben Ammar)*
- Médecine de catastrophe en Algérie : Notre expérience :  
*(R-F. Boubezari)*
- Comment optimiser la gestion du bloc opératoire?  
*(W. Maazouzi)*
- Quel monitoring pour un pays en voie de développement ?  
*(J.M. Desmots)*

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
 Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Communications libres*

<b>Vendredi 12 Avril</b>		<b>8h30 - 10h00</b>
Salle Fès		
<i>Analgesie - Douleur</i>		
<b>1-</b>	<b>DOULEUR POSTOPERATOIRE : ENQUETE COMPARATIVE DE SATISFACTION DES PATIENTS (MARS 1999-MARS 2001)</b>	Page 73
Barakat M, Bentaleb F, Belkrezia R, Eljai S, Nejmi M. <i>Service d'anesthésie réanimation et de traitement de la douleur Institut National d'Oncologie Rabat</i>		
<b>2-</b>	<b>ENQUETE DE PREVALENCE DE LA DOULEUR A L'INSTITUT NATIONAL D'ONCOLOGIE</b>	73
Gaamouche K, Marzouk N, Gherras A, Kettani Ali, Nejmi M <i>Service d'Anesthésie Réanimation - Institut National d'Oncologie Rabat</i>		
<b>3-</b>	<b>EFFET ANALGESIQUE DE LA NEOSTIGMINE EN INTRA-ARTICULAIRE</b>	74
R. Al Harrar, K. Yaqini, H. Nasik, M. Bennani, M. A. Bouderkha, A. Harti <i>Service d'Anesthésie - Réanimation - CHU Ibn Rochd - Casablanca</i>		
<b>4-</b>	<b>ATTITUDE DES ANESTHESISTES MAROCAINS FACE A LA DOULEUR POST-OPERATOIRE (2001)</b>	74
Khaleq K., Miloudi Y., Yaqini K., Barrou L. <i>DAR, CHU Ibn Rochd - Casablanca - Maroc</i>		
<b>5-</b>	<b>KETAMINE A FAIBLE DOSE ET DOULEUR POSTOPERATOIRE EN CHIRURGIE THORACIQUE</b>	75
R. Al harrar, K. Yaqini, A. Mouktafi, A. Bouaggad, A. Harti <i>Service d'Anesthésie - Réanimation - CHU Ibn Rochd - Casablanca</i>		
<b>6-</b>	<b>ADDITION DE KETAMINE DANS LES PCA MORPHINE APRES LAPAROTOMIE : RESULTATS PRELIMINAIRES</b>	75
Kaabi B <sup>(1)</sup> , Abbas M <sup>(1)</sup> , Ouerghi S <sup>(1)</sup> , Bouhaja B <sup>(1)</sup> , Mebazaa M <sup>(1)</sup> , Ben Ammar MS <sup>(1)</sup> , Arfa N <sup>(2)</sup> , Mestiri H <sup>(2)</sup> , Khalfallah T <sup>(2)</sup> <i>(1) Service d'Anesthésie-Réanimation-Urgences (2) Service de Chirurgie CHU Mongi Slim - LA MARSA - TUNISIE</i>		
<b>7-</b>	<b>ANALGESIE POST-THORACOTOMIE PERIDURALE CONTINUE vs AUTOCONTROLEE</b>	76
W. Kammoun, T. Mestiri B. Bouhaja, MS Mebazaa, T. Kilani, MS. Ben ammar. <i>Service d'anesthésie-réanimation CHU Mongi SLIM La MARSA 2070 TUNISIE</i>		
<b>8-</b>	<b>ANALGESIE PERIDURALE POUR CHIRURGIE THORACIQUE CHEZ L'ENFANT</b>	76
Toumi.S, Ben Salem.F, Grati.L, Louzi.M, Arfaoui.C, Rmiza M., Chérif K., Gabbiche.M. <i>Service d'Anesthésie Réanimation. CHU F.Bourguiba Monastir.Tunisie.</i>		
<b>9-</b>	<b>ANALGESIE PREVENTIVE POUR CHOLECYSTECTOMIE SOUS COELIOSCOPIE Celecoxib vs Paracétamol</b>	77
Guelmami MH <sup>(1)</sup> , Mebazaa M <sup>(1)</sup> , Haddad F <sup>(1)</sup> , Jaber H <sup>(1)</sup> , RekikM <sup>(1)</sup> , Ben Ammar MS <sup>(1)</sup> Gharbi L <sup>(2)</sup> , Arfa N <sup>(2)</sup> , Mestiri H <sup>(2)</sup> , Khalfallah T <sup>(2)</sup> <i>(1) Service d'Anesthésie-Réanimation-Urgences (2) Service de Chirurgie CHU Mongi Slim - LA MARSA - TUNISIE</i>		

<b>Salle Chawqui</b>		
<i>Evaluation - Assurance qualité</i>		
<b>10-</b>	<b>EVALUATION DE L'ACTIVITE NEUROANESTHESIQUE PEDIATRIQUE A L'HOPITAL DES SPECIALITES DE RABAT</b>	Page 78
M. Afilal, A. Caidi, Ch. El Mourabit, H. Chikhaoui, J. Bayali, S.Kabbaj, H. Ismaili, W. Maazouzi <i>Service d'Anesthésie-Réanimation - Hôpital des spécialités Rabat</i>		
<b>11-</b>	<b>CONNAISSANCES DES PATIENTS DANS LE DOMAINE DE L'ANESTHESIE</b>	78
Mouktafi. Z Bouaagad.A, Harti.A <i>Service d'accueil des urgences Chu Ibn Rochd Casablanca</i>		
<b>12-</b>	<b>EVALUATION DES INDICATEURS DE QUALITE DE SOINS AU BLOC OPERATOIRE</b>	79
Khaleq K., Lahyat B., Harti A., Idali B., Barrou L. <i>DAR, CHU Ibn Rochd - Casablanca - Maroc</i>		
<b>13-</b>	<b>EVALUATION DE LA QUALITE EN ANESTHESIE POINT DE VUE DU PATIENT</b>	79
Y. Miloudi, B. Idali, K. Khaleq, A. Harti, I. Barrou <i>DAR - CH Ibn Rochd - Casablanca - Maroc</i>		
<b>14-</b>	<b>EVALUATION DE LA QUALITE EN ANESTHESIE : AUDIT A L'HOPITAL IBN TOFAIL DE MARRAKECH</b>	80
Messas A., Amtoun A., Eddlimi A., Samkaoui M.A. <i>Service d'Anesthésie-Réanimation - Hôpital Ibn Tofail CHU Mohammed VI - Marrakech</i>		
<b>15-</b>	<b>EVALUATION DU STAGE PRATIQUE EN ANESTHESIE REANIMATION PAR LES ETUDIANTS EN MEDECINE</b>	80
B. Lahyat, K. Keleque, A. Bensaid, D. Hamoudi, A. Bouaggad, M.A. Bouderkha, A. Harti <i>DAR - CH Ibn Rochd - Casablanca - Maroc</i>		
<b>16-</b>	<b>LA FORMATION MEDICALE CONTINUE EN ANESTHESIE REANIMATION</b>	81
Berrada J., Khallouki M., Nejmi H., Aouini M., El Kettani C., Idali B., Barrou L. <i>DAR - CH Ibn Rochd - Casablanca - Maroc</i>		
<b>17-</b>	<b>IMPACT D'UNE PRISE EN CHARGE STANDARDISEE SUR LA SURVENUE DES COMPLICATIONS CARDIOVASCULAIRES APRES CHIRURGIE VASCULAIRE.</b>	81
A. Sarraj, M. Berdnarkiewickz*, C. Chevalley, G. Khatchatourian*, D. Tassaux, N. Murith*, M. Licker. <i>Division d'Anesthésiologie, * Clinique de Chirurgie Cardio-vasculaire, Hôpital Universitaire Cantonal de Genève. Suisse</i>		
<b>18-</b>	<b>LE COUT DE L'ANESTHESIE</b>	82
A. Bensaid, C. El Kettani, B. Idali, Y. Miloudi, A. Harti, L. Barrou <i>Service d'Anesthésie-Réanimation - CHU Ibn Rochd - Casablanca</i>		

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
 Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Communications libres*

**Vendredi 12 Avril 17h00 - 18h30**

Salle Agora

*Anesthésie I*

	Page
<b>19- DEXAMETHASONE PREVIENT -T- IL LES NAUSEES, VOMISSEMENTS POSTOPERATOIRES?</b>	83
B. Lahyat, Y. Miloudi, S. ElYousseoufi, N. El Harrar <i>Département d'anesthésie - réanimation, CHU Ibn rochd Casablanca Maroc</i>	
<b>20- NAUSEES-VOMISSEMENTS POST-OPERATOIRES(NVPO) APRES CRANIOTOMIE REGLEE</b>	83
K. Khaleq, K. Yaqini, Y. Miloudi, B. Lahyat, B. Idali, L. Barrou <i>Département d'Anesthésie-Réanimation, - CHU Ibn Rochd, casablanca</i>	
<b>21- LES CONDITIONS D'INTUBATION SANS CURARE SONT-ELLES SATISFAISANTES ?</b>	84
Y. Miloudi, N. El Harrar, B. Idali, S. El Youssoufi, B. Lahyat <i>Service d'Anesthésie-Réanimation - Hôpital 20 Août - Casablanca</i>	
<b>22- L'INTUBATION DIFFICILE EN OBSTETRIQUE</b>	84
Mouhaoui M, Miguil M. <i>Anesthésie Réanimation de la Maternité Lalla Meryem-CHU Ibn Rochd- Casablanca.</i>	
<b>23- VOMISSEMENT ET DOULEUR POSTOPERATOIRE APRES CHIRURGIE RETINO-VITREENNE. INFLUENCE DE LA TECHNIQUE D'ANESTHESIE</b>	85
M.Bukta <sup>1</sup> , M. Kammoun <sup>2</sup> , F.Mghaieth <sup>2</sup> , L. El Matri <sup>2</sup> <i>1-Unité d'anesthésie , 2-Service B. Institut Hedi Rais d'Ophthalmologie de Tunis - Tunisie</i>	
<b>24- UTILISATION DU MASQUE LARYNGE FOSTRACH : AVEC OU SANS CURARE ?</b>	85
Féki S., Grati L., Ben Salem F., Arfaoui C., Louzi M., Abaza J., Abbès Z., Gabbiche M. <i>Service d'Anesthésie-Réanimation chu Monastir - Tunisie</i>	
<b>25- EPIDEMIOLOGIE ET PRISE EN CHARGE DES INTUBATIONS DIFFICILES IMPREVUES</b>	86
Feki S., Louzi M., Arfaoui C., Grati L., Ben Salem F., Chérif K., Toumi S., Gabbiche M. <i>Service d'Anesthésie-Réanimation CHU Monastir</i>	
<b>26- EVALUATION PROSPECTIVE DES TESTS DE MALLAMPATI ET DE WILSON DANS LE DEPISTAGE DE L'INTUBATION DIFFICILE</b>	86
Othmani M., Aouida M., Houissa M., Ghédira S., Masrouki S., Daoud A. <i>Service d'Anesthésie-Réanimation. CHU Charles Nicolle - Tunis</i>	
<b>27- ARRET CARDIAQUE PAR BRONCHOSPASME AIGU SUIVI D'UN OEDEME AIGU DU POUMON APRES INDUCTION ANESTHESIQUE AU THIOPENTAL, VECURONIUM ET DEXTROMORAMIDE : CHOC ANAPHYLACTOIDE</b>	87
Y. Qamouss, L.Safi, H. EL jليل, K. Abou Elaala, A. Baite, S. Lalaoui, N. , Drissi K. , M . Atmani <i>Service d'Anesthésiologie Hôpital Militaire Mohamed V Rabat</i>	

Salle Chawqui

*Infectiologie - Antibiothérapie*

	Page
<b>28- L'INFECTION NOSOCOMIALE CHEZ LE TRAUMATISE GRAVE EN USI (ETUDE DES FACTEURS DE RISQUE)</b>	88
H. Azendour, Qamous, ELwali, Balkhi, Haimeur, M. Atmani <i>Service de Réanimation HMIMV Rabat</i>	
<b>29- LES FACTEURS PREDICTIFS DE LA MENINGITE NOSOCOMIALE CHEZ LE TRAUMATISE CRANIEN</b>	88
B.Lahyat, A.Bouaggad , A.Benrad, D.Hamoudi, MA.Bouderka, A. Harti <i>Département d'anesthésie - réanimation, CHU Ibn rochd Casablanca Maroc</i>	
<b>30- MENINGITES POSTOPERATOIRES APRES CRANIOTOMIE : FACTEURS DE RISQUE</b>	89
K. Yaqini, B. Idali, K. Khaleq, K. Mouhaoui, C. El Kettani, K. Mjehed, L. Barrou <i>Service de Réanimation Chirurgicale (P17)- CHU Ibn Rochd, Casablanca</i>	
<b>31- FACTEURS PRONOSTIQUES DU CHOC SEPTIQUE</b>	89
A.Elwali, Azendour, Bensghir, Balkhi, Haimeur, M. Atmani <i>Service de Réanimation Hôpital Militaire Mohamed V Rabat</i>	
<b>32- L'ANTIBIOPROPHYLAXIE EN CHIRURGIE BILIAIRE (ETUDE PROSPECTIVE A PROPOS DE 50 PRELEVEMENTS BILIAIRES)</b>	99
A.Bellahmer, K.Gaamouche, M. Alilou, Z. Belkhadir, A. Slaoui <i>Service de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Ibn Sina Rabat</i>	
<b>33- FACTEURS PRONOSTIQUES DES PERITONITES POST-OPERATOIRES</b>	99
T. Noure, A. Mazouzi, MA. bouderka, M. R. Lefriykh, A. Bouaggad, A. Hammoudi, A. Harti <i>Service d'Anesthésie-Réanimation- P33- CHU Ibn Rochd - Casablanca</i>	
<b>34- PROFIL BACTERIOLOGIQUE DES PERITONITES COMMUNAUTAIRES CHEZ L'ADULTE</b>	91
S.Y. El Alaoui*, H. Nassik*, R. El Harrar*, D. Hamoudi*, A. Bouaggad, M.A. Bouderka*, A. El Harti*, H. El Faiz**, N. Benissa**, R. Aghzadi** <i>*Service de Réanimation des Urgences Chirurgicales ** Service des Urgences Chirurgicales (P35) CHU Ibn Rochd - Casablanca</i>	
<b>35- QUEL EST L'IMPACT DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE D'UNE HEMOCULTURE?</b>	91
R. Al Harrar, A. Amtoun, Y. Wahabi, M.A. Bouderka, A. Harti <i>Département d'Anesthésie- Réanimation - CHU Ibn Rochd - Casablanca</i>	
<b>36- SYNDROME DE DETRESSE RESPIRATOIRE AIGUE DE L'ADULTE (SDRA) AU COURS DE LA LEPTOSPIROSE (ETUDE DE TROIS OBSERVATIONS)</b>	92
L.Belyamani, M.Drissi, H.Azendour, H.Balkhi, CH.Haimeur, N.Drissi Kamili , M.Dimou , M.Atmani <i>Service d'anesthésie réanimation, Hôpital Militaire Mohamed V, Rabat Maroc</i>	

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
 Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Communications libres*

Salle Fès	Page
<b>Anesthésie Loco-Régionale</b>	
<b>37-COMPARAISON BLOC PENIEN VERSUS ANESTHESIE GENERALE POUR L'ANESTHESIE DE LA CIRCONCISION CHEZ L'ENFANT</b>	93
Hatim Ghabane, L. Safi, H. Eljalil, Y. Kamouss, A. Baite, S. Lalaoui, N. Drissi K., M. Atmani <i>Service d'anesthésiologie Hôpital Militaire Mohamed V Rabat</i>	
<b>38- LEVER PRECOCE VS DECUBITUS DORSAL STRICT POST-RACHIANESTHESIE</b>	93
R.Hssaida, M.Zoubir, K.Egulaa, R.Seddiki., M.Boughalem <i>Service d'anesthésie-réanimation - HMA Marrakech Maroc</i>	
<b>39-SYNDROME DE LA QUEUE DE CHEVAL APRES RACHIANESTHESIE A LA BUPIVACAÏNE</b>	94
Ch. El Mourabit, A. Caidi, J. Bayali, H. Chikhaoui, S. Kabbaj, H. Ismaili, W. Maazouzi <i>Service d'Anesthésie-Réanimation - Hôpital des spécialités Rabat</i>	
<b>40-PEUT-ON OPTIMISER LE BLOC ILIO-FASCIAL CHEZ L'ADULTE PAR LA NEUROSTIMULATION ?</b>	94
Marmech M., Kaabi B., Kamoun W., Houissa M., Othmani M., Daoud A. <i>Service d'Anesthésie-Réanimation. CHU Charles Nicolle - Tunis</i>	
<b>41-PETHIDINE vs BUPIVACAÏNE EN INTRATHECAL POUR CHIRURGIE UROLOGIQUE BASSE</b>	95
Marmech M., Ben Nasr K., Bel Hadj N., Jaber H., Houissa M., Daoud A. <i>Service d'Anesthésie-Réanimation. CHU Charles Nicolle - Tunis</i>	
<b>42-PLACE DE LA CLONIDINE DANS LE TRAITEMENT DES FRISONS PENDANT LA RACHIANESTHESIE</b>	95
Kaddour C <sup>1</sup> , Belhoula M <sup>1</sup> , Nefaa N.N. <sup>1</sup> , Magherbi H <sup>2</sup> , Skandrani L <sup>2</sup> <i>1 Service d'anesthésie-Réanimation I.N.N. 2 Service d'Anesthésie Réanimation C.M.N.T.</i>	
<b>43- COMPARAISON DE DEUX DOSES DE BUPIVACAÏNE DANS LA RACHIANESTHESIE POUR CESARIENNE</b>	96
Ben Meftah R <sup>(1)</sup> , Guermazi M <sup>(1)</sup> , Hdiji B <sup>(1)</sup> , Mebazaa M <sup>(1)</sup> , Bouhaja B <sup>(1)</sup> , Ben Ammar MS <sup>(1)</sup> , N Ben Aissia <sup>(2)</sup> , MF Gara <sup>(2)</sup> <i>(1)Service d'Anesthésie-Réanimation-Urgences - (2) Service de Gynécologie CHU Mongi Slim LA MARSIA - TUNISIE</i>	
<b>44- INFILTRATION LOCALE DE LIDOCAÏNE vs APPLICATION DE LA CREME EMLA5% POUR CANNULATION RADIALE</b>	96
Koisi K <sup>1</sup> , Ben Ayed S <sup>1</sup> , Ketata A <sup>2</sup> , Maatoug M <sup>1</sup> , Bahloul H <sup>1</sup> , Frikha I <sup>2</sup> , Kaoui A <sup>1</sup> <i>Service d'Anesthésie-Réanimation Service de Chirurgie cardio-vasculaire - CHU Sfax - Tunisie</i>	

Samedi 13 Avril	8h30 - 10h00	Page
Salle Chawqui		
<b>Anesthésie - Chirurgie</b>		
<b>45- ANESTHESIE POUR CHIRURGIE DE REVASCULARISATION MYOCARDIQUE COEUR BATTANT VS CEC</b>		97
K.Jabrani, D.Ibat, H.Azendour, M.Arji <i>Service Anesthésie Réanimation CCV - HMIMV Rabat</i>		
<b>46- LES COMPLICATIONS NEUROPSYCHIQUES EN CHIRURGIE CARDIAQUE SOUS CIRCULATION EXTRACORPORELLE</b>		97
D.Ibat, K.Jabrani, H.Azendour, M.Arji <i>Service Anesthésie Réanimation CCV - HMIMV Rabat</i>		
<b>47- LA CHIRURGIE POUR CATARACTE PEUT ELLE ETRE REALISEE EN AMBULATOIRE DANS NOTRE HOPITAL ?</b>		98
A.Caidi, Ch. El Mourabit, H. Chikhaoui, S. Kabbaj, H. Ismaili, W. Maazouzi <i>Service d'Anesthésie-Réanimation - Hôpital des spécialités Rabat</i>		
<b>48- IMPACT D'UNE STRATEGIE TRANSFUSIONNELLE EN NEUROCHIRURGIE.</b>		98
Ch. El Mourabi, A.Caidi, M. Afilal, S. Kabbaj, H. Ismaili, W. Maazouzi <i>Service d'Anesthésie-Réanimation - Hôpital des spécialités Rabat</i>		
<b>49- PREVENTION DU SAIGNEMENT DANS LA CHIRURGIE DE LA VALVE MITRALE : COMPARAISON DE L'ACIDE TRANEXAMIQUE AUX FAIBLES DOSES D'APROTININE</b>		99
D.Ibat, K.Jabrani, H.Azendour, M.Arji <i>Service Anesthésie Réanimation CCV - HMIMV Rabat</i>		
<b>50- ANESTHESIE DES PONTAGES AORTO-CORONAIRES A COEUR BATTANT (Méthode OCTOPUS II) (A PROPOS DES 26 PREMIERS CAS)</b>		99
Koisi K <sup>1</sup> , Ketata A <sup>2</sup> , Ben Ayed S <sup>1</sup> , Maatoug M <sup>1</sup> , Frikha I <sup>2</sup> , Sahnoun Y <sup>2</sup> , Blind D <sup>3</sup> , Kaoui A <sup>1</sup> <i>1 Service d'Anesthésie-Réanimation -CHU Sfax - Tunisie 2 Service de Chirurgie cardio-vasculaire- CHU Sfax - Tunisie 3 Service de Chirurgie cardio-vasculaire- CHU Grenoble - France</i>		
<b>51-DEFICIT EN FACTEUR XIII DECOUVERT PAR UNE HEMORRAGIE INTRAVITREENNE</b>		100
K. Khaleq, Y. Miloudi, N. El harrar <i>DAR - CHU Ibn Rochd - Casablanca - Maroc</i>		
<b>52- LA SEDATION CHEZ L'ENFANT POUR EXAMEN IRM</b>		100
A.Caidi, Ch. El Mourabit, S. Kabbaj, H. Ismaili, W. Maazouzi <i>Service d'Anesthésie-Réanimation - Hôpital des spécialités Rabat</i>		
<b>53-A PROPOS DES PHEOCHROMOCYTOMES REVELES EN PER OPERATOIRE (ETUDE DE DEUX OBSERVATIONS)</b>		101
A.Mosadik, I.Benzekri, K.Gaamouche, I.Benabderrazak, A. Slaoui <i>Service de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Ibn Sina Rabat</i>		

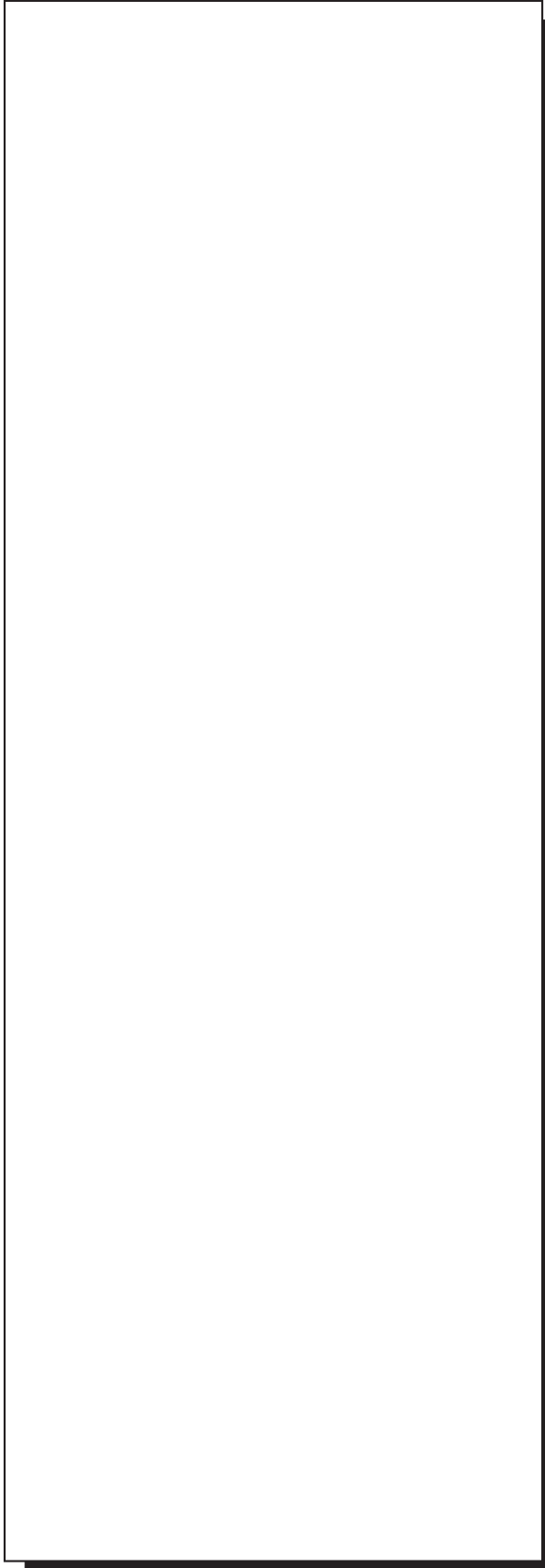
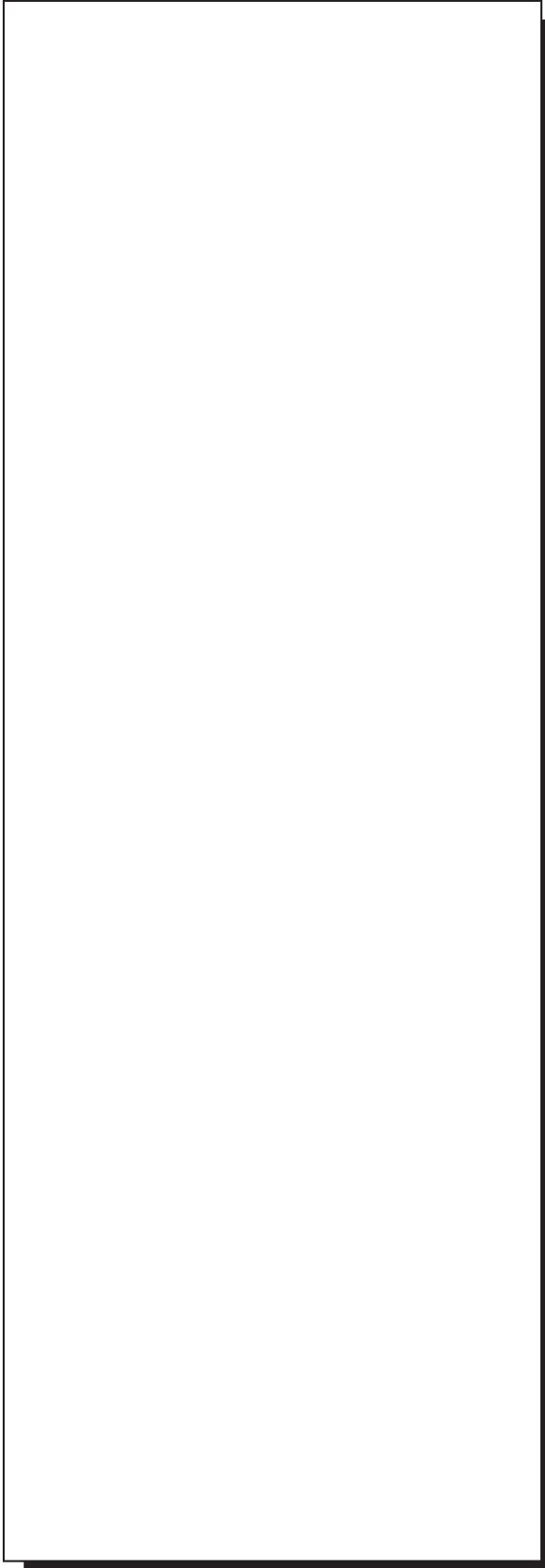


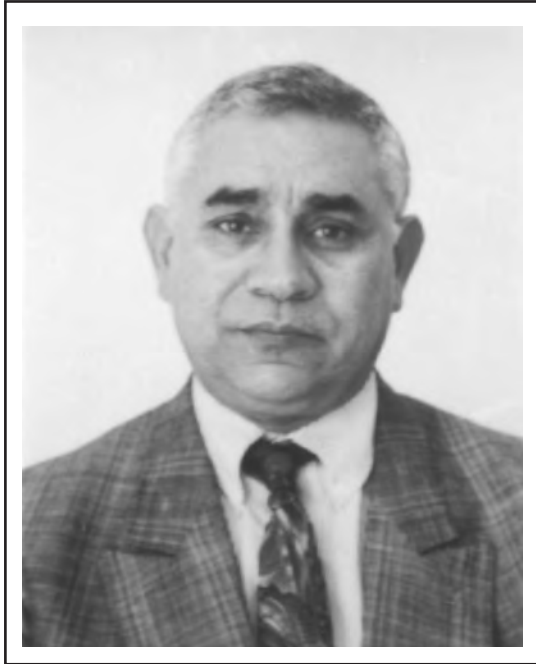
**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
 Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Communications libres*

Salle Fès	
<i>Réanimation - Obstétrique</i>	
	Page
<b>54- LE SUJET AGE EN MILIEU DE SOINS INTENSIFS : EPIDEMIOLOGIE ET FACTEURS PRONOSTIQUES</b> Chelbi S. , Saïdi K., Chaouch A., Bouayed T., Boughrara E., Sefi I. , Jrad I. ,Saïd R. <i>Service de Réanimation-Anesthésie – CHU Sahloul – Sousse Tunisie</i>	102
<b>55- LES PANCREATITES POST TRAUMATIQUES</b> M. Bensghir, H. Azendour, A. Elwali, H. Balkhi, C. Haimeur, M. Atmani <i>Service de Réanimation Hôpital Militaire Mohamed V Rabat</i>	102
<b>56- L'ALIMENTATION DES PANCREATITES AIGUES SECONDAIRES A L'HYPERTRI-GLYCERIDEMIE</b> H. Azendour, EL Wali, Jaafari, Balkhi, Haimeur, M. Atmani <i>Service de Réanimation - Hôpital Militaire Mohamed V Rabat</i>	103
<b>57- EFFICACITE COMPAREE DE L'ADRENALINE ET DU SALBUTAMOL EN NEBULISATION DANS LE TRAITEMENT DE L'ASTHME AIGU GRAVE</b> R. El Moussaoui, A. Zeggwagh, R. Abouqal, O. Kerkeb <i>Service de réanimation médicale – CHU Ibn-Sina Rabat</i>	103
<b>58- EFFICACITE COMPAREE DE SALBUTAMOL EN NEBULISATION ET PAR LA VOIE INTRAVEINEUSE CONTINUE DANS L'ASTHME AIGU GRAVE</b> K. Yaqini, A. Guartite, M. Samani, H. Louardi <i>Service d'Accueil des Urgences CHU Ibn Rochd, Casablanca</i>	104
<b>59- TROUBLES DE L'HEMOSTASE AU COURS DE L'ECLAMPSIE ET DE LA PREECLAMPSIE</b> A.Benyacob, A.Moussaoui, M.Mikou, R.Tachinante, A.S.Tazi <i>Service d'anesthésie réanimation Maternité Souissi -CHU Rabat-Salé</i>	104
<b>60- CAUSE INHABITUELLE D'UNE HYPOGLYCEMIE DU PERIPARTUM</b> Mouhaoui M.,Yaqini K., El Kettani C., Khaleq K., Mjahed K, Barrou L. <i>Réanimation chirurgicale – CHU Ibn Rochd Casablanca</i>	105
<b>61- FACTEURS PRONOSTIQUES DES ETATS DE CHOC HEMORRAGIQUE EN OBSTETRIQUE</b> El Youssoufi S., Salmi S., Mouhaoui M., Miguil M. <i>Service d'Anesthésie-Réanimation - Maternité Lalla Meryem CHU Ibn Rochd - Casablanca</i>	105
<b>62- FACTEURS DE RISQUE DE MORBIDITE ET MORTALITE MATERNELLES DE L'ECLAMPSIE</b> El Youssoufi S., Salmi S., Miguil M. <i>Service d'Anesthésie-Réanimation - Maternité Lalla Meryem CHU Ibn Rochd – Casablanca</i>	106
<b>63- LES COMPLICATIONS NEUROLOGIQUES DU PERI-PARTUM</b> Benmouhoub.N, Messaoudene.K, Saadi.M, Addouche. S, Toudji.A <i>C.H.U Kouba - Alger</i>	106

<b>Samedi 13 Avril 14h00 - 16h00</b>	
Salle Agora	
<i>Réanimation - Urgences</i>	
	Page
<b>64-HEMORRAGIE DIGESTIVE HAUTE SUR ULCERE SIMPLEX DE DIEULAFOY (A PROPOS D'UN CAS)</b> R. El Moussaoui, R.Belkrezia, N. Fejjal M.barakat, A. Ababou, C. Lazrek ; A. Sbihi <i>Service de Réanimation des Urgences Chirurgicales.CHU Ibn Sina -Rabat</i>	107
<b>65-FACTEURS DE RISQUE DE L'INTOXICATION AU PARAPHENYLENE DIAMINE (PPD)</b> M. Faroudy, N. Marzouk, R. Elmoussaoui, H. Belammari, H. Kadiri, S. Chefchaoui, A. Ababou, C. Lazreq, A. Sbihi <i>Service de réanimation des urgences chirurgicales ; hôpital Ibn Sina ; Rabat ; Maroc</i>	107
<b>66-FACTEURS PREDICTIFS DE MORTALITE DE L'INTOXICATION PAR LA PARAPHENYLENE-DIAMINE (PPD)</b> S.Y. El Alaoui, J. Berrada, B. Chaara, A. Benslama, S. Moutaouakkil <i>Service de Réanimation Médicale – CHU Ibn Rochd – Casablanca</i>	108
<b>67-LE SYNDROME INTERMEDIAIRE DE L'INTOXICATION AUX ORGANOPHOSPHORES A PROPOS DE DEUX CAS</b> A.Moussaoui, A.Benyacob, A. Ababou, M.Khatouf, C.Lazreq, A.Sbihi <i>Service d'anesthésie réanimation des urgences chirurgicales - CHU Ibn Sina Rabat</i>	108
<b>68- ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET CRITERES PRONOSTIQUES DES INTOXICATIONS AIGUES</b> R.Belkrezia, M.Barakat, R.Moussaoui, H.Chikhaoui, A.Ababou, C.Lazrek, A.Sbihi <i>Service de Réanimation des Urgences Chirurgicales Hôpital Ibn-Sina Rabat</i>	109
<b>69-INTERET DU SCORE DE LESCALIE DANS LA PRISE EN CHARGE DES DELABREMENTS DES MEMBRES INFERIEURS</b> S. Siah, Y. Qamouss , M. Dimou, N.K. Drissi, M. Atmani <i>Service des Urgences – HMIMV Rabat</i>	109
<b>70-ANALYSE DES DIFFICULTES ET DES COMPLICATIONS DE L'INTUBATION TRACHEALE AUX URGENCES</b> Mouktafi Z. Guartite A. Mouhaoui M. Louardi H <i>Service d'accueil des urgences CHU Casablanca</i>	110
<b>71-INTERET DU MPM0 DANS L'EVALUATION DE LA GRAVITE DES PATIENTS ADMIS AUX URGENCES</b> Mouktafi.Z Guartite.A Louardi.H <i>Service d'accueil des urgences Chu Ibn Rochd Casablanca</i>	110
<b>72-PNEUMOTHORAX BILATAREL APRES INHALATION DE CORPS ETRANGER</b> F. Bennani 1 , S.E. Nejmi 1 , A. Bensaïd 1 ,B. Hmamouchi 1 , A. Abid 2 , A. Chlilek 1 <i>1 Service d'Anesthésie-Réanimation Pédiatrique - 2 Service des Maladies Infectieuses Pédiatriques - Hôpital d'Enfants - CHU Ibn Rochd - Casablanca</i>	111
<b>73- EVALUATION DE LA PRATIQUE TRANSFUSIONNELLE DANS LE CADRE DE L'URGENCE</b> Y. Chroqui, M. Zenjouri, K. Hatabi, M. Belhaji, A. Guartite, H. Loardi <i>Service d'accueil des urgences - CHU Ibn Rochd Casablanca</i>	111
<b>74-L'HYPERGLYCEMIE CHEZ LE TRAUMATISE CRANIEN</b> Bennani F., Bensaïd A., Bouderkha M.A., Nassik H., Bouaggad A., Abassi O. <i>Département d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale - CHU Ibn Rochd - Casablanca</i>	112
<b>75- CONSOMMATION DES PRODUITS SANGUINS EN REANIMATION : NOTRE EXPERIENCE AU CHU DE TLEMCCEN</b> Djamel.Benhaddouche, Rachida Djerfaoul <i>Service d'Anesthésie-Réanimation - CHU Tlemcen - Algérie</i>	112

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Analgésie -Douleur*





## BECHIR BENNACEUR

30 novembre 1945 - 17 janvier 2002

Il est des pertes cruelles que la logique humaine a du mal à accepter. Celle de Si El Béchir en fait partie. Plusieurs confrères nous ont confié que trois mois après sa disparition, ils avaient encore le sentiment d'avoir discuté avec lui la veille ! Il n'est plus là mais il est plus que toujours présent avec nous.

L'homme était à la fois simple et complexe. Il était extraverti mais avait aussi son jardin secret. Son attachement à la ville de Gafsa était connu de tous. Il n'était pas peu fier de recevoir annuellement en automne ses amis aux journées **Mahmoud BENNACEUR**. Beaucoup d'entre nous se souviennent des promenades nocturnes postprandiales dans les ruelles de cette belle ville, où pèle-mêle on refaisait le monde, tout y passait, le cursus de formation des médecins, la couche d'ozone en passant par la guerre froide.

Professeur **Béchir BENNACEUR** était pédiatre de formation, mais les anesthésistes – réanimateurs le considéraient à juste titre comme l'un des leurs. Dans son cas les étiquettes n'ont plus de sens, fondamentalement c'était un médecin et un enseignant. Malgré son départ précipité à un âge jeune, il avait déjà formé des générations de pédiatres et de professeurs d'université. Le médecin devenait aussi rapidement, presque toujours, l'ami de la famille.

Il était ainsi.

Dés la troisième année médecine notre maître à tous, le Professeur **Béchir HAMZA** avait détecté chez le jeune externe BENNACEUR des dispositions exceptionnelles, la suite allait lui donner raison. *"C'est mon fils spirituel, il correspondait à mon tempérament, nous nous sommes côtoyés jusqu'à ses derniers instants de vie, où il a refusé l'acharnement thérapeutique"*, je crois qu'on ne pouvait pas rendre un meilleur hommage à un élève : Fidélité, compétence et complicité.

Le Professeur **Béchir BENNACEUR** était un avant gardiste, il avait compris avant les autres l'intérêt de développer une réanimation pédiatrique à l'hôpital d'enfants de Tunis et il l'a mise sur pied. L'alimentation artificielle a été un de ses chevaux de bataille, la gastro-entérologie pédiatrique et bien d'autres secteurs ont été créés de toute pièce à l'hôpital d'enfants de Tunis grâce son énergie.

Ses collègues, ses amis, ses élèves et ses malades garderont de lui l'image d'un homme, d'un médecin et d'un enseignant exceptionnel, au parcours exceptionnel.

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Analgésie - Douleur*

1

**DOULEUR POSTOPERATOIRE : ENQUETE  
COMPARATIVE DE SATISFACTION DES  
PATIENTS (MARS 1999-MARS 2001)**

Barakat M, Bentaleb F, Belkrezia R, Eljai S, Nejmi M.

*Service d'anesthésie réanimation et de traitement de la douleur  
Institut National d'Oncologie Rabat*

**Introduction :**

Les enquêtes de satisfaction ont leur place contre la douleur postopératoire (DPO) en tant que moyen d'évaluation du soulagement ressenti par le patient et de satisfaction quand à la prise en charge (pec) de la douleur par les équipes soignantes. Le but de l'étude est d'évaluer comment la DPO est vécue par le patient et décider de la mise en place de toutes les actions menant à une meilleure pec de la DPO des patients.

**Matériel et méthodes :**

Etude prospective comparant 2 séries de patient (mars 1999 et mars 2001) ayant subi un acte chirurgical et évaluant la douleur au cours des 48 heures postopératoires, ainsi que le traitement instauré et les suggestions des patients pour améliorer la pec.

**Résultats :**

2 lots de 100 patients ont été étudiés. En comparant respectivement l'enquête de 1999 à celle de 2001, 50% versus 41% des patients ont souffert en salle de réveil, cependant 14% versus 58% ont été calmés de manière satisfaisante. Au sein des services hospitaliers, les patients souffrent le plus pendant les premières 24 heures postopératoires (90% et 73%). Seuls 35% versus 45% ont été calmés, et 50% n'étaient pas satisfaits du traitement contre seulement 9%. 95% considèrent que la création des services spécialisés dans la pec de la DPO est indispensable.

**Discussion :**

Les études (1,2) révèlent une insuffisance dans la pec de la DPO, ceci serait dû au manque de sensibilisation des praticiens et à la crainte injustifiée des effets secondaires des médicaments et techniques utilisées. Sans réduire notre recherche dans le soulagement de la DPO des patients et à la conclusion des résultats de l'enquête, sachant nous en servir comme repère, il faut garder présent à l'esprit la place prépondérante du patient dans nos activités de soins.

*1- J Pain Sympt Manage 1994 ; 9 : 5-11.*

*2- Anesth Analg 1997 ; 85 : 117-23.*

2

**ENQUETE DE PREVALENCE DE  
LA DOULEUR A L'INSTITUT NATIONAL  
D'ONCOLOGIE**

Gaamouche K, Marzouk N, Gherras A, Kettani Ali, Nejmi M  
*Service d'Anesthésie Réanimation - Institut National d'Oncologie Rabat*

**Introduction :**

La douleur est un symptôme fréquent en cancérologie, c'est un phénomène dynamique qui nécessite une évaluation initiale et régulière une fois le traitement instauré. Notre travail qui est une enquête d'un jour cherche à évaluer : sa prévalence, son retentissement et sa prise en charge dans notre formation

**Matériel et méthodes :**

Notre étude est une enquête d'un jour effectuée au mois d'Août 2001 auprès des patients présents dans l'Institut d'Oncologie le même jour, réalisée par des médecins réanimateurs anesthésistes. Chaque patient a fait l'objet d'une présentation personnalisée par un questionnaire concis sur la douleur (Brief Pain Inventory).

**Résultats :**

L'enquête a relevé 163 patients cancéreux dont 56 présentaient une douleur soit une prévalence de 34,35%, on note une prédominance féminine de 76,78%. L'âge moyen était de 47 ans avec des extrêmes allant de 17 à 89 ans. La prévalence selon les types de tumeurs était comme suit : gynécologiques dans 30,35%, du sein dans 21,42%, digestives dans 17,85%, ORL dans 10,71%, des parties molles dans 8,92%, hématologiques dans 7,14%, osseuses dans 3,53%.

La mesure de l'intensité de la douleur selon EVA permet d'identifier trois groupes :

Douleur modérée (EVA <40mm) dans 26,78 % des cas.

Douleur forte (40mm < EVA < 70mm) dans 53,57% des cas.

Douleur très sévère (EVA > 70mm) pour 19,63 % des patients. S'agissant de l'impact de la douleur sur la qualité de vie, 42 patients (soit 75%) trouvaient que la douleur altérait significativement (score supérieur ou égal à 5) au moins un des sept principaux paramètres de la qualité de vie (goût de vivre, l'humeur, activité générale, capacité à marcher, relation avec les autres et travail habituel)

Les traitements à visée antalgique ont été prescrits dans 42,85% des cas, les patients traités ont reçu des médicaments du palier I de l'OMS dans 20,83% des cas, du palier II dans 54,16 % des cas, du palier III dans 25 % des cas .

**Discussion :**

Le taux de prévalence trouvé dans cette enquête est de 34,35%. Nous avons mesuré selon les recommandations de l'OMS le Pain Management Index (1,2); nous avons trouvé que 41,66% des patients recevaient un traitement inadapté à l'intensité de la douleur (PMI négatif), le même pourcentage a été retrouvé par JAULEMES (3) en France. S'agissant du retentissement de la douleur sur la qualité de vie, 75% des patients ont déclaré que la douleur avait un impact négatif sur celle-ci. Les paramètres les plus affectés étaient : le sommeil et le travail chez 71% des patients, suivis du goût de vivre et de l'humeur.

« La douleur retentit négativement sur la qualité de vie »

Il est important de prendre en compte la dimension à la fois physique et psychologique de la douleur exprimée par le malade cancéreux.

**Références :**

*1- CRC Press, Boca Raton, 1991, p 293-305.*

*2- N. Engl.J.Med, 1994 ;330 :592-596.*

*3- 5<sup>ème</sup> Congrès de la SFAR. 153.*

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Analgésie - Douleur*

3

**EFFET ANALGESIQUE DE LA NEOSTIGMINE  
EN INTRA-ARTICULAIRE**

R. Al Harrar, K. Yaqini, H. Nasik, M. Bennani,  
M. A. Bouderkha, A. Harti

*Service d'Anesthésie- Réanimation - CHU Ibn Rochd - Casablanca*

**Introduction:**

Des travaux récents ont montré que la néostigmine (N) (500 µg) en périphérie produit une analgésie postopératoire sans effet secondaire (Anesthesiology, 1998, 88, 2 : 334-9). Nous proposons dans cet étude l'évaluation de la néostigmine par voie intra-articulaire après arthroscopie du genou

**Matériel et méthodes:**

Etude prospective randomisée en double aveugle après consentement éclairé, 60 patients ASA I et II sélectionnés pour une réparation du ménisque sous arthroscopie sous rachianesthésie ont été inclus dans l'étude et répartis par tirage au sort en 2 groupes à la fin de l'acte opératoire selon qu'il recevaient de la N 500µg (1 ml) intra-articulaire groupe N ou du serum salé 1 ml groupe T.

En postopératoire, les patients ont été évalué par un observateur indépendant à l'aide d'une échelle visuelle mesurant la douleur au repos et à la mobilisation à 2, 4, 6, 8, 12 et 24 heures après l'intervention.

L'analyse statistique a fait appel à une ANOVA et aux test de Fischer et Krustal Wallis,  $p < 0,05$  est considéré comme significatif.

**Résultats:**

Les deux groupes étaient comparables en ce qui concerne l'âge, la classe ASA, la durée d'intervention ainsi que la levée du bloc moteur. La durée analgésique postopératoire était de  $460 \pm 220$  min dans le groupe N versus  $220 \pm 140$  min dans le groupe T. Aucun malade n'a présenté de nausées ou vomissements.

**Discussion:**

La néostigmine par voie intra-articulaire a une action analgésique périphérique efficace sans effets secondaires.

4

**ATTITUDE DES ANESTHESISTES  
MAROCAINS FACE A LA DOULEUR  
POST-OPERATOIRE (2001)**

Khaleq K., Miloudi Y., Yaqini K., Barrou L.

*DAR, CHU Ibn Rochd - Casablanca - Maroc*

**Introduction :**

Le traitement de la douleur post-opératoire (DPO) fait partie intégrante de la qualité des soins délivrée aux patients durant la période périopératoire. Une 3<sup>ème</sup> enquête a été effectuée pour réévaluer l'attitude des anesthésistes marocains face à la DPO.

**Matériel & Méthodes :**

Les médecins anesthésistes ont été interrogés à l'aide d'un questionnaire anonyme de 21 questions à l'occasion du 14<sup>ème</sup> Congrès National (Mars 2001) de la société marocaine d'Anesthésie-Réanimation (285 participants). Le questionnaire portant sur le mode d'activité des anesthésistes, l'évaluation périopératoire de la DPO, les méthodes d'analgésie post-opératoire (APO) et les produits couramment utilisés.

**Résultats :**

140 questionnaires ont été recueillis (49%), l'âge moyen des anesthésistes était de 37 ans, la durée d'exercice moyenne était de 9 ans. 64% exercent dans le secteur public (49% CHU). 35% informent et préparent les patients sur les modalités d'APO.

L'évaluation de la douleur était systématique chez 61% des anesthésistes, l'échelle verbale est la plus utilisée (72%) ; l'EVA (24%) ; la responsabilité de l'APO est attribuée dans 64% aux anesthésistes. L'administration des antalgiques se fait de façon systématique dans 59% des cas avec un protocole standard (30%). Le début de l'APO se fait de façon systématique dans la salle de soins post-interventionnelle SSPI 31%. L'analgésie médullaire est pratiquée dans 72%, alors que l'analgésie autocontrôlée par le patient (PCA) n'est utilisée que dans 12%. Les principaux obstacles à l'utilisation de la PCA sont le manque de formation (59 %), le coût (61 %). L'évaluation de l'efficacité du traitement, l'adaptation de celui-ci et la recherche des effets secondaires sont systématiques respectivement 52 %, 57 % et 54% des anesthésistes. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont régulièrement utilisés dans 94%, suivi du paracétamol 86 % et des morphiniques 28%. Les principaux obstacles à la prescription des morphiniques sont le manque de surveillance 71% et la crainte de dépression respiratoire 60%.

**Discussion :**

Les données de cette enquête comparées aux celles réalisées en 1997 (Cah. Anesth. 1998, 46 : 291-292) et 1999 (AFAR 2001, 20 : 4) montrent une certaine amélioration de la prise en charge DPO au Maroc : portant sur l'évaluation systématique de la douleur, une évaluation de l'efficacité du traitement, l'adaptation de celui-ci et la recherche des effets secondaires. Mais globalement, les résultats restent peu satisfaisants : crainte liée à l'utilisation des opiacés, l'analgésie médullaire du PCA restent peu utilisées. Une meilleure sensibilisation et une formation continue des anesthésistes avec des stratégies thérapeutiques définies et régulièrement évaluées sont nécessaires.

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Analgésie - Douleur*

5

**KETAMINE A FAIBLE DOSE ET DOULEUR POSTOPERATOIRE EN CHIRURGIE THORACIQUE**

R. Al harrar, K. Yaqini, A. Mouktafi, A. Bouaggad, A. Harti  
*Service d'Anesthésie- Réanimation - CHU Ibn Rochd - Casablanca*

**Introduction:**

L'administration d'un anti-NMDA comme la kétamine au décours d'une thorotomie améliore l'analgésie postopératoire (AFAR 1998 ; 17 suppl R 273). Le but de cette étude évalue l'efficacité analgésique de la kétamine à faible dose en chirurgie thoracique.

**Matériel et méthodes:**

Etude clinique prospective randomisée en double aveugle, expliquant 2 groupes de 30 patients consentants de classe ASA I/II. Soumis à une chirurgie thoracique, le protocole anesthésique associé : induction thiopental (5 mg/Kg), Fentanyl (5µg/Kg), norcuran (0,1mg/Kg), entretien : halothane à la MAC, fentanyl. Les patients sont répartis en deux groupes : GC contrôle recevant du placebo à l'induction ; GK kétamine recevant 0,5 mg/Kg à l'induction.

Nous avons évalué l'EVA, la consommation du kétoprofène ainsi que d'éventuels effets secondaires, une injection de kétoprofène en perfusion lente était réalisée chaque fois que l'EVA > 4, l'analyse statistique a fait appel à une ANOVA et aux tests de Krustal Wallis et de Fischer  $p < 0,05$  est considéré comme significatif.

**Résultats :**

Les deux groupes étaient comparables pour les données démographiques, la durée d'anesthésie et la consommation de Fentanyl. Les scores moyens d'EVA étaient significativement plus faibles dans le groupe kétamine pendant les 24 premières heures de même que la consommation d'antalgiques. Aucun effet secondaire n'a été observé.

**Tableau I : Score moyen d'EVA (cm)**

	2	4	8	12	24	48
Contrôle	6.1	7.2	6.3	5.1	5.2	2.2
Kétamine	4.2*	4.1*	3.9*	3*	3.1*	2

**Discussion :**

L'adjonction de la kétamine améliore l'analgésie postopératoire. Il est suggéré que la kétamine s'oppose au renforcement par le fentanyl du processus de sensibilisation à la douleur induit par les influx nociceptifs (Anesthesiology 2000 ; 92 : 465-72).

6

**ADDITION DE KETAMINE DANS LES PCA MORPHINE APRES LAPAROTOMIE : RESULTATS PRELIMINAIRES**

Kaabi B<sup>(1)</sup>, Abbas M<sup>(1)</sup>, Ouerghi S<sup>(1)</sup>, Bouhaja B<sup>(1)</sup>, Mebazaa M<sup>(1)</sup>, Ben Ammar MS<sup>(1)</sup>, Arfa N<sup>(2)</sup>, Mestiri H<sup>(2)</sup>, Khalfallah T<sup>(2)</sup>

*(1) Service d'Anesthésie-Réanimation-Urgences (2) Service de Chirurgie  
CHU Mongi Slim - LA MARSIA - TUNISIE*

**Introduction :**

La kétamine (K) est un antagoniste des récepteurs NMDA ayant des propriétés analgésiques à des doses infra-anesthésiques (*Clin Anesthesiol* 1995;9:539-54). L'adjonction de la K à la morphine (M) en PCA améliore la qualité de l'analgésie (Pain 1999 ;82-111-25). Le but de ce travail est d'évaluer l'épargne morphinique induite par l'addition de K dans la PCA.

**Matériel et méthodes :**

Après consentement éclairé, les patients sans contre-indications à l'un de ces deux produits et susceptibles de recevoir de la M comme seul traitement antalgique en post-opératoire d'une laparotomie ont été inclus dans une étude prospective, randomisée, en double aveugle.

100 patients ont été inclus dans deux groupes : GM (n= 50): [M 0,5 mg.ml<sup>-1</sup> + placebo en PCA], bolus 2 ml, période réfractaire 5 minutes et GK (n=50): [M 0,5 mg.ml<sup>-1</sup> + K 0,5 mg.ml<sup>-1</sup> selon les mêmes modalités. L'analgésie postopératoire comportait pour tous les patients du propacetamol. Les patients étaient évalués toutes les 4 heures pendant 48 heures par échelle visuelle analogique (EVA), échelle verbale simplifiée (EVS), quantité de morphine administrée au cours des 48 premières heures. Les variables hémodynamiques et ventilatoires et les effets indésirables (nausées, vomissements, prurit, sédation, effets psychodysléptiques) ont été relevés.

**Résultats :**

Les deux groupes sont comparables du point de vue paramètres démographiques, classe ASA, durée d'intervention et quantité de morphiniques administrés en per-opératoire. L'analyse des résultats montre une consommation de M significativement plus basse dans le GK: 50 vs 68 mg ( $p < 0,003$ ). La moyenne de la valeur déterminée sur l'EVA et l'EVS était significativement plus basse pour les patients du groupe GK à partir de la 4<sup>ème</sup> heure postopératoire ( $p < 0,003$ ). L'incidence des dépressions respiratoires était plus élevée dans le GM : 4 vs aucun dans le GK. L'incidence des nausées et vomissements était plus basse dans le GK : 10 vs 22 ( $p < 0,01$ ). Seuls deux patients repartis sur les deux groupes ont présenté une dysphorie.

**Discussion :**

Nos résultats montrent que l'adjonction de la kétamine à la morphine administrée en PCA, en postopératoire d'une laparotomie, permet une réduction de la consommation de morphine, procure une meilleure qualité d'analgésie et diminue l'incidence des effets indésirables. Ces résultats viennent appuyer les données théoriques et expérimentales actuellement disponibles.

Au vu de ces résultats, nous préconisons l'association morphine-kétamine en PCA pour tout patient proposé pour laparotomie

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
 Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Analgésie -Douleur*

7

**ANALGESIE POST-THORACOTOMIE  
 PERIDURALE CONTINUE vs  
 AUTOCONTROLEE**

W. Kammoun, T. Mestiri B. Bouhaja, MS Mebazaa, T. Kilani,  
 MS. Ben ammar.

*Service d'anesthésie-réanimation CHU Mongi SLIM La MARSIA 2070 TUNISIE*

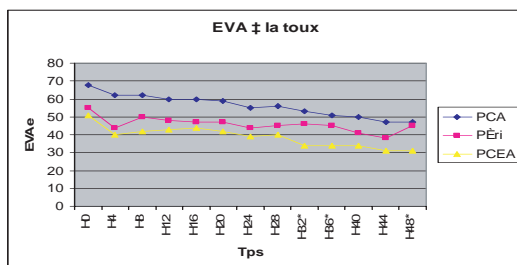
**Introduction**

La douleur après thoracotomie est intense (1) et responsable de modifications respiratoires, hémodynamiques et neuroendocriniennes susceptibles d'augmenter la morbidité postopératoire, d'où la nécessité d'une analgésie efficace.  
 Objectif : Evaluer trois protocoles analgésiques : qualité d'analgésie, effets secondaires, complications.

**Méthodologie :**

Travail prospectif, randomisé incluant les patients programmés pour chirurgie pulmonaire. Trois groupes de malades : - Groupe1: PCA morphine après titration ; -Groupe2 : Périrurale thoracique continue ( Bupivacaine 0,125% +Fentanyl 5mcg/ml) entre 10 et 12 ml/h pour obtenir un niveau à D2. -Groupe 3 : Périrurale auto-contrôlée (Bupivacaine 0,08% + Fentanyl 3mcg/ml) 8ml/h avec des bolus de 5 ml .

Résultats : 62 patients ont été inclus dans ce travail : Gr1 (21), Gr2 (21), Gr3 (20). Les trois groupes sont comparables concernant l'âge, le terrain, la durée de l'intervention, la consommation per opératoire de morphiniques, ainsi que la nature de la chirurgie. Les patients du groupe 3 ont des EVA au repos et à l'effort plus bas que les deux autres groupes (fig). La consommation d'anesthésiques locaux et de morphiniques est moins élevée dans le groupe 3. les effets secondaires les plus fréquents sont le prurit, la rétention vésicale et les nausées vomissements. Leurs incidences sont comparables dans les trois groupes. Nous n'avons enregistré aucune dépression respiratoire majeure ni lésion neurologique.



**Discussion:**

La voie périrurale procure une meilleure qualité d'analgésie à l'effort. La technique périrurale auto-contrôlée, permet une bonne analgésie, tout en réduisant la consommation en produits analgésiques et leurs effets secondaires.

*1. Brian P.Kavanagh and al Anesthesiology 1994*

8

**ANALGESIE PERIDURALE POUR  
 CHIRURGIE THORACIQUE CHEZ  
 L'ENFANT**

Toumi.S, Ben Salem.F, Grati.L, Louzi.M, Arfaoui.C,  
 Rmiza M., Chérif K., Gahbiche.M.

*Service d'Anesthésie Réanimation. CHU F.Bourguiba Monastir.Tunisie.*

**Introduction:**

La chirurgie thoracique est une chirurgie réputée très douloureuse. La prise en charge de la douleur post opératoire chez l'enfant est souvent insuffisante et négligée. Le but de ce travail est d'évaluer l'efficacité d'une analgésie périrurale thoracique en chirurgie pulmonaire pédiatrique.

**Matériels et méthodes:**

C'est un travail prospectif réalisé sur une période de 6 mois (janvier 2001- juin 2001).Quinze enfants opérés pour kyste hydatique du poumon sous anesthésie générale ont été inclus. L'abord périrural était réalisé au niveau de l'espace D9-D10. L'analgésie post opératoire a été assurée par une association bupivacaine 0,1% et fentanyl en perfusion continue relayé par le paracétamol (prodafalgan) par voie générale. Les malades ont été hospitalisés en post opératoire au service de réanimation chirurgicale.

**Résultats:**

L'âge moyen de nos patients était de 8,5 ans (4-13 ans). L'évaluation de l'analgésie basée sur l'échelle visuelle analogique chez 2 grands enfants n'a pas dépassé 40 mm à l'effort de toux. Pour les 13 restants, les paramètres hémodynamiques (PA , Fc) et respiratoires(Fr , SaO2) sont détaillés dans le tableau suivant :

Paramètres	Moyenne	Extrêmes
Fr(c/min)	25	16 -33
Fc(b.min -1 )	100	76 -120
PA( mmHg)	110/50	80/35 -120/60
SaO2(%)	98	93-100

L'évolution était favorable chez tous les patients notamment sur le plan respiratoire sous couvert d'une kinésithérapie.

**Conclusion:**

L'objectif principal après toute thoracotomie est de permettre à l'enfant d'obtenir une autonomie respiratoire rapide et efficace et cela grâce à une bonne analgésie. La voie périrurale s'avère un moyen très efficace pour lutter contre la douleur dans ce type de chirurgie.

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Analgésie -Douleur*

9

**ANALGESIE PREVENTIVE POUR  
CHOLECYSTECTOMIE SOUS  
COELIOSCOPIE Celecoxib vs Paracétamol**

Guelmami MH<sup>(1)</sup>, Mebazaa M<sup>(1)</sup>, Haddad F<sup>(1)</sup>, Jaber H<sup>(1)</sup>,  
RekikM<sup>(1)</sup>, Ben Ammar MS<sup>(1)</sup>

Gharbi L<sup>(2)</sup>, Arfa N<sup>(2)</sup>, Mestiri H<sup>(2)</sup>, Khalfallah T<sup>(2)</sup>

*(1) Service d'Anesthésie-Réanimation-Urgences<sup>(2)</sup> Service de Chirurgie  
CHU Mongi Slim - LA MARSIA - TUNISIE*

**Introduction**

L'efficacité de l'analgésie préventive par des antalgiques non morphiniques reste controversée (Can J Surg 1996 ;39 (1) :26-30). Le but de cette étude est de comparer la qualité de l'analgésie postopératoire du paracétamol et du celecoxib administrés en préopératoire d'une cholécystectomie sous coelioscopie.

**Matériel et Méthodes**

Etude prospective randomisée, après consentement éclairé des patients. Sont incluses les cholécystectomies sous coelioscopie réalisées à froid chez des patients classés ASA I et II. Sont exclus les patients présentant une contre-indication à la coelioscopie et aux deux antalgiques étudiés. Les patients ont été répartis en trois groupes : P (paracétamol 1000 mg), C (Celecoxib 200 mg) et T (sans analgésie préopératoire). P et C administrés par voie orale une heure avant l'induction. L'EVA

au repos et à l'effort a été notée dès l'arrivée au réveil (t 0 mn), puis à intervalles réguliers (t 30 à t 270). Titration morphinique pendant les 12 premières heures postopératoires. Les paramètres hémodynamiques, le score de Ramsay et les effets indésirables ont été relevés. Saisie des données et comparaison faites sur logiciel SPSS 8.0 p<0.05 a été considéré comme significatif.

**Résultats**

75 patients inclus. Les trois groupes sont comparables pour les données démographiques, la durée d'anesthésie et la consommation de morphiniques en peropératoire. L'évolution des scores EVA montre une différence significative entre les groupes P et T à la valeur d'EVA à l'effort à t24h postopératoire (p=0.04), et entre les groupes C et T à t=4h postopératoire (p=0.016). Dans notre étude le groupe C a consommé de façon significative moins de morphine 5.44±3 mg contre 7.83±4mg pour le groupe P (p<0.03) et 8.04±3mg pour le groupe T (p<0.008).

**Conclusion groupe T (p<0.008).**

L'administration de Celecoxib en préopératoire d'une cholécystectomie sous coelioscopie permet de réduire de façon significative la consommation postopératoire de morphine ainsi qu'une réduction de l'EVA au repos et à l'effort, par rapport aux groupes Paracétamol et témoin. Les inhibiteurs de la cyclo-oxygénase II ont donc une place dans l'analgésie préventive pour cholécystectomie sous coelioscopie.



**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
 Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Evaluation-Assurance qualité*

10

**EVALUATION DE L'ACTIVITE  
 NEUROANESTHESIQUE PEDIATRIQUE A  
 L'HOPITAL DES SPECIALITES DE RABAT**

M. Afilal, A. Caidi, Ch. El Mourabit, H. Chikhaoui, J. Bayali, S.  
 Kabbaj, H. Ismaili, W. Maazouzi

*Service d'Anesthésie-Réanimation – Hôpital des spécialités Rabat*

L'HSR est le seul établissement du CHU de Rabat à prendre en charge la neurochirurgie pédiatrique. L'anesthésie pédiatrique représente en soi un défi important pour l'anesthésiste.

**But :**

Les auteurs se proposent d'évaluer l'activité neurochirurgicale pédiatrique par rapport à l'activité globale dans un centre de neurochirurgie.

**Matériel et Méthode :**

Toutes les interventions neurochirurgicales chez les patients âgés de moins de 15 ans et réalisées dans le service de neurochirurgie de l'HSR sont recensées sur une période s'étalant de Janvier 1993 à Décembre 2001.

**Résultats :**

L'activité neurochirurgicale globale durant cette période compte 4548 opérés. Le nombre d'enfants opérés est de 757, ce qui représente 16.6% des patients. Le nombre d'interventions est de 792 avec 35 reprises. Les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont par ordre de fréquence décroissant : la neurotraumatologie 16.3%, l'hydrocéphalie non tumorale 16%, les tumeurs de la fosse cérébrale postérieure 14.9%, les malformations congénitales du SNC 12.9%, les tumeurs supratentorielles 12.1% et la pathologie infectieuse 11.2%. L'intervention la plus fréquemment réalisée est la dérivation du LCR (21%).

**Discussion :**

L'activité neurochirurgicale pédiatrique représente une part non négligeable de l'activité globale 16.6%. L'intervention la plus fréquemment réalisé est la dérivation du LCR qui avoisine 20% de l'activité NCH pédiatrique, chiffre comparable à ceux rapportés dans la littérature (1). Les pathologies les plus fréquentes sont la neurotraumatologie et les tumeurs soustentorielles (2).

**Références :**

- 1- Sesay. M. *Ann. Fr. Anesth. Réanim.* 2001 ;20 :8-13.
- 2- Meyer. P. *Ann. Fr. Anesth. Réanim.* 2001 ;20 : 20-32.

11

**CONNAISSANCES DES PATIENTS DANS LE  
 DOMAINE DE L'ANESTHESIE**

Mouktafi. Z Bouaagad.A, Harti.A

*Service d'accueil des urgences Chu Ibn Rochd Casablanca*

**Introduction :**

L'information du patient est devenue nécessaire sur le plan médico-légal en raison de la jurisprudence récente [Cours de cassation, 7 octobre 1998]. Le but de ce travail est d'évaluer les connaissances des patients dans le domaine de l'anesthésie.

**Patients et Méthodes :**

C'est une étude prospective, incluant pendant 6 mois tous les patients admis pour une chirurgie programmée et dont l'âge était supérieur à 16 ans. Les variables quantitatives étaient exprimées en moyennes et celle qualitatives étaient exprimées en pourcentage. 2 groupes ont été séparés, groupe A : patients ayant bénéficiés d'une consultation pré-anesthésique et groupe B : patients n'ayant pas eu de consultation pré-anesthésique. La comparaison des variables a fait appel au test Chi2 avec une valeur p < 0.05 était considérée significative.

**Résultats :**

894 patients étaient inclus dont l'âge moyen était de 41+ 1 avec une prédominance du sexe féminin (sexe ratio = 1.4 ). Plus de la moitié des patients étaient non scolarisés. Les principales modalités ainsi que les risques qui peuvent être liés à l'anesthésie étaient méconnus par la majorité des patients (voir tableau).

Connaissez-vous ?	Oui%		
	Groupe A (n=414)	Groupe (n=480)	B P
L'anesthésie générale	82.12	82.5	NS
L'anesthésie loco-régionale	41.06	42.08	NS
L'utilité des examens para-clinique	30.43	30.41	NS
Les modalités de l'anesthésie	8.02	5.75	NS
Les risques de l'anesthésie	1.93	2.92	NS

**Discussion :**

L'amélioration des connaissances des patients dans le domaine de l'anesthésie nécessite une bonne observance ainsi qu'une meilleure organisation de la consultation pré-anesthésique qui reste non informative dans notre contexte.

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
 Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Evaluation-Assurance qualité*

12

**EVALUATION DES INDICATEURS DE  
 QUALITE DE SOINS AU BLOC  
 OPERATOIRE**

Khaleq K., Lahyat B., Harti A., Idali B., Barrou L.  
 DAR, CHU Ibn Rochd - Casablanca - Maroc

**Introduction :**

L'analyse permanente de certains indicateurs permet l'évaluation de la qualité de soins et la détection facile des dysfonctionnement périopératoires. Le but de cette étude est d'évaluer ces indicateurs de qualité de soins et de fonctionnement du bloc opératoire CHU Casablanca.

**Matériel & Méthodes :**

Etude prospective réalisée sur une période de 2 mois, incluant 400 patients devant subir une chirurgie programmée (viscérale, neurochirurgie, urologie et traumatologie) au bloc opératoire qui comprend neuf salles d'anesthésie avec un rapport médecin anesthésiste pour trois salles, et une infirmière par salle d'anesthésie. Les indicateurs évalués sont :

- 1- Patients programmés et vu en consultation préanesthésique
- 2- Adéquation entre le programme édité et le programme réalisé
- 3- Retard de démarrage du bloc opératoire > 15 mn
- 4- Annulation de l'intervention
- 5- Dépassement des plages horaires
- 6- Durée du bloc opératoire disponible et non utilisé
- 7- L'induction réalisée par le médecin anesthésiste
- 8- Conformité du dossier d'anesthésie
- 9- Conformité de la technique anesthésique
- 10- Conformité de l'antibioprophylaxie
- 11- Intervalle entre la fin d'induction et l'incision cutanée > 15 mn
- 12- Disponibilité de SSPI
- 13- Evaluation de la douleur à la sortie du SSPI
- 14- Satisfaction des patients.

L'enquête a été évaluée de façon anonyme par le médecin anesthésiste.

**Résultats :**

Tableaux I et II : Indicateurs de qualité de soins périopératoires et % de survenue ou de réalisation.

Indicateur	% de survenue	Indicateur	% de survenue
1	57	8	56
2	74	9	84
3	68	10	76
4	3	11	49
5	22	12	76
6	28	13	42
7	31	14	77

**Discussion :**

L'analyse de chaque indicateur de soins permet d'identifier facilement de nombreux dysfonctionnements dont le facteur commun est le plus souvent d'origine humaine : le retard du démarrage du bloc opératoire est due dans 82% à un facteur humain (personnel paramédical 78%, chirurgien 19% et l'anesthésiste 3,8%) et dans 18% à des facteurs techniques (défaut de consommable ou défaillance d'équipements). Ces résultats sont similaires à ceux constatés dans d'autres pays (*Anesth. Analg.*, 1998 : 896-906).

13

**EVALUATION DE LA QUALITE EN  
 ANESTHESIE POINT DE VUE DU PATIENT**

Y. Miloudi, B. Idali, K. Khaleq, A. Harti, I. Barrou  
 DAR - CH Ibn Rochd - Casablanca - Maroc

**Introduction :**

La volonté d'améliorer la qualité des Soins est sans conteste le dénominateur commun animant toutes les orientations politiques et professionnelles de la médecine actuelle, c'est dans ce cadre que s'intègrent les démarches évaluatives permettant d'apprécier la qualité des soins réalisés. Ces démarches doivent concerner aussi bien les soins pour s'assurer de leurs bons résultats que les prestations des patients vis à vis des soins reçus. Le but de cette étude était d'évaluer la qualité des soins anesthésiques en se basant sur le point de vue du patient (1).

**Matériel & Méthodes :**

C'est une étude prospective ouverte qui s'est déroulée entre Octobre 2000 et Janvier 2001, auprès de 500 patients ayant bénéficié d'un acte chirurgical programmé ou urgent, sous anesthésie générale ou loco-régionale, au bloc central du CHU Ibn Rochd de Casablanca. L'évaluation a concerné les caractéristiques des 3 phases de la prise en charge anesthésique : la phase pré, per et post-opératoire, ainsi que leurs impacts sur la satisfaction des patients. L'étude des facteurs influençant la satisfaction a été faite par une analyse univariée.

**Résultats :**

L'âge moyen des patients était de 49,5 ans (15-84 ans) avec un sex-ratio de 1,02. Quarante-huit pour cent des patients ont été vus à la consultation pré-anesthésique, le degré de satisfaction des patients vis à vis de cette consultation a été estimé à 55%. L'absence d'explications sur la technique anesthésique a été notée chez 95% des patients lors de la consultation pré-anesthésique et chez 64% au bloc opératoire. Les principales plaintes exprimées par les patients étaient : le froid à l'arrivée au bloc opératoire (37%), les vomissements au réveil (37%) et la douleur en post-opératoire (90%). Soixante-quinze pour cent des patients étaient satisfaits de la prise en charge anesthésique. De l'analyse univariée on déduit que les facteurs influençant significativement la satisfaction des patients en anesthésie étaient: l'information sur la technique anesthésique en pré-opératoire, les nausées au réveil et la survenue de la douleur au réveil ou en post-opératoire.

**Commentaire :**

Les résultats de cette étude montrent que des efforts doivent être faits dans l'amélioration de la prise en charge pré-opératoire avec l'augmentation des explications fournis aux patients, ainsi que dans l'élaboration de protocoles de prévention et de prise en charge des nausées, des vomissements et de la douleur post-opératoire (2).

**Références :**

- 1- CLEMENT A., FRANÇOIS G. Satisfaction des patients en période peropératoire : conduite d'entretiens. *Ann. Fr. Anesth. Réanim.*, 1999, 18 (suppl) : R436.
- 2- EON B., HEMON Y., GUEILLEN JC. Prise en charge préopératoire : le point de vue du patient. *AFAR*, 1998, 17 : R109.

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Evaluation-Assurance qualité*

14

**EVALUATION DE LA QUALITE EN ANESTHESIE : AUDIT A L'HOPITAL IBN TOFAIL DE MARRAKECH**

Messas A., Amtoun A., Eddlimi A., Samkaoui M.A.  
*Service d'Anesthésie-Réanimation – Hôpital Ibn Tofail CHU Mohammed VI – Marrakech*

**Introduction :**

L'évaluation de la qualité en anesthésie est la mesure, grâce à des indicateurs, des paramètres observables et spécifiques du bien être du malade et/ou des performances du département d'anesthésie ( AFAR 1996 ,15, 57-70)

Le but du travail est d'évaluer la qualité de la pratique anesthésique et d'en déduire les insuffisances dans l'optique d'une amélioration des soins prodigués.

**Matériel et méthodes :**

Etude prospective étalée sur 2 mois ( Décembre 2001 et janvier 2002 ) intéressant 300 malades opérés au bloc central de l'hôpital Ibn Tofail de Marrakech . L'évaluation de la qualité est analysée selon le modèle établi par DONABEDIAN

**Résultats :**

- Indicateurs de structure : 1 salle opératoire sur 4 répond aux recommandations de la SFAR . 80% de l'anesthésie est sous la responsabilité d'un médecin qualifié
- Indicateurs de procédure : Seules 14% des anesthésies sont faites selon le mode ambulatoire. 7% de report d'interventions . le délai d'attente dans l'antichambre est de 23 min.
- Indicateurs de résultats : La consultation préanesthésique est réalisée dans 78% des cas. La prémédication dans 52% des cas. L'anesthésie loco-régionale dans 36% des cas. Aucune mortalité n'a été notée. La prescription post-opératoire n'est respectée que dans 45% des cas.

**Discussion :**

L'évaluation de la qualité des soins en anesthésie passe par une analyse précise des indicateurs de qualité . Une attention toute particulière doit être apportée pour assurer non seulement la sécurité du malade mais aussi son confort : Préoccupation de nombreux acteurs de l'acte opératoire .

15

**EVALUATION DU STAGE PRATIQUE EN ANESTHESIE REANIMATION PAR LES ETUDIANTS EN MEDECINE**

B. Lahyat, K. Keleque, A. Bensaid, D. Hamoudi, A. Bouaggad, M.A. Bouderkka, A. Harti  
*DAR - CH Ibn Rochd - Casablanca – Maroc*

**Introduction :**

Dans le cadre de la formation des étudiants en médecine, le passage d'un stage de 2 mois en anesthésie réanimation (AR) est obligatoire . L'objectif de notre travail est d'évaluer la qualité du stage pratiqué en AR par les étudiants en médecine

**Population et méthodes :**

L'étude a intéressé tous les étudiants en médecine qui ont réalisés leur stage dans le service pendant la durée de l'étude ( Mai 2001-Janvier 2001 ) . L'évaluation a été faite à l'aide d'un questionnaire anonyme comprenant 20 items répartis en 4 catégories , elle a précisée la qualité de l'enseignement dispensé avec autoévaluation de l'acquisition des objets pédagogiques (Connaissances et geste techniques indispensables à tout médecin )

**Résultats :**

Quatre vingt seize pour cent des étudiants concernés ont répondu au questionnaire ; 60% sont satisfaits de l'encadrement par un tuteur médecin enseignants et résidents . La quasi-totalité des étudiants considèrent avoir appris des gestes utiles mais restent insuffisants pour leur pratique médicale . L'acquisition des différents objectifs d'enseignement varie entre 11.2 et 80.3% . On souligne au terme de cette étude que 3% des étudiants souhaitent devenir anesthésiste réanimateur.

**Discussion :**

La satisfaction des étudiants pour les différents composantes de l'enseignement pratiqué est moyenne ; en particulier pour l'apprentissage des gestes techniques qui est une des caractéristiques du stage en anesthésie réanimation ; l'accès à l'anesthésie réanimation du 5<sup>e</sup> année d'étude des études médicales semble être très utile aux étudiants . Le pourcentage d'acquisition des différents objectifs est très hétérogène . Pour ceux qui ont les plus rarement atteints ; la réflexion conduit à en redéfinir certains et à modifier en partie l'organisation du stage

**Conclusion :**

Les résultats de cette étude nous pousse à réfléchir afin d'améliorer la formation des étudiants en AR.

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
 Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Evaluation-Assurance qualité*

16

**LA FORMATION MEDICALE CONTINUE EN ANESTHESIE REANIMATION**

Berrada J., Khallouki M., Nejmi H., Aouini M., El Kettani C., Idali B., Barrou L.

*DAR - CH Ibn Rochd - Casablanca - Maroc*

**Introduction :**

La formation médicale continue est une nécessité pour tout médecin, elle revêt une importance primordiale, elle est même devenue une obligation dans certains pays. L'objectif de l'étude est d'évaluer l'état de lieux de la FMC des anesthésistes réanimateurs au Maroc par un questionnaire anonyme comportant 20 questions délivrés à 250 anesthésistes réanimateurs.

**Résultats :**

Le taux de réponse a été de 50.4%, 70% des AR sont adhérents à une formation professionnelle de la FMC ou à une société savante. Ils assurent leur FMC essentiellement par la participation à des congrès ou séminaires (71.4%), par l'achat de livres médicaux (68.%), par l'utilisation de moyens audiovisuels (59.%) et par l'abonnement à des revues médicales (45.2%)

Les principaux obstacles rencontrés lors de la FMC sont le manque de temps (59%) et d'ordre financier (47%). La dépense moyenne par AR est estimée à 4950 Dh durant l'année 2000

L'appréciation de l'apport de la FMC aux besoins personnels des médecins est jugée satisfaisante pour 19% seulement des AR, 59.5% ne sont que moyennement satisfaits.

Cette FMC est jugée bien développée par seulement 5.5% des AR et peu développée par 61.6% des AR.

Concernant l'obligation de la FMC, 82.5% des AR pensent qu'elle devrait être une obligation et non un choix personnel.

**Discussion :**

L'organisation future de la FMC repose sur 2 aspects principaux :

- Aspect organisationnel dont la décentralisation et la régionalisation des activités de FMC
- Aspect d'ordre pédagogique : Organisation d'une formation pratique adaptée aux besoins, aux conditions de travail et aux réalités du pays.

17

**IMPACT D'UNE PRISE EN CHARGE STANDARDISEE SUR LA SURVENUE DES COMPLICATIONS CARDIOVASCULAIRES APRES CHIRURGIE VASCULAIRE.**

A. Sarraj, M. Berdnarkiewicz\*, C. Chevalley, G. Khatchatourian\*, D. Tassaux, N. Murith\*, M. Licker.

*Division d'Anesthésiologie, \* Clinique de Chirurgie Cardio-vasculaire, Hôpital Universitaire Cantonal de Genève, Suisse*

**Introduction :**

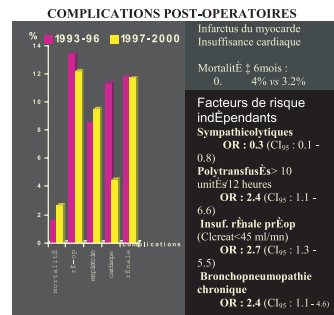
En chirurgie vasculaire, les complications cardio-vasculaires constituent la cause la plus fréquente de mortalité et de la morbidité<sup>(1)</sup>. Sachant qu'une majorité de patients souffrant d'une artériopathie occlusive périphérique présente un certain degré de maladie coronarienne, la revascularisation myocardique préopératoire et l'utilisation d'agents sympathicolytiques (α agonistes, β-bloqueurs) ont été proposés dans le but de réduire les risques cardio-vasculaires périopératoires<sup>(2)</sup>. Le but de notre étude est de déterminer si l'introduction des recommandations émises par l'« American Heart Association (AHA)» et l'« American College of Cardiology (ACC)»<sup>(4)</sup> a eu un impact sur la survenue de complications cardiovasculaires après chirurgie de l'Aorte abdominale.

**Matériels et Méthode :**

Il s'agit d'une étude de type cohorte comparant deux périodes consécutives 1993-96 (n = 247) versus 1997-2000 (n = 221). Les informations médicales de tous les patients ayant subi une reconstruction de l'aorte abdominale ont été recueillies de manière prospective depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1993 dans un registre de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique. Des analyses uni et multivariées par régression logistique ont recherché les facteurs associés et prédictifs des complications cardiovasculaires.

**Résultats :**

Les caractéristiques des deux cohortes sont quasi-similaires. On note une augmentation du recours aux explorations cardiaques non invasives ce qui a induit une augmentation du nombre de revascularisation myocardique préopératoire (0.0% Vs 7.7%) et de l'utilisation d'agents sympathicolytiques (clonidine : 125 Vs 71%, β bloquants : 10 Vs 53%).



**Conclusion :**

Cette étude observationnelle démontre que l'introduction des recommandations des sociétés savantes AHA/ACC couplée à une intensification de l'utilisation d'agents cardioprotecteurs (α agoniste, β-bloquants) permet une maîtrise satisfaisante du risque cardiovasculaire des patients subissant un remplacement de l'aorte abdominale.

**Références :**

1. Sprung J et al. *Anesthesiology* 2000; 93:129-40.
2. Mangano DT. *Anesthesiology* 1999;91: 1521-6.
3. ACC/AHA Task Force. *J Am Coll Cardio* 1996; 27: 910-48

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Evaluation-Assurance qualité*

18

**LE COUT DE L'ANESTHESIE**

A. Bensaid, C. El Kettani, B. Idali, Y. Miloudi, A. Harti, L. Barrou  
*Service d'Anesthésie-Réanimation*  
*CHU Ibn Rochd - Casablanca*

L'activité anesthésique induit des dépenses non négligeables au sein d'un hôpital. La maîtrise de ces dépenses nécessite une gestion économique rationnelle des techniques et agents anesthésiques.

L'objectif de ce travail est de faire une approche du coût direct de l'anesthésie. C'est une étude prospective étalée sur 4 mois (Septembre-Décembre 2000) intéressant 500 patients devant bénéficier d'un geste chirurgical sous anesthésie, colligés dans les différents blocs opératoires du CHU Ibn Rochd de Casablanca. Nous nous sommes intéressés au coût direct imputé aux drogues anesthésiques, gaz médicaux, fongibles, solutés de perfusion, produits sanguins et aux médicaments (antibiotiques, antiémétiques...). Le coût indirect n'a pas été pris en considération.

La moyenne d'âge des patients était de  $35 \pm 30$  ans avec un sex-ratio de 1,5. L'anesthésie générale a été pratiquée dans

87% des cas. Son coût moyen était de 582 Dh/malade. Tandis que celui de l'ALR n'était que de 285 Dh/malade. Le coût moyen des gaz médicaux représente 56% du coût total de l'anesthésie, suivi par celui des médicaments (12%), les drogues anesthésiques (12%), les fongibles (10%) et les solutés de perfusion (9%). Le coût moyen de l'oxygène était de 175 Dh/malade, celui du Protoxyde d'Azote de 140 Dh/malade et celui du Fluothane de 34 Dh/malade. Le coût des curares représente 39% du coût total des drogues anesthésiques avec un coût moyen de 32,5 Dh/malade. Le coût des hypnotiques représente 35% du coût total des drogues anesthésiques. Le Thiopental vient en chef de file avec un coût moyen de 7 Dh/malade. Le coût moyen des Morphiniques était de 10 Dh/malade. Concernant les anesthésiques locaux, leur coût moyen était de 18 Dh/malade. Les frais des antibiotiques étaient de 67 Dh/malade, et ceux des solutés de perfusion de 21 Dh/malade. Le coût des fongibles s'élève à 50 Dh/malade. L'activité anesthésique est plus coûteuse en Chirurgie Cardio-vasculaire, Neurochirurgie et en O.R.L. (582 Dh/malade). Pour une meilleure gestion économique de l'anesthésie, on doit privilégier l'anesthésie locorégionale et généraliser l'utilisation des circuits fermés pour économiser les gaz anesthésiques.

*Abonnez vous  
au :*

**Journal Maghrébin d'Anesthésie-Réanimation**  
**et de Médecine d'Urgence**

**BP 40 - Carthage 2016 - Tunisie -**

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
 Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Anesthésie I*

19

**DEXAMETHASONE PREVIENT -T- IL LES NAUSEES, VOMISSEMENTS POSTOPERATOIRES?**

B. Lahyat, Y. Miloudi, S. ElYoussefi, N. El Harrar

*Département d'anesthésie - réanimation, CHU Ibn rochd Casablanca Maroc*

**Introduction:**

Les nausées et vomissements post opératoires restent une mauvaise expérience chez 50 à 80% des patients opérés pour une chirurgie de l'oreille moyenne. (Larangoscope, 2001; 111:1271- 1274). L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité de Dexametasone dans la prévention des NVPO chez l'opéré de l'oreille moyenne

**Matériel et Méthodes:**

Après consentement éclairé, 80 patients programmés pour chirurgie de l'oreille moyenne ont été randomisés en deux groupes. La technique anesthésique était identique chez tous les patients: (Nesdonal 6mg/Kg, fentanyl 3 µg/Kg et 0.1mg/Kg de vécuronium en intraveineux ). Après intubation trachéale, le groupe M a reçu 10 mg en intraveineux de Metoclopramide et le groupe D a reçu 8 mg de Dexamétasone. L'entretien de l'anesthésie a été réalisé par l' Halothane et des bolus de fentanyl. Ont été évalués pendant 24 heures post opératoire, l'incidence des nausées et vomissements, le recours au traitement par du Metoclopramide et sa dose totale. Les tests statistiques ont consistés en ANOVA, test t de Student, chi2, les résultats sont exprimés en moyennes ± écart type ou médiane. P<0.05 est considérée significative.

**Résultat:**

Les caractères démographiques, la durée d'anesthésie, de chirurgie et la dose totale de fentanyl en péropératoire étaient comparable entre les deux groupes. L'incidence totale des NVPO ainsi que le recours au traitement antiémétique (Metoclopramide) sont significativement plus faible dans le groupe D que dans le groupe M (Voir le tableau)

	Groupe D (n=40)	GroupeM (n=40)	P
Nausées/vomissements	6 (15%)	15 (37.5%)	.0243
Nausées seules	3 (7.5%)	10 (25%)	0.019
Total	9 (22.5%)	25 (62.5%)	<0.01
Episode de vomissement			
0-4	3 ( 7.5%)	4 (10%)	0.056
>4	1 (2.5%)	8 (20%)	0.012
Utilisation d'antiémétique	7 (17.5%)	18 (45%)	0.001

**Discussion et conclusion :**

Cette étude montre que Dexametasone à dose de 10 mg en intraveineux est efficace pour la prévention de plus de 49 % les nausées et les vomissements chez les patients opérés pour chirurgie de l'oreille moyenne.

20

**NAUSEES-VOMISSEMENTS POST-OPERATOIRES(NVPO) APRES CRANIOTOMIE REGLEE**

K. Khaleq, K. Yaqini, Y. Miloudi, B. Lahyat, B. Idali, L. Barrou

*Département d'Anesthésie-Réanimation, - CHU Ibn Rochd, casablanca*

**Introduction :**

L'incidence des NVPO est bien documentée pour de nombreuses interventions chirurgicales, mais n'a pas encore été étudié après chirurgie intracrânienne (I). Le but de ce travail est d'évaluer l'incidence des nausées et vomissements après craniotomies réglées.

**Matériel et Méthodes :**

De janvier 2000 au mai 2001, étaient inclus tous les adultes opérés pour craniotomie réglée pour une lésion sus ou sous tentorielle, ayant un score ASA < 3 ans antécédents d'épisodes de nausées vomissement préopératoire et extubés dans les 90 minutes suivant la fin d'intervention ; étaient exclus, les patients présentant un trouble de conscience en préopératoire, ceux présentant une complication périopératoire. Les patients prémédiqués par midazolam-atropine, étaient intubés sous vecuronium-thiopental-fentanyl. L'anesthésie était entretenue par fentanyl-propofol et protoxyde d'azote. La survenue des NVPO étaient noté pendant les 24 premières heures. Aucun traitement antiémétique n'a été administré de façon systématique. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel Epi info version 6.01. Les variables qualitatives ont été comparées par le test chi 2 (P < 0,05 significatif).

**Résultats :**

143 patients étaient inclus (76% d'hommes, âge moyen 39 ± 17 ans) ont bénéficié d'une craniotomie pour chirurgie tumorale (61,6%), vasculaire (16%) ou autres 20 fois (14%). 58 patients (32%) ont présenté un épisode de NVPO. Les femmes ont plus de NVPO que les hommes (67% vs 38%). Les patients opérés en sous tentoriel ont présenté plus de NVPO que ceux opérés en sus tentoriel (79% VS 41%), le pic de survenue Des NVPO était noté entre 4ème-10 éme heures.

**Discussion :**

Cette étude montre une incidence élevée des NVPO après craniotomie réglée, plus particulièrement après chirurgie sous tentorielle (79%). Les NVPO sont précoces et persistent pendant les 24 premiers heures. La fréquence Des NVP après craniotomie sous estimée jusqu'à présent doit amener a optimiser leur prévention par un traitement antiémétique prophylactique.

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
 Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Anesthésie I*

21

**LES CONDITIONS D'INTUBATION SANS CURARE SONT-ELLES SATISFAISANTES ?**

Y. Miloudi, N. El Harrar, B. Idali, S. El Youssoufi, B. Lahyat  
*Service d'Anesthésie-Réanimation - Hôpital 20 Août - Casablanca*

**Introduction :**

Dans certains types de chirurgie, l'emploi de curare ne se justifie que pour l'intubation. Ceci a conduit au développement de techniques d'intubation sans curare, mais rarement ces techniques n'ont été comparées à la technique de référence [1]. Le but de l'étude est de comparer les conditions d'intubation avec ou sans curare.

**Matériel et Méthodes :**

C'est un essai d'équivalence prospective en double aveugle, concernant 90 patients ASA I et II de chirurgie oto-rhino-laryngologie. Après recueil de leur consentement éclairé, les patients ont été randomisés en 3 groupes (G) de 30 patients. Cinq minutes après injection de midazolam 20 µg/kg ; les drogues anesthésiques ont été données selon la séquence et la dose suivante : Fentanyl (F) : 3 ∞ /kg, 2 minutes après, Propofol (P) : 3 mg/kg, Vécuronium (V) : 0,1 mg/kg, pulvérisation de Xylocaïne (X) : 5% au niveau de la glotte et 3 min après intubation. Ainsi, le groupe G1 recevait F+P+V, G2 : F+P, G3 : F+P+X. Les conditions d'intubation ont été appréciées par les critères de Sheller coté de 5 à 16 points [2] basés sur la ventilation au masque, le relâchement maxillaire inférieur, l'exposition glottique, la position des cordes vocales et la réponse motrice à l'intubation (5-6 : excellente, 7-8 : bonne, 9-10 médiocre, 11-16 : mauvaise). Les répercussions hémodynamiques (pression artérielle, fréquence cardiaque) sont aussi évaluées avant et après induction et après intubation. Les données sont analysées par le test de Chi2 (p < 0,05).

**Résultats :**

Les caractéristiques démographiques étaient comparables dans les 2 groupes. La chute de la pression artérielle moyenne était statistiquement significative après induction dans les 3 groupes (p < 0,005). Le score d'intubation était significativement plus élevé dans les groupes sans curare (p = 0,000001) (Tableau), la pulvérisation de Xylocaïne 5% n'améliore pas les conditions d'intubation (p = 0,42 entre G2 et G3). La réponse motrice à l'intubation et au gonflage du ballonnet était présente plus dans le G2 et G3 que le G1, soit respectivement : 70%, 80% et 23%.

**Discussion :**

Le protocole d'intubation sans curare ne permet d'obtenir des conditions d'intubation satisfaisantes que dans 2/3 des cas et ceci au prix d'une répercussion hémodynamique importante, ce qui limite son intérêt aux situations où l'éviction de la curarisation est nécessaire.

**Tableau : Conditions d'intubation selon le score de Sheller.**

	G1 n=30	G2 n=30	G3 n=30
Excellente	(5-6) 29	29	16 13
Bonne	(7-8) 1	1	7 9
Médiocre	(9-10) 0	0	6 7
Mauvaise	(11-16) 0	0	1 1

p = 0,000001 (entre G1/G2 et G3)

1-James B. *Anesth. Analg.*, 1998, 86 : 45-49

2-Mark S. *Anesth. Analg.*, 1992, 75 : 788-93

22

**L'INTUBATION DIFFICILE EN OBSTETRIQUE**

Mouhaoui M, Miguil M.  
*Anesthésie Réanimation de la Maternité Lalla Meryem-CHU Ibn Rochd- Casablanca.*

**Introduction :**

L'intubation difficile est relativement fréquente en obstétrique et responsable de morbidité et de mortalité maternelle et fœtale non négligeables. Le but de cette étude est de déterminer l'incidence de l'intubation difficile dans notre contexte et d'en déterminer les facteurs prédictifs.

**Malades et méthodes :**

Il s'est agi d'une étude prospective ouverte étalée sur 6 mois et recrutant toute parturiente admise au service des urgences de la maternité Lalla Meryem du CHU Ibn Rochd, et opérée sous anesthésie générale avec intubation endotrachéale. L'intubation était jugée difficile lorsqu'elle nécessitait plus de deux laryngoscopies ou 10 minutes de manoeuvres par un anesthésiste senior.

**Résultats :**

Nous avons recruté 428 parturientes dont l'âge moyen était de 26±13 ans. 4 cas d'intubation difficile ont été recensés soit une incidence de 0,93%. La pose du tube endotrachéal a fait appel à un guide métallique chez 2 parturientes et à l'aveugle chez les 2 autres. Les facteurs qui semblent prédire la difficulté de l'intubation sont : une classe de Mallampati 3 (p<0,01), un score de Wilson 2 (p<0,01) et une DTM 60mm (p<0,02). Les performances des différents signes cliniques sont résumées dans le tableau suivant :

	IF n=424	ID n=4	Se%	Sp%	VPP%	VPN%
Obésité	80	4	100	80	5	100
Cou court	86	4	100	79	4,5	100
Bouche 30mm	64	4	100	84	6	100
DTM 60mm	60	4	100	85	6,5	100
Mallampati 3	8	4	100	97	33	100
Wilson 2	30	4	100	92	12	100

**Commentaires :**

Des études de plus grand effectif sont nécessaires pour affirmer nos résultats qui concordent, néanmoins, avec ceux de la littérature. Nous insistons sur la prévention de tel incident par la consultation préanesthésique systématique des parturientes et par la pratique large des techniques d'anesthésie locorégionale.

# XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation

Casablanca-12-13 Avril 2002

Centre de conférences l'Agora - Californie II

## Anesthésie I

23

### VOMISSEMENT ET DOULEUR POSTOPE- RATOIRE APRES CHIRURGIE RETINO- VITREENNE. INFLUENCE DE LA TECH- NIQUE D'ANESTHESIE

M.Bukta<sup>1</sup>, M. Kammoun<sup>2</sup>, F.Mghaieth<sup>2</sup>, L. El Matri<sup>2</sup>  
1-Unité d'anesthésie, 2-Service B. Institut Hedi Rais  
d'Ophthalmologie de Tunis – Tunisie

#### **Introduction :**

La chirurgie rétinovitréenne est associée à une incidence élevée de nausée, vomissement (NVPO) et douleur oculaire postopératoire (DPO). (1) Le but de ce travail est d'évaluer l'influence de deux techniques d'anesthésie sur leur survenue.

#### **Matériel et méthodes :**

Après consentement éclairé, 70 patients adultes, classés ASA I et II, proposés pour chirurgie du segment postérieur ont été inclus dans une étude prospective, randomisée et repartis en 2 groupes.

Le Groupe ALR (n=35) a bénéficié d'une anesthésie locorégionale épi sclérale et le Groupe AG (n=35) d'une anesthésie générale standardisée.

L'apparition des NVPO et DPO a été évalué pendant les premiers 24 h. postopératoires par échelle visuelle analogique. Les 2 groupes sont comparés par un test Chi 2. P<0,05 est retenu significatif.

#### **Résultats :**

Les 2 groupes sont comparables pour les données démographiques et la durée de l'intervention.

Un patient (2,85%) avait de NVPO dans le Groupe ALR contre 11 patients (31,42%) dans le Groupe AG (p=0,0015). On ne trouve pas différence significative quant à l'incidence de DPO (p=0,62).

#### **Discussion :**

L'anesthésie locorégionale épi sclérale est une technique efficace qui permet la prévention des NVPO dans la chirurgie rétinovitréenne.

#### **Références :**

1. *Anaesth Intensive Care* 1995 ; 23 (4) : 444-8

24

### UTILISATION DU MASQUE LARYNGE FASTRACH : AVEC OU SANS CURARE ?

Féki S., Grati L., Ben Salem F., Arfaoui C., Louzi M., Abaza J.,  
Abbès Z., Gahbiche M.

Service d'Anesthésie-Réanimation chu Monastir - Tunisie

#### **Introduction**

Le masque laryngé fastrach (MLF) est de plus en plus utilisé avec succès pour une intubation facile ou difficile (1,2). Nous avons étudié la faisabilité de sa mise en place avec ou sans curare.

#### **Matériel et méthodes**

L'étude a concerné 24 patients sans critères d'intubation difficile prévisible programmés en chirurgie générale. Les 12 premiers patients ont été curarisés (groupe 1, n=12). Par la suite, les malades n'ont pas reçu de curare (groupe 2, n=12) avec une induction à base de propofol (2mg/kg) et fentanyl (2 y/kg). Un dispositif MLF taille 4 a été utilisé pour tous les patients avec une confirmation capnographique de la position de la sonde.

#### **Résultats**

Les deux groupes ont été comparables concernant les variables démographiques (âge, sexe, score ASA). L'intubation a été réussie dans 83,3% des cas dans les deux groupes. Les 4 échecs (2 patients dans chaque groupe) ont nécessité la poursuite de l'intervention dans 1 cas sous masque laryngé simple, et une intubation sous laryngoscopie dans 3 cas. Parmi les patients réussis, 7 ont été intubés dès le premier essai, et 3 à la 2ème tentative dans le groupe 1. Dans le groupe 2, les 10 malades réussis ont eu une seule tentative. La durée moyenne de l'insertion du MLF a été de 99 secondes dans le groupe 1 et 84 secondes dans le groupe 2. Des réactions de toux et mouvements ont été observés chez 4 patients du groupe 2, et des réinjections de propofol ont été nécessaires chez 7 malades de ce groupe notamment lors du retrait du MLF après intubation.

#### **Discussion**

Le MLF est une technique d'intubation à l'aveugle facile à apprendre avec une innocuité remarquable. Les 4 échecs observés sont imputés à la taille inadéquate du MLF.

L'intubation sous MLF avec curare n'améliore pas le taux de réussite de sa mise en place. Au contraire on a noté une légère supériorité de la technique sans curare. Ceci peut être expliqué par un effet "apprentissage". Par contre, la curarisation améliore les conditions de mise en place du MLF.

#### **Références**

1. *Conférences mapar* 2001: 59-66
2. *Anesthesiology* 2000. 93, 2 : 340-345



**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Anesthésie I*

25

**EPIDEMIOLOGIE ET PRISE EN CHARGE  
DES INTUBATIONS DIFFICILES  
IMPREVUES**

Feki S., Louzi M., Arfaoui C., Grati L., Ben Salem F., Chérif  
K., Toumi S., Gabbiche M.

*Service d'Anesthésie-Réanimation CHU Monastir*

**Introduction :**

L'intubation difficile (ID) associée à la difficulté de ventilation et de l'oxygénation est l'une des principales causes de décès imputable à l'anesthésie (1). La situation est encore plus préoccupante lorsque celle-ci n'a pas été prévue en pré-opératoire. L'objectif de cette étude est de déterminer l'épidémiologie et la prise en charge en situation de risque

**Matériel et méthodes :**

C'est une étude prospective, effectuée dans les différents blocs opératoires du CHU de Monastir du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 juillet 2001. Les données ont été recueillies à partir des fiches de contrôle d'anesthésie informatisées. Une ID a été définie comme l'échec d'une première tentative le plus souvent secondaire à une exposition glottique incomplète. Les critères d'ID ont été réévalués chez les patients ayant présenté une intubation difficile imprévue (IDI)

**Résultats :**

Parmi 6005 anesthésies, 3257 patients ont eu une anesthésie générale (AG) avec l'intention d'une intubation trachéale. L'intubation a été considérée difficile 40 fois (1.2%), l'incidence la plus élevée a été observée en obstétrique (1.7% des césariennes sous AG). L'absence de visualisation de la glotte (grade III et IV de Cormack) a été de 0.42%. Parmi les ID, 77.5% ont été considérées comme imprévues. Le contexte urgent et l'absence de consultation préopératoire était de 64.5% des IDI. La réévaluation de ces patients après leur réveil a montré la présence de signes d'ID chez 80.6% des cas. Concernant la prise en charge, les IDI ont été réussies dans 83.86%, moyennant une pression cricoïde et la mise d'un mandrin. 5 interventions ont été pratiquées sous masque laryngé (2cas), sous fibroscopie (2cas) et sous fastrach (1 cas).

**Discussion :**

Nos résultats montrent que la majorité des IDI auraient pu être prévues dès la visite préopératoire. Quant à sa prise en charge proprement dite, on insiste sur l'éventualité de réveiller le patient à chaque étape. En dehors des rares contre-indications, les moyens non invasifs d'oxygénation (COPA, masque laryngé et Fastrach) sont de plus en plus préconisés dans l'algorithme décisionnel.

**Conclusion :**

Un examen minutieux des critères d'ID permettait de rendre une IDI en une ID prévue dont la prise en charge est complètement différente avec une réflexion d'amont du problème.

26

**EVALUATION PROSPECTIVE DES TESTS  
DE MALLAMPATI ET DE WILSON DANS  
LE DEPISTAGE DE L'INTUBATION  
DIFFICILE**

Othmani M., Aouida M., Houissa M., Ghédira S.,  
Masrouki S., Daoud A.

*Service d'Anesthésie-Réanimation. CHU Charles Nicolle – Tunis*

**Introduction :**

L'intubation endotrachéale difficile est une préoccupation majeure du médecin anesthésiste-réanimateur. Le but de cette étude était d'évaluer de manière prospective sur 150 patients la valeur prédictive d'intubation difficile des tests de Mallampati et de Wilson

**Patients et méthodes :**

Tous les patients prévus au programme de chirurgie générale et nécessitant une intubation ont été inclus dans l'étude. Pour chacun étaient évalués la veille de l'intervention le stade de Mallampati modifié par Samoon et Young ainsi que le score de Wilson. La laryngoscopie et l'intubation étaient réalisés par l'équipe anesthésique habituelle (infirmiers spécialisés et médecins confirmés). L'induction, le délai et la position d'intubation étaient laissés au libre choix du praticien responsable. La qualité de la laryngoscopie était codifiée selon la classification de Cormack et Lahane. L'intubation était jugée difficile si elle a nécessité une technique inhabituelle. La valeur des tests de Wilson et Mallampati a été étudiée avec la laryngoscopie et la difficulté d'intubation : analyse univariée avec détermination des sensibilités, spécificités, valeurs globales et valeurs prédictives de chaque test.

**Résultats :**

Sur 150 patients, l'intubation a été jugée difficile 11 fois (Taux de prévalence de 7.3%) et une laryngoscopie stade III ou IV de Cormack et Lahane a été objectivée 5 fois (Taux de prévalence de 3.3%). Ces 2 tests ont permis d'identifier 80% de patients difficiles à exposer en laryngoscopie. Le test de Mallampati est moins sensible que le score de Wilson à détecter les sujets difficiles à intuber (Sensibilité respective de 70% et 90%) avec un taux de faux positifs (fausses alertes) de 85% pour les 2 tests.

**Discussion :**

En raison de leur bonne valeur prédictive négative (>95%), leur simplicité, leur facilité d'application, leur coût nul et de l'absence de tests cliniques simples de meilleure qualité, il faut continuer à utiliser ces tests au cours de la consultation.

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Anesthésie I*

27

**ARRET CARDIAQUE PAR BRONCHOS-  
PASME AIGU SUIVI D'UN OEDEME AIGU  
DU POUMON APRES INDUCTION  
ANESTHESIQUE AU THIOPENTAL, VECU-  
RONIUM ET DEXTROMORAMIDE :  
CHOC ANAPHYLACTOIDE**

Y. Qamouss, L.Safi, H. EL jalil, K. Abou Elaala, A. Baite,  
S. Lalaoui, N. , Drissi K. , M . Atmani

*Service d'Anesthésiologie Hôpital Militaire Mohamed V Rabat*

**Introduction :**

le choc anaphylactique représente 47% des réactions allergiques peranesthésiques. Nous rapportons un cas de choc anaphylactique avec bronchospasme et OAP.

**Observation :**

Patient âgé de 28 ans sans antécédents allergiques a été hospitalisé pour cure chirurgicale d'une tumeur du rein droit..

L'induction anesthésique associe Dextromoramide 4 mg, vécuronium 6mg et thiopental 400mg. C'est au cours de l'installation du malade en décubitus latéral gauche 8mn après l'induction anesthésique qu'il a été constaté une désaturation à 92%. La vérification des 2 champs pulmonaires montrait des sibilants diffus l'hypoxie s'est aggravait progressivement. puis est survenu l'arrêt cardiaque par fibrillation ventriculaire. La réanimation de l'arrêt cardiaque a été entrepris : massage cardiaque, défibrillation par choc électrique et injection de l'adrénaline en IV par titration et par la sonde d'intubation Le malade a été conduit en réanimation sous perfusion d'adrénaline au pousse seringue à raison 3mg/heure. Des prélèvements sanguins pour dosage de la tryptase et des anticorps spécifiques ont été réalisé 10heure après l'arrêt cardiaque. La radio pulmonaire montrait des images caractéristiques d'OAP. Le malade a quitté la réanimation sans aucune séquelles .Les prélèvements adressés en France lors de l'accident et après 3 mois ont montré les résultats suivants:

Tryptase 17,7microg/l(N< 13) et absence Ig E spécifiques: au latex et aux différents anesthésiques utilisés .

**Commentaire :**

Quel que soit le mécanisme anaphylactique ou anaphylactique les manifestations cliniques des réactions allergiques graves ont la même expression de sévérité et leur prise en charge thérapeutique est exactement la même. Sur les données cliniques et biologiques ce patient présente un choc anaphylactique. C'est un phénomène d'histaminolibération directe ou par activation massive du complément. Les manifestations respiratoires du choc allergique rapportées par beaucoup d'études sont fréquentes viennent au deuxième rang après les manifestations cardiovasculaires l'œdème aigu du poumon n'étant souvent reconnu que dans les séries autopsiques Selon l'enquête épidémiologique (94-96) Laxenaire rapporte une incidence de 1 /13 000 des réactions anaphylactiques graves aux différents produits utilisés en anesthésie. Dans notre hôpital sur 7000 anesthésies en l'année 2001 nous avons enregistré 2 cas de choc allergique grave dont 1 décès.

**Bibliographie :**

1. Delage C, Irely NS: Anaphylactic deaths: a clinicopathologic study of 43 cases. *Jforensic Sci* 1972;17(4):525-40
2. Patella V, Marino I, Lamparter B, Arbustini E, Adt M, Marone G: Human Heart Mast Cells. Isolation, Purification, Ultrastructure, and Immunologic Characterization. *J. Immunol* 1995; 154:2855-65
3. Laxenaire MC: Epidémiologie des réactions anaphylactiques peranesthésiques. quatrième enquête multicentrique (juillet 1994-décembre 1996). *Annales Françaises Anesthésie Réanimation* 1999 aout; 18 (7):796-809
4. Theissen JL, Zahn P, Theissen U, Brehler R. Allergic and pseudo-allergic reactions in anesthesia.: (Pathogenesis, risk factors, substances). *Anesthesiol Intensivmed Notfall Schmerzther* 1995 Feb;30 (1): 3-12
5. Mitsuhashi H, Hasegawa J, Matsumoto S, Ogawa R. The epidemiology and clinical features of anaphylactic and anaphylactoid reactions in the perioperative period in Japan: a survey with a questionnaire of 529 hospitals approved by Japan Society of anesthesiologists. *Masui* 1992 Nov; 41(11):1825-31
6. Levy J: General approach to anaphylactic reactions. *Levy J. Eds Anaphylactic reactions in anesthesia and intensive care. Boston : Butter worth- Heineman* 1992; 135
7. James LP, Austen KF: Fatal systemic anaphylaxis in man. *New England J. Med* 1964; 270: 597-603

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
 Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Infectiologie - Antibiothérapie*

28

**L'INFECTION NOSOCOMIALE CHEZ LE TRAUMATISÉ GRAVE EN USI (ETUDE DES FACTEURS DE RISQUE)**

H. Azendour, Qamous, ELwali, Balkhi, Haimeur, M. Atmani  
*Service de Réanimation HMIMV Rabat*

Si dans les traumatismes graves, la mortalité immédiate est souvent liée aux différentes atteintes lésionnelles, la morbidité et la mortalité tardive sont corrélées au risque infectieux. L'objectif de ce travail est d'étudier la fréquence des infections nosocomiales chez le traumatisé et d'analyser les facteurs prédictifs de leurs survenues.

**Matériels et méthodes :**

Etude rétrospective portant sur 55 admissions consécutives colligées durant 6 mois. Les facteurs prédictifs d'infection nosocomiale sont déduits à partir d'une analyse statistique comparative entre patients infectés et patients non infectés.

**Résultats :**

L'âge moyen est de  $36 \pm 13$  ans. Les scores ISS, IGSII et APACHII était respectivement  $19.3 \pm 3$ ;  $28 \pm 15$  et  $20.6 \pm 10.7$ . Il s'agit d'un polytraumatisme dans 47% des cas. Nous avons colligés 27 cas d'infections nosocomiales (49%), soit pulmonaire (81%), urinaire (11%), cathéter voie veineuse centrale (4%), bactériémie (4%). La comparaison des patients infectés et non infectés retrouve une différence significative pour : IGSII ( $p = 0.04$ ) ; APACHII ( $p = 0.01$ ) ; ISS ( $p < 0.001$ ) ; GCS ( $p < 0.001$ ).

L'indication ( $p < 0.001$ ) et la durée ( $p < 0.001$ ) de la ventilation artificielle et la durée de séjour en réanimation ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion :**

L'infection nosocomiale chez le traumatisé est fréquente, elle est dominée par la localisation pulmonaire [1]. Les principaux facteurs prédictifs sont : les scores de gravités élevés, le GCS bas, la ventilation artificielle et la durée de séjour en réanimation.

1. Allgower. M et al : Nosocomial respiratory tract infections in multiple trauma patient. Chest 1992 ;102 :525 – 529

29

**LES FACTEURS PREDICTIFS DE LA MENINGITE NOSOCOMIALE CHEZ LE TRAUMATISÉ CRANIEN**

B.Lahyat,A.Bouaggad ,A.Benjrada.D.Hamoudi,MA.Bouderka, A. Harti

*Département d'anesthésie - réanimation, CHU Ibn rochd Casablanca Maroc*

**Introduction:**

L'incidence de la méningite nosocomiale chez le TCG est faible mais son pronostic reste grave.(neurosurgery, 1997; 41(5):1073- :1081).

Le but de notre travail est d'analyser le profil des méningites nosocomiales et d'identifier les facteurs de risque qui influencent le pronostic.

**Matériel et Méthodes:**

Sur une période de 12 mois(2001-2002) nous avons réalisé une étude prospective chez tout TCG hospitalisé plus de (48h) dans le service, deux groupes sont définis: avec ou sans méningite nosocomiale. Nous avons comparé les données démographiques, cliniques, paracliniques, évolutives ainsi que les signes de gravité. Les facteurs de risque sont déterminés par une analyse univariée, test paramétrique( test de student, Chi2) et test non paramétrique avec analyse multivariée (régression logistique).  $P < 0.05$  est statistiquement significatif.

**Résultats:**

Parmi 123 patients inclus dans l'étude 10 ont présenté une méningite nosocomiale, soit une incidence de(8.1%). Le pourcentage de décès était significativement plus élevé dans le groupe méningite (50% versus 31%)( $P < 0.01$ ).En analyse univariée, sont identifiés comme facteurs de risque: Fracture de l'étage antérieure, fuite de LCR, chirurgie urgente, la durée d'hospitalisation et une antibiothérapie antérieure. Après une régression logistique on identifie comme facteur de risque de survenue de méningite nosocomiale: une neurochirurgie urgente après le traumatisme et une antibiothérapie antérieure.(voir le tableau).

Variable	Odds ratio (95%)	P
Chirurgie urgente	6.72 (1.63-27.1)	<0.01
Antibiothérapie antérieure	3.4 (1.26-33.6)	0.03

**Discussion et conclusion:**

Il ressort de ce travail que la méningite nosocomiale est une source de morbidité et mortalité avec prolongation de la durée de séjour au milieu de réanimation et que le facteur le plus important sur lequel on peut agir c'est les conditions de la neurochirurgie urgente. Cela justifie largement la place de la prévention qui doit être réalisée par les mesures d'hygiène et leur observance surtout au niveau du bloc des urgences neurochirurgicales.

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
 Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Infectiologie - Antibiothérapie*

30

**MENINGITES POSTOPERATOIRES APRES CRANIOTOMIE : FACTEURS DE RISQUE**

K. Yaqini, B. Idali, K. Khaleq, K. Mouhaoui,  
 C. El Kettani, K. Mjahed, L. Barrou

*Service de Réanimation Chirurgicale (P17)- CHU Ibn Rochd, Casablanca*

**Introduction :**

Les méningites après crâniotomie constituent une préoccupation majeure en milieu de réanimation par leur gravité, leur mortalité et l'allongement de la durée d'hospitalisation. Le but de cette étude est de déterminer les facteurs de risque des méningite postopératoire après crâniotomie.

**Matériel et méthodes :**

Etude rétrospective cas témoin incluant 22 patients (GI) ayant une méningite postopératoire après crâniotomie retenu sur les données bactériologiques (culture positive et/ou chimique : glucorachie/glycémie < 0,5). Pour chaque cas de méningite, trois témoins ont été sélectionnés à partir des patients opérés pour la même pathologie de même sexe et pendant la même période, soit au total 66 patients constituant le groupe témoin (GII). Les paramètres étudiés sont : l'âge, le sexe, le score d'ASA, le CGS, la durée de l'intervention, le saignement, la fuite de LCR au niveau de la plaie opératoire. L'analyse statistique a été faite sur un logiciel Epi info version 6.0 (p < 0,05 significatif).

**Résultats :**

Les deux groupes sont comparables en terme de données démographiques et cliniques, les facteurs de risque identifiés par une analyse univariée sont le retard d'extubation et l'observation d'une fuite postopératoire de LCR au niveau de la cicatrice.

Variabes	G I (n=22)	G II (n=66)	P
Age (ans)	36,27 ± 18,1	34,53 ± 17,1	NS
Sex-ratio	1,44	1,75	NS
ASA	1,3 ± 0,5	1,1 ± 0,4	NS
Glasgow preop	13,6 ± 3,2	14,7 ± 1,3	NS
DVP preop	7	15	NS
Tumeur sustentorielle	11	38	NS
Tumeur sous tentorielle	12	28	NS
Durée moy de chirurgie (h)	5,40	6,10	NS
Transfusion sanguine	11	23	NS
Délai moy d'extubation (h)	54,3 ± 46,5	28,49 ± 25,4	0,003
Fistule LCR	8	3	0,0004
Décès	9	2	0,030

DVP : dérivation ventriculo-péritonéale

**Discussion :**

Il ressort de cette étude que la méningite postopératoire après crâniotomie est une source de morbidité et de mortalité importante, d'où la nécessité d'envisager des mesures préventives

31

**FACTEURS PRONOSTIQUES DU CHOC SEPTIQUE**

A.Elwali, Azendour, Bensghir, Balkhi, Haimeur, M. Atmani

*Service de Réanimation Hôpital Militaire Mohamed V Rabat*

**Introduction :**

En dépit des progrès réalisés dans l'optimisation de la prise en charge du choc septique. Il reste grevé d'une mortalité élevée de 50 à 90%[1]. Le but de ce travail est d'analyser les facteurs pronostiques liés à la mortalité chez les malades en état de chocseptique.

**Matériel et méthodes :**

Etude rétrospective sur une période de 3 ans incluant tous les malades hospitalisés pour choc septique ou ayant présenté cette complication pendant leur séjour en réanimation. Ont été relevé les différents paramètres démographiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et pronostiques puis comparés entre le groupe des survivants et celui des décédés.

**Résultats :**

90 cas de choc septique ont été recensés, répartis en 62 hommes et 28 femmes, l'âge moyen est de 47,8 ± 17 ans, L'IGSII est de 40,3 ± 14,3, L'APACHE II est de 18,5 ± 6,2. Le point de départ de l'infection était abdominal dans 50%, pulmonaire dans 30% et les parties molles dans 10%. Les germes responsables sont dominés par les BGN et le staphylocoque, le nombre de défaillances viscérales était en moyenne de 2,7 ± 0,9. la mortalité globale était de 85%. Les facteurs significativement liés à la mortalité en analyse univariée sont un age > 60 ans, un score d'APACHE II >15, un score de Glasgow < 8, un nombre élevé de défaillances viscérales et le recours à la ventilation artificielle.

En analyse multivariée deux facteurs indépendants sont liés à la mortalité : un APACHE II > 15 et le recours à la ventilation artificielle.

*1. Ruokonen et all :Septic shock and multiple organ  
 fauilleur Crit. Care. Med. 1991 ; 9 :1146-51*

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
 Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Infectiologie - Antibiothérapie*

32

**L'ANTIBIOPROPHYLAXIE EN CHIRURGIE BILIAIRE**  
**(ETUDE PROSPECTIVE A PROPOS DE 50 PRELEVEMENTS BILIAIRES)**

A. Bellahmer, K. Gaamouche, M. Alilou, Z. Belkhadir, A. Slaoui  
*Service de Réanimation Chirurgicale – Hôpital Ibn Sina Rabat*

**Introduction**

L'antibioprophylaxie en chirurgie digestive n'est plus source d'équivoque en chirurgie biliaire cependant, l'attitude n'est toujours pas codifiée et les indications plus ou moins larges. Le but de l'étude est d'analyser sur des vésicules biliaires lithiasiques simples, le profil bactériologique de la bile, afin d'évaluer la pertinence d'une antibioprophyllaxie.

**Matériel et méthodes**

Etude prospective incluant 50 malades de moins de 70 ans, opérés pour lithiasie vésiculaire non compliquée. Aucune antibiothérapie préalable n'est instaurée. La bile est prélevée sur une seringue et adressée au laboratoire de bactériologie, soit directement dans la seringue pour les 25 premiers malades, ou après ensemencement dans un milieu de culture (le même que pour les hémocultures) pour les 25 autres. Les malades sont suivis jusqu'à leur sortie à la recherche de complications infectieuses.

**Résultats**

Sur les 25 premiers prélèvements, aucun germe n'est décelé. Sur les 25 autres, la culture a révélé : trois fois un E.coli sensible aux aminopénicillines, une fois un staphylococque coagulase négative méticilline sensible, une fois un streptocoque ampicilline sensible et une fois un pseudomonas aeruginosa sensible à la pipéracilline et à la céftazidime. Aucun malade n'a présenté de complications infectieuses post opératoires.

**Discussion**

Classiquement, l'antibioprophylaxie en chirurgie biliaire est réservée aux sujets âgés, ou à ceux porteurs d'un ictère ou d'un obstacle sur la voie biliaire (1). Dans le dernier consensus de la SFAR, la distinction n'est pas faite entre ce type de malades et ceux présentant une vésicule biliaire lithiasique simple (2). Nous pensons sur la foi de notre étude, qu'une antibioprophyllaxie en cas d'une vésicule simple à moins de 70 ans n'est pas indispensable.

Pour les autres cas de figure, une étude est en cours pour évaluer l'opportunité de l'indication.

**Conclusion**

Malgré la pratique de l'antibioprophylaxie en chirurgie soit réglementée depuis plus de 40 ans, il nous semble encore utile de la réévaluer de façon régulière.

**Références**

- 1-J.-F. Acar, H. Riche, J. Aubertin. L'antibioprophylaxie en chirurgie. Cahiers de la ligue pour la prévention des maladies infectieuses. 1986 n°3.
- 2-Société française d'anesthésie et de réanimation. Recommandations pour la pratique de l'antibioprophylaxie en chirurgie. Actualisation 1999. Ann Fr Anesth Réanim 1999 ; 18 : fi 75 – 84.

33

**FACTEURS PRONOSTIQUES DES PERITONITES POST-OPERATOIRES**

T. Noure, A. Mazouzi, MA. bouderkha,  
 M. R. Lefriykh, A. Bouaggad, A. Hammoudi, A. Harti  
*Service d'Anesthésie-Réanimation- P33- CHU Ibn Rochd - Casablanca*

**Introduction :**

Les péritonites post-opératoires (PPO) sont des affections graves, responsables d'une mortalité élevée (30-77%). Le but de ce travail est d'analyser les caractéristiques cliniques, paracliniques et évolutives afin de dégager les facteurs pronostiques.

**Matériel et méthodes :**

Etude rétrospective étalée sur 6 ans, ayant inclu toutes les PPO prouvées par laparotomie. Nous avons étudié les paramètres démographiques, les scores de gravité généraux (SAPS II, APACHE II, OSF) et spécifiques (Mann Heimer peritonitis index (MPI) et le score de Linder), ainsi que les caractéristiques de la chirurgie (délai et nombre de reprises chirurgicales). L'analyse statistique a fait appel à une ANOVA avec test de Mann-Whitney pour les variables continues et le test de Yates pour les variables discontinues. Un  $p < 0,05$  était retenu comme significatif.

**Résultats :**

L'âge moyen des patients était de  $50 \pm 15$  ans avec un sex-ratio de 1,32, la mortalité globale était de 61% (n = 43). Les facteurs pronostiques évalués sont rapportés dans le tableau I.

	<b>G1 : décès n = 43</b>	<b>G2 : Survivants P n = 28</b>	<b>P</b>
Age	54 ± 14	43 ± 13,75	0,03
APACHE II	16,3 ± 4	10,7 ± 3	0,001
SAPS II	31 ± 10	20 ± 8,2	0,001
MPI	30 ± 7,14	21 ± 6	0,001
OSF	0,93 (0 à 3)	0,04 (0 à 1)	0,001
Nombre de reprise	1,54 (1 à 3)	1,28 (1 à 3)	0,138
Délai de reprise (h)	43,15 ± 55	42,5 ± 54	0,98

MPI : Mann Heimer peritonitis index

**Discussion :**

Il ressort de ce travail que l'âge avancé, les scores de gravité généraux (SAPS II, APACHE II, OSF) et spécifiques sont des facteurs pronostiques au cours des PPO. Le délai et le nombre de reprises chirurgicales n'influencent pas le pronostic contrairement à ce qui est rapporté par certains auteurs (1, 2, 3)

**Références :**

- 1- Conférences de la SFAR 1997, p : 599-618.
- 2- Khirurgiaa, jan. 1997 : 45-8.
- 3- Arch. Surg., 1983, 118 : 285-90.

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Infectiologie - Antibiothérapie*

34

**PROFIL BACTERIOLOGIQUE DES  
PERITONITES COMMUNAUTAIRES CHEZ  
L'ADULTE**

S.Y. El Alaoui\*, H. Nassik\*, R. El Harrar\*, D. Hamoudi\*,  
A. Bouaggad, M.A. Bouderkka\*, A. El Harti\*,  
H. El Faïz\*\*, N. Benissa\*\*, R. Aghzadi\*\*

\*Service de Réanimation des Urgences Chirurgicales  
\*\* Service des Urgences Chirurgicales (P35)  
CHU Ibn Rochd - Casablanca

**Introduction :**

Les péritonites communautaires (PC) sont une urgence chirurgicale fréquente de l'adulte. L'E. coli est la bactérie aérobie la plus fréquemment isolée au cours des PC. L'augmentation de la résistance d'E. coli à l'amoxicilline seul ou à l'association à l'acide clavulanique pose le problème de choix de traitement empirique.

**But de travail :**

Déterminer l'épidémiologie et le profil de résistance des germes isolés au cours des PC.

**Patients et Méthodes :**

Etude prospective réalisée au service des urgences chirurgicales sur une durée de six mois. Toute PC avec prélèvement peropératoire a été incluse. Les données démographiques, cliniques, et les données microbiologiques (identification et antibiogramme) ont été recueillies.

**Résultat :**

34 patients ont été inclus (M : 23 / F : 11) dont l'âge moyen était de  $35 \pm 13$  ans. 47% des patients avaient une péritonite appendiculaire, 32% une péritonite par perforation d'ulcère (PPU). 50% des patients avaient un prélèvement stérile dont 53% sont des péritonites par PPU. L'E. coli a été isolé chez dix patients (29,4%), les anaérobies ont été retrouvés chez quatre patients et germes divers dans 34% des cas (Pseudomonas, Entérobacter, Staphylocoque, Klebsiella...). Le taux de résistance d'E. coli aux Aminopénicilline est de 60% des cas et de 32,5% vis-à-vis de l'association amoxicilline-acide clavulanique (AAC). Neuf complications ont été révélées : six cas de suppuration de parois, deux cas de CIVD et un cas de péritonite postopératoire. Le taux de décès était de 8,8%.

**Discussion :**

le choix probabiliste de l'AAC même associé à la Gentamicine (100% de sensibilité) au cours des PC connaît de plus en plus des résistances, ce qui devrait nous conduire à revoir la politique de l'antibiothérapie au cours des PC.

35

**QUEL EST L'IMPACT DIAGNOSTIQUE ET  
THERAPEUTIQUE D'UNE  
HEMOCULTURE?**

R. Al Harrar, A. Amtoun, Y. Wahabi,  
M.A. Bouderkka, A. Harti

*Département d'Anesthésie- Réanimation - CHU Ibn Rochd - Casablanca*

**Introduction:**

En réanimation, devant tout malade présentant des signes d'infection nosocomiale, la prescription d'hémoculture presque systématiquement se fait en cas de fièvre ou frissons. La question que nous posons dans cette étude, qu'elle est l'impact diagnostique et thérapeutique d'une telle prescription ?

**Matériel et méthodes :**

Etude prospective ouverte, réalisée au service de réanimation, évaluant la prescription d'hémoculture : le délai de réponse, le nombre de l'hémoculture positive, l'impact thérapeutique, l'évolution de l'infection nosocomiale.

**Résultats:**

Nous avons réalisé 199 séries de 3 hémocultures (597 hémocultures) chez 54 malades hospitalisés en réanimation. Le délai de réponse était de 5 jours. La moitié des séries ont été réalisées chez des malades sous antibiotiques. La durée moyenne de recherche de germe était de 7,2 jours. Le nombre d'hémocultures positives était de 15%. Chez 48 malades, (88%), l'hémoculture n'avait aucun impact thérapeutique. Trente trois p.cent des malades ont fait des bactériémies passagères dont l'évolution était bonne sans traitement. L'évolution de l'infection nosocomiale était bonne chez 85% des malades.

**Discussion:**

La plupart des bactériémies sont intermittentes. Le pourcentage de trouver un germe est très réduite par l'hémoculture. Lorsque l'hémoculture est positive, l'attitude thérapeutique est toujours discutée.

*Référence : MAPAR, 1999, P : 335-342.*

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Infectiologie - Antibiothérapie*

36

**SYNDROME DE DETRESSE RESPIRATOIRE  
AIGUË DE L'ADULTE (SDRA) AU COURS  
DE LA LEPTOSPIROSE (ETUDE DE TROIS  
OBSERVATIONS)**

L.Belyamani, M.Drissi, H.Azendour, H.Balkhi, CH.Haimeur  
,N.Drissi Kamili , M.Dimou , M.Atmani

*Service d'anesthésie réanimation, Hôpital Militaire Mohamed V, Rabat Maroc*

**Introduction :**

La leptospirose est une anthroponose plus communément appelée WEILS disease . Bien que l'atteinte respiratoire ne fasse

pas partie des critères de formes graves par Bazin (journée de réanimation de l'hôpital L.Bernard.Paris 1970 6 -98) , de nombreux cas d'hémoptysies massives et de SDRA mettant en jeu le pronostic vital ont été décrits depuis une dizaine d'année.

**Matériel et méthodes :**

Etude rétrospective recherchant parmi les cas de leptospirose ictéro -hémorragique(LIH) admis au service réanimation sur

une période de trois ans allant de 1996 au 1998 , les patients ayant présenté des critères définissant le SDRA .

**Résultat :**

Pendant cette période nous avons colligé trois cas de SDRA directement liés à une LIH. L'âge moyen est de  $46 \pm 4$  ans , une porte d'entrée cutanée a été retrouvée chez tous les patients , ainsi que la sérologie de Martin et Petit .l'évolution a été fatale chez les trois patients.

**Discussion et conclusion :**

L'atteinte pulmonaire représente 20 à 70 % des LIH , elle pose surtout un problème diagnostique dans les formes incomplètes .la fréquence du SDRA est estimée entre 10 à 40 % , dont le mécanisme physiopathologique est multifactoriel(SIRS) , les études anatomo-pathologiques ont montré la présence des hémorragies intra - alvéolaires ainsi que des macrophages avec des antigènes leptospiraux (Am.j.Med.56(2),1997,pp :181-187). La rapidité et le caractère imprévisible de son apparition et de son évolution constituent un facteur qui assombrit le pronostic. ( Rev ,Mal,Resp,1998,15, 61 - 67 )

## JOURNEES DU PRINTEMPS DE LA STAAR

**18 MAI 2002 A Tunis**

### ANESTHESIE LOCOREGIONALE

- Le midazolam en intrathécal
- Jusqu,ou peut on réduire les doses d,anesthésiques locaux en intrathécal?
- Rachianesthésie continue: place actuelle
- Les blocs périphériques en anesthésie ambulatoire: produits, doses, précautions
- La ropivacaine chez l,enfant
- Adjuvants aux anesthésiques locaux chez l,enfant

### DOULEUR ET ANALGESIE

- Controverse sur l,analgésie péridurale continue en obstétrique
- Analgésie loco-régionale périphérique des membres
- Kétamine et épargne morphinique
- Place des anti -Cox2 dans l,analgésie post-opératoire
- L,adénosine: nouvelle molécule dans l,analgésie post-opératoire?

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Anesthésie Loco-Régionale*

37

**COMPARAISON BLOC PENNIEN VERSUS  
ANESTHESIE GENERALE POUR  
L'ANESTHESIE DE LA CIRCONCISION  
CHEZ L'ENFANT**

Hatim Ghabane, L. Safi, H. Eljalil, Y. Kamouss, A.  
Baite, S. Lalaoui, N. Drissi K., M. Atmani

*Service d'anesthésiologie Hôpital Militaire Mohamed V Rabat*

**Introduction :**

Le bloc pénien constitue une technique de choix pour l'anesthésie de circoncision chez l'enfant. Nous avons développé cette technique et nous avons voulu connaître ses avantages par rapport à l'anesthésie à l'halothane et N<sub>2</sub>O.

**Patients et méthodes :**

étude prospective non randomisée sur des enfants ASAI programmés pour une circoncision en ambulatoire. 20 enfants non prémédiqués repartis en 2 groupes ont été anesthésiés pour circoncision. Groupe 1 (n =10) anesthésie générale aux gaz halothane et protoxyde d'azote. Groupe 2 (n=10) bloc pénien avec un mélange Xylocaïne non adrénalinée 2% et marcaïne isobare à 0,25% à la dose de 0,2ml/Kg. après anesthésie légère à l'halothane. L'administration d'antalgiques est systématique pour le groupe 1 Les données recueillies sont : l'âge des enfants, la durée de l'anesthésie, la consommation des gaz anesthésiques, la qualité du réveil ( agitation, pleurs ), la reprise de la marche, l'incidence des vomissements et la satisfaction de la famille.

**Résultats :**

Il n'existe pas de différence significative sur l'âge entre les 2 groupes : 5 ans+ 3 G1 , versus 4,5 ans +3 G2.. La durée de l'anesthésie est de 15 min + 3min G1 versus 18mn+ 2 G2. La consommation des gaz anesthésiques a été plus importante dans le G1 halothane 1 à 1,5% N<sub>2</sub>O 60% alors que le G2 : halothane 0,3%, N<sub>2</sub>O 40%. Il existe une différence très significative au niveau de la qualité du réveil. G1 agitation et pleurs au réveil dans 100% des cas alors que dans le G2 réveil calme et pleur dans 10% des cas. La reprise de la marche est meilleure dans le G2 que le G1. Aucun incident de vomissement n'a été constaté dans les 2 groupes. Les familles ont été contentes de voir leur enfant quitter le bloc sans pleurer dans le G2

**Discussion :**

Le bloc pénien a des avantages par rapport à l'anesthésie générale essentiellement sur la consommation des gaz anesthésiques et la qualité de l'analgesie postopératoire au réveil.

**Conclusion :**

Le bloc pénien est une technique simple qui est à conseiller dans l'anesthésie pour circoncision. pour ses nombreux avantages.

38

**LEVER PRECOCE VS DECUBITUS DORSAL  
STRICT POST-RACHIANESTHESIE**

R.Hssaïda, M.Zoubir, K.Egulaa, R.Seddiki., M.Boughalem

*Service d'anesthésie réanimation - HMA Marrakech Maroc*

**Introduction**

Les céphalées post-rachianesthésie sont fréquents et constituent souvent une limite chez le sujet jeune. Le décubitus dorsal strict est largement préconisé en post-opératoire sans qu'il y ait une preuve formelle.

Le but de ce travail est de démontrer si le lever précoce influence la survenue de céphalées post-rachianesthésie

**Matériel et méthodes**

Etude prospective randomisée. Critère d'inclusion : Patients ASAI et II, chirurgie sous ombilicale. Protocole d'induction standardisé : Position assise, trocart 25G ; bupivacaine 15mg, fenta25ug. Randomisation : 1<sup>o</sup>groupe (100 cas) : lever précoce ; 2<sup>o</sup> groupes (80 cas) : décubitus dorsal strict pendant 24H. les céphalées sont notées(intensité, délai, évolution). Les résultats sont analysés par le testX<sup>2</sup>.

**Résultats**

180 malades sont inclus, âge : 41 ±6, sexe ratio :8. Il n'existe pas de différence concernant l'âge, le poids ou la durée d'intervention. La fréquence des céphalées était respectivement : 4% et 6,25%. Le délai moyen de survenue était de 26H. Les céphalées étaient modérées dans la plus part des cas, n'ayant pas nécessité une hospitalisation prolongée. Les auteurs ont conclu qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes (p •0,05)

**Conclusion**

Cette étude montre que le lever précoce ne favorise pas la survenue de céphalées post-rachianesthésie. Cette attitude permet d'éviter l'inconfort et les complications du décubitus prolongé.



**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Anesthésie Loco-Régionale*

39

**SYNDROME DE LA QUEUE DE CHEVAL  
APRÈS RACHIANESTHÉSIE À LA  
BUPIVACAÏNE**

Ch. El Mourabit, A. Caidi, J. Bayali, H. Chikhaoui,  
S. Kabbaj, H. Ismaili, W. Maazouzi

*Service d'Anesthésie-Réanimation – Hôpital des spécialités Rabat*

**Introduction :**

Le syndrome de la queue de cheval (SQC) est une complication neurologique décrite après rachianesthésie à la lidocaïne, chlorprocaine et rarement la bupivacaïne. Il est souvent rapporté à une toxicité des AL injecté par voie intrathécale. Les auteurs rapportent un cas de SQC survenu après rachianesthésie chez un patient qui s'est révélé être porteur d'une fistule artériovéineuse durale rachidienne.

**Observation :**

Il s'agit d'un homme de 55 ans opéré pour tumeur de la cuisse droite sous rachianesthésie à la bupivacaïne. Il développe progressivement un syndrome de la queue de cheval qui l'amène à consulter au 20<sup>e</sup> jour. La TDM lombaire est normale. Une albuminorachie franche sans réaction cellulaire est trouvée à la ponction lombaire. L'EMG montre une atteinte polyradiculaire de L3 à S5. L'hypothèse de la neurotoxicité de la bupivacaïne est retenue. Devant la persistance du SQC, une IRM médullaire est demandée; elle révèle une fistule artériovéineuse durale ; rachidienne avec souffrance médullaire. Le traitement chirurgical est suivi de succès.

**Discussion :**

Les auteurs discutent à la lumière de la littérature les différents mécanismes évoqués pour expliquer les complications neurologiques (2). La nécessité d'investigations poussées, notamment l'IRM médullaire, en cas de déficit neurologique persistant après rachianesthésie, avant de conclure à une neurotoxicité des anesthésiques locaux, est soulignée (1,3)

**Références**

- 1- Rigler ML. Cauda equina syndrome after continuous al anesthesia. *Anesth Analg* 1991; 72 : 275 – 281.
- 2- Gemma M. Neurologic symptoms after epidural anaesthesia. Report of three cases. *Acta Anaesthesiol Scand* 1994; 38 : 742-743.
- 3- Sghirlanzoni A. Spinal arteriovenous fistula. *A. Anesthesia* 1989.

40

**PEUT-ON OPTIMISER LE BLOC ILIO-  
FASCIAL CHEZ L'ADULTE PAR LA  
NEUROSTIMULATION ?**

Marmech M., Kaabi B., Kamoun W., Houissa M., Othmani M.,  
Daoud A.

*Service d'Anesthésie-Réanimation. CHU Charles Nicolle – Tunis*

**Introduction :**

Les blocs antérieurs du plexus lombaire sont des techniques analgésiques simples proposées pour la chirurgie proximale des membres inférieurs. Chez l'enfant, le bloc iliofascial est le plus courant car doté d'une efficacité analgésique remarquable (*Anesth. Analg.* 1989; 69 :705-13)

L'évaluation, chez l'adulte, du bloc ilio-fascial tel qu'il a été décrit par Dalen (sans neurostimulation) ne retrouve pas la même efficacité analgésique que chez l'enfant.

Le but de cette étude est d'évaluer chez l'adulte, l'intérêt de l'association d'une neurostimulation à la technique de repérage décrite par Dalens chez l'enfant.

**Patients et méthodes :**

Il s'agit d'une étude prospective ouverte incluant 33 patients consécutifs, consentants, proposés pour une chirurgie orthopédique du segment proximal du membre inférieur.

Le bloc est réalisé en préopératoire, sur un patient en décubitus dorsal, le membre à opérer en abduction modérée, le point de ponction est situé à 0,5 cm en dessous de l'union du 1/3 externe-2/3 interne du pli de flexion de la cuisse. La ponction est réalisée à l'aide d'une aiguille de 50mm reliée à un neurostimulateur. Un premier ressaut est perçu lors du passage du fascia lata puis un deuxième ressaut traduit le franchissement du fascia iliaque. La solution anesthésique (0,4ml/kg) faite d'un mélange à parts égales de bupivacaïne à 0,5% et de lidocaïne à 2% adrénalinée au 1/200 000 est injectée lentement après obtention d'une ascension de la rotule persistante à une faible intensité de neurostimulation. Nous avons évalué le nombre de territoires sensitifs bloqués ainsi que les caractéristiques techniques du bloc.

**Résultats :**

L'âge moyen des patients était de 53±23 ans avec un sex ratio de 1,2. Le poids moyen était de 62±21 kg, la taille moyenne de 164±8 cm. La majorité des patients étaient classés ASA I (73%) Le nerf fémoral était bloqué dans 91% des cas, l'obturateur chez 94% des patients et le cutané latéral de la cuisse dans 66% des cas. L'espace d'injection était situé à une profondeur moyenne de 28±11 mm, l'intensité de neurostimulation était de 0,33±0,13 mA. Le temps de réalisation du bloc était de 6±3min et son délai d'installation de 9±3 min. Aucun incident n'a été relevé.

**Discussion :**

L'association d'une neurostimulation permet d'optimiser le bloc ilio-fascial chez l'adulte en améliorant le taux de succès sur le territoire obturateur (face interne de la cuisse et du genou). Cette technique simple paraît adaptée à la chirurgie orthopédique du segment proximal du membre inférieur chez l'adulte.

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
 Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Anesthésie Loco-Régionale*

41

**PETHIDINE vs BUPIVACAÏNE EN  
 INTRATHECAL POUR CHIRURGIE  
 UROLOGIQUE BASSE**

Marmech M., Ben Nasr K., Bel Hadj N., Jaber H.,  
 Houissa M., Daoud A.

*Service d'Anesthésie-Réanimation. CHU Charles Nicolle – Tunis*

**Introduction :**

La péthidine est le seul morphinomimétique ayant une activité clinique d'anesthésique local. Le but de cette étude est d'évaluer l'efficacité anesthésique et les effets secondaires de la péthidine en intrathécal comparativement à ceux de la bupivacaïne dans la chirurgie urologique basse.

**Patients et méthodes :**

Il s'agit d'une étude prospective randomisée en simple aveugle incluant 50 patients consécutifs de statut physique ASA I ou II proposés pour chirurgie urologique basse. Ces patients sont randomisés en 2 groupes pour recevoir en intrathécal soit 10mg de bupivacaïne à 0,5% isobare (groupe B) soit 0,5 mg/kg de péthidine diluée dans du sérum physiologique (groupe P). Dans les 2 groupes le volume injecté est de 2 ml. Nous avons relevé le niveau sensitif le plus haut atteint et le délai de son obtention, le niveau sensitif médian, le délai d'obtention d'un niveau T10, le délai de régression de 2 métamères, le délai de récupération d'un niveau S2 et le score de Bromage au moment du niveau sensitif le plus haut. Nous avons également relevé la pression artérielle moyenne (PAM), la fréquence cardiaque (FC) avant et au cours de la rachianesthésie, la dose moyenne d'éphédrine administrée ainsi que les éventuelles complications per et postopératoires. L'analyse statistique a été réalisée par les tests de Student, chi2 et Fischer avec un seuil de signification de 5%.

**Résultats :**

Les 2 groupes étaient comparables sur le plan de l'âge, du sexe, du poids, de la taille, du statut physique ASA et de la durée de la chirurgie. Il en est de même pour la PAM et la FC moyennes initiales. Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes concernant la fréquence et la profondeur de l'hypotension ainsi que la dose moyenne d'éphédrine administrée. La baisse de la FC était significativement plus marquée dans le groupe B (p <0,001). Le niveau sensitif le plus haut atteint était T4 dans les 2 groupes avec un niveau médian T8 dans le groupe B et T7 dans le groupe P. Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes dans le délai d'obtention d'un niveau T10 et T4 ni dans le délai de régression de 2 métamères (69±41min versus 45±23min) par contre le délai de récupération d'un niveau S2 était significativement plus long dans le groupe B (215± 46min versus 91± 26min). L'incidence d'un bloc moteur complet était faible dans les 2 groupes. La sédation, le prurit, les nausées et les vomissements étaient significativement plus fréquents dans le groupe P. Un échec de la rachianesthésie était relevé dans chaque groupe. Aucun cas de dépression respiratoire n'a été observé.

**Discussion :**

La péthidine en intrathécal paraît aussi efficace que la bupivacaïne dans la chirurgie urologique basse cependant elle expose à un risque plus élevé d'évènements indésirables sans bénéfice hémodynamique notable.

42

**PLACE DE LA CLONIDINE DANS LE  
 TRAITEMENT DES FRISSONS PENDANT LA  
 RACHIANESTHESIE**

Kaddour C<sup>1</sup>, Belhoula M<sup>1</sup>, Nefaa N.N.<sup>1</sup>, Magherbi H<sup>2</sup>  
 ,Skandrani L<sup>2</sup>

*1 Service d'anesthésie-Réanimation I.N.N.*

*2 Service d'Anesthésie Réanimation C.M.N.T.*

**Introduction :**

Le frisson post anesthésie constitue une expérience douloureuse pour le patient et peut provoquer des effets défavorables sur le plan hémodynamique. La clonidine IV (30-90 µg) diminue la fréquence des frissons sous anesthésie péridurale. Le but de cette étude est de comparer l'efficacité de la clonidine versus placebo dans le traitement du frisson sous rachianesthésie.

**Matériel et méthodes :**

C'est une étude randomisée prospective d'une durée d'un an dans un département de chirurgie générale. 50 patient consécutifs bénéficiant d'une rachianesthésie ont été inclus. La fréquence cardiaque, la tension artérielle et la température ont été enregistrés chaque 5 minutes. Une cotation des frissons a été établie (Tableau 1) et traitée avec 1 ml de clonidine IV (0.75 µg) ou bien 1ml de sérum salé isotonique selon un protocole en double aveugle. L'injection est renouvelée 5 minutes plus tard si le frisson persiste. L'efficacité du traitement a été estimée selon les critères figurant au tableau 2. Les résultats exprimés en moyenne et pourcentage ont été comparés selon les tests de Fisher et de Student

Frisson	Quotation	Effet du tt	Quotation
Très intense	3	Abolition	2
Cliniquement visible	2	Diminution	1
Interférence ECG	1	Pas d'effets	0
Pas de frisson	0		

Tableau 1

Tableau 2

**Résultats :**

10 patients (20%) ont présenté des frissons qui sont apparus en moyenne 30 mn après le début de la rachianesthésie. Les 2 groupes sont comparables par l'intensité du frisson et le degré de température (36,5°C). La clonidine a entraîné l'abolition du frisson dans 80%. Ce pourcentage est supérieur aux effets du placebo (20%). Il n'a pas été noté d'épisodes d'hypotension ou de bradycardie.

**Conclusion :**

Pendant la rachianesthésie, la clonidine (75-150 µg) aboli le frisson ( sans effets secondaires) dans 80% des cas

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
 Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Anesthésie Loco-Régionale*

43

**COMPARAISON DE DEUX DOSES DE  
 BUPIVACAINE DANS LA  
 RACHIANESTHESIE POUR CESARIENNE**

Ben Meftah R <sup>(1)</sup>, Guerhazi M <sup>(1)</sup>, Hdiji B <sup>(1)</sup>, Mebazaa M <sup>(1)</sup>,  
 Bouhaja B <sup>(1)</sup>, Ben Ammar MS <sup>(1)</sup>  
 N Ben Aissia <sup>(2)</sup>, MF Gara <sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Service d'Anesthésie-Réanimation-Urgences - <sup>(2)</sup> Service de Gynécologie  
 CHU Mongi Slim LA MARSIA - TUNISIE

**Introduction :**

L'hypotension survenant après rachianesthésie (RA) pour césarienne reste fréquente. L'adjonction de morphiniques est synergique sur le bloc sensitif sans intensifier le bloc sympathique. Nous partons dans cette étude de l'hypothèse qu'avec 7,5mg de bupivacaine, l'incidence de l'hypotension sera diminuée sans compromettre la qualité de l'anesthésie.

**Matériel et méthode :**

Etude prospective, en double aveugle, incluant 50 patientes ASA I ou II proposées pour césarienne. Randomisation en deux groupes: Gr 1 (n=25) : 10mg de bupivacaine et Gr 2 (n=25) : 7,50mg avec adjonction des mêmes doses de morphiniques (25 µg de fentanyl et 100 µg de morphine). Exclusion des patientes présentant un facteur pouvant interférer avec la pression artérielle (PA). Les hypotensions (PAS<95mmHg et/ou diminution de 25%) imposent l'administration de 6 mg d'éphédrine (EPH). La PA, le pouls, les blocs sensitif (BS), moteur (BM) (échelle de Bromage), la douleur peropératoire (échelle visuelle analogique : EVA), la survenue de nausées-vomissements (NV), l'administration d'EPH seront notés. A la salle de surveillance postinterventionnelle on notera la satisfaction globale de la patiente, la survenue de douleur (EVA), les temps nécessaires à la récupération d'un niveau sensitif à T10 et d'une échelle de Bromage à 0. En cas d'insuffisance de la RA on aura recours au fentanyl en intraveineux.

**Résultats :**

Les 2 groupes sont comparables du point de vue données démographiques, durée d'intervention. Une insuffisance anesthésique, nécessitant le recours au fentanyl IV est survenue chez une seule patiente du groupe 2. Les doses d'EPH utilisées sont significativement plus élevées dans le groupe 1 : 39 ±22 mg vs 20 ±13,6 mg ; p=.001. Le pourcentage de BS maximal supérieur à T4 et l'intensité du BM (Bromage 0-1-2-3) sont plus élevés dans le groupe 1 : respectivement 56% vs 0% p<.001 et (0-0-0-25) vs (0-2-12-11) ; p<.001. Les temps de récupération d'un niveau sensitif à T10 et d'un Bromage à 0 sont nettement plus prolongés dans le groupe 1 : respectivement 132,4min±/±38 vs 97,7 ±24 et 141,7min ±30 vs 85,6 ±25 ; p<.001. L'incidence des nausées et de vomissements est nettement plus élevée dans le groupe 1 : nausées: 64% vs 20% et vomissements 40% vs 4% (p<0,01). Le taux de satisfaction des patientes est meilleur dans le groupe 2 : 88% vs 60% ; p= 0.01.

**Discussion :**

Sans altérer la qualité de l'anesthésie, la rachianesthésie à 7,5 mg de bupivacaine permet de diminuer les répercussions hémodynamiques et les effets secondaires (nausées, vomissements). Les résultats de notre étude sont semblables aux résultats des études précédentes (Ben David B. Reg Anesth Pain Med 2000 ; 25 : 235-239 et Choi DH. Reg Anesth Pain Med2000 ; 25 : 240-245).

**Conclusion :**

Au vu de ces résultats, l'utilisation, dans la césarienne, de la rachianesthésie avec 7,5 mg de bupivacaine à 0,5% associée aux morphiniques est largement justifiée.

44

**INFILTRATION LOCALE DE LIDOCAINE vs  
 APPLICATION DE LA CREME EMLA5%  
 POUR CANNULATION RADIALE**

Koisli K <sup>1</sup>, Ben Ayed S <sup>1</sup>, Ketata A <sup>2</sup>, Maatoug M <sup>1</sup>, Bahloul H <sup>1</sup>,  
 Frikha I <sup>2</sup>, Kaoui A <sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service d'Anesthésie-Réanimation  
<sup>2</sup>Service de Chirurgie cardio-vasculaire  
 CHU Sfax - Tunisie

**Introduction**

L'objectif de cette étude prospective, ouverte et randomisée a été d'évaluer l'efficacité de l'application d'une crème anesthésique de lidocaïne-prilocaine versus infiltration locale de 1ml lidocaïne à 2% pour canulation de l'artère radiale .

**Matériel et méthodes :**

Après accord du comité d'éthique local et consentement éclairé, 32 patients consécutifs de 20 à 60 ans, programmés pour chirurgie cardiaque ou vasculaire, en rythme sinusal et avec test d'ALLEN positif des 2 côtés ont été randomisés en 2 groupes ; G1 (EMLA n=15) On applique une quantité suffisante ( demi tube ) de crème EMLA 5% deux heures avant la canulation et on recouvre la crème par un pansement adhésif ; G2 ( INFILTRATION n=17) : L'infiltration est réalisée 5mn avant canulation utilisant 1 ml de lidocaïne 2 % avec obligatoirement une seringue à insuline. Les critères d'exclusion : Allergie aux anesthésiques locaux, trouble psychiatrique et prise d'analgésique. On a relevé le temps d'insertion (Ti) en mn, le nombre d'essai de canulation (Nb c), l'échelle numérique simple (ENS : Verbal numerical scale : Le patient indique par une note de 0 à 10 l'intensité de sa douleur : 0=pas de douleur , 10= douleur extrême) au moment de l'infiltration (ENSi) et de la canulation de l'artère radiale(ENS c). On a noté la pression (PA) et la fréquence cardiaque (FC) avant et après canulation ainsi que les effets indésirables (rougeur ou pâleur locale, démangeaisons, brûlure) et la nécessité d'une infiltration supplémentaire (isuppl) . Tests statistiques Chi deux et ANOVA (\* p<0,05 retenu significatif )

**Résultats :**

Les données démographiques et la durée de chirurgie sont comparables entre les 2 groupes .

Tableau I : Paramètres relatives à la canulation

	Ti	Nbc	ENSc	Isuppl	PAMc	FCc
G1	4.38	1.73	4.4	4/15	88.8	85.4
G2	8.76	2.47	1.76	5/17	90.4	77.7
P	0.22	0.12	0.005*	0.8	0.69	0.24

Aucun effet indésirable n'a été enregistré

**Discussion :**

La canulation de l'artère radiale après infiltration de lidocaïne est significativement moins douloureuse qu'après application de la crème EMLA 5% . En revanche la canulation après crème EMLA 5% est plus rapide (4,38 vs 8,76 mn).

**Références :**

*Anesth Analg*, 1998 ;87 (8) : 403-6

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Anesthésie - Chirurgie*

45

**ANESTHESIE POUR CHIRURGIE DE  
REVASCULARISATION MYOCARDIQUE  
COEUR BATTANT VS CEC**

K.Jabrani, D.Ibat, H.Azendour, M.Arji  
*Service Anesthésie Réanimation CCV - HMIMV Rabat*

**Introduction :**

La chirurgie de revascularisation myocardique a connu de nouveaux essors avec l'avènement de nouvelles techniques telle le pontage aortocoronarien à coeur battant (1). Le but de ce travail est de rapporter à la lumière des débats actuels les résultats d'une série de malades ayant subi une anesthésie pour pontage coronaire avec ou sans CEC.

**Matériel et méthodes :**

Etude rétrospective de janvier 2000 à décembre 2001. Ont été relevés les différents paramètres cliniques para cliniques et évolutifs des patients opérés pour pontage coronaire avec ou sans CEC.

**Résultats :**

	CEC (n = 29 )	Coeur battant (n = 21)
Age (ans)	55.3 ± 8.6	55.4 ± 12.7
FE moyenne	55 ± 16	35 ± 15
IRA	3	1
Tr hémostase	3	1
Tr rythme	3	2
Ischémie Myocardique 1	-	-
Mortalité	3	-

Taux de Conversion CB - CEC = 5 %

**Commentaire :**

La chirurgie pour pontage coronaire à coeur battant permet de diminuer l'incidence des complications périopératoire surtout celles liées à la CEC.

**Bibliographie:**

1. ARNO P.NIERICH *anaesthesia and off-pump coronary artery bypass grafting perioperative management and outcome, editor bard Jansen 2000.*

46

**LES COMPLICATIONS  
NEUROPSYCHIQUES EN CHIRURGIE  
CARDIAQUE SOUS CIRCULATION  
EXTRACORPORELLE**

D.Ibat, K.Jabrani, H.Azendour ,M.Arji  
*Service Anesthésie Réanimation CCV - HMIMV Rabat*

**Introduction :**

Les complications neuropsychique sont des complications fréquentes en chirurgie cardiaque, certains facteurs de risque (âge élevé ; antécédents neurologiques atteints polyartérielle ...) ont été incriminés. Cependant la circulation extracorporelle est rendue responsable d'un grand nombre de ces complications.

**Objectif :**

Le but de cette communication est d'étudier les principaux facteurs de risque et de recherche des indices prédicteurs des complications neuropsychiques.

**Matériel et méthodes :**

Il s'agit d'une étude rétrospective couvrant l'année 2001 concernant 142 patients opérés à coeur ouvert. Nous avons recherché deux types de complications neuropsychiques :

- Déficit neurologique (STROKE).
- Troubles de comportements.

On été exclu de notre étude les malades ayant :

- Des antécédents neurologiques (AVC, Parkinson, Démence....)
- Trouble neurologique survenu au delà de la 24 éme heure.
- Les accidents neurologiques des anticoagulants.

**Résultats :**

Les complications neuropsychiques sont survenus chez 08 patients (5,6%) et sont reparties comme suit :

- Un accident vasculaire cérébral ischémique
- Deux accidents vasculaires cérébraux transitoires.
- Cinq troubles de comportements

Les facteurs de risques retrouvés chez nos malades sont :

- L'atteinte athéromateuse polyartérielle (coronaropathie et atteinte carotidiennes bilatérale chez un malade et unilatérale chez deux autres)
- L'âge avancé (âge moyen est de 65 ans)
- La circulation extracorporelle de longue durée
- L'instabilité hémodynamique chez cinq malades.

**Discussion :**

Les complications neuropsychiques post opératoires en chirurgie cardiaque à coeur ouvert sont considérées parmi les causes les plus importantes de la morbi-mortalité. Ces complications sont dans la plupart des cas multifactorielles (nos malades ont plus de deux facteurs de risques).

**Bibliographie :**

*Carrascal et coll : complications neurologiques après CEC ; J Eur Neuro 1999 ;41 :128-134.*  
*Smith P.L et coll : Cerebral consequences of cardiopulmonary bypass. Lancet, 823-825, 1996.*

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
 Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Anesthésie - Chirurgie*

47

**LA CHIRURGIE POUR CATARACTE PEUT ELLE ETRE REALISEE EN AMBULATOIRE DANS NOTRE HOPITAL ?**

A.Caidi, Ch. El Mourabit, H. Chikhaoui, S. Kabbaj, H. Ismaili, W. Maazouzi

*Service d'Anesthésie-Réanimation – Hôpital des spécialités Rabat*

La chirurgie de la cataracte se prête tout à fait au mode ambulatoire. : Chirurgie de courte durée, réalisée sous ALR et ayant des suites simples (1).

**Le but de l'étude :**

Déterminer la faisabilité en ambulatoire de ce type de chirurgie à l'hôpital des Spécialités de Rabat.

**Matériel et méthode :**

Chez 100 patients vus en consultation d'anesthésie sont précisés: le terrain, le niveau socio économique et intellectuel des patients, la disponibilité d'un accompagnant, l'existence d'une structure apte à gérer une éventuelle complication postopératoire et le désir du patient de bénéficier ou non d'une prise en charge en ambulatoire.

**Résultats :**

L'âge moyen de nos patients est de 64ans (45 ans-95 ans). 42 hommes et 58 femmes. 56 patients sont ASAI (28 HTA, 11 diabétiques, 5 asthmatiques, 6 coronariens, 6 ont une association HTA-diabète).

Un niveau socio économique jugé bas est noté chez 57 patients. 85 sont analphabètes. Une compréhension suffisante n'est notée

que chez 34 patients. 86 patients sont accompagnés. 44 patients sont à plus d'une heure de voiture de l'hôpital et 91 utilisent les transports en commun. 69 patients sont facilement joignables. Seuls 36 patients logent à proximité d'une structure médicale apte à leurs prodiguer les 1<sup>ers</sup> soins. Enfin, 57 patients uniquement acceptent le principe de prise en charge en ambulatoire

**Discussion :**

Les conditions d'une prise en charge d'une chirurgie pour cataracte en ambulatoire ne sont pas remplies. Seul 13 des patients répondent au profil correspondant aux recommandations de la SFAR (2). Afin de soulager l'hôpital de l'afflux massif de patients prévus pour cure de cataracte, l'organisation de campagnes en périphérie proche des lieux d'habitation semble être la solution adéquate.

**Références :**

- 1-LJ Dupre. L'opéré ambulatoire JEU 1999
- 2- Recommandations SFAR 1994

48

**IMPACT D'UNE STRATEGIE TRANSFUSIONNELLE EN NEUROCHIRURGIE.**

Ch. El Mourabi , A.Caidi, M. Afilal, S. Kabbaj, H. Ismaili, W. Maazouzi

*Service d'Anesthésie-Réanimation – Hôpital des spécialités Rabat*

La transfusion en neurochirurgie (NCH) est loin d'être négligeable (1). Depuis 2000, une nouvelle stratégie transfusionnelle a été adoptée à l'hôpital des Spécialités Rabat (HSR) en vue d'améliorer la sécurité transfusionnelle et d'optimiser l'économie de sang.

**But :**

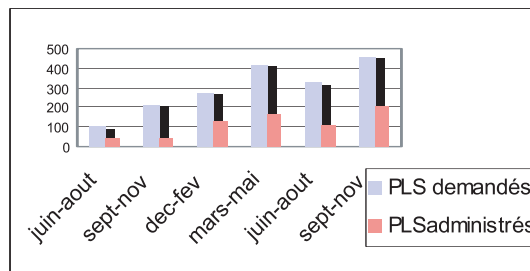
Analyser la consommation des produits sanguins labiles (PSL) en NCH de juin 2000 à Décembre 2001 en tenant compte de la quantité de PSL demandée et celle réellement administrée.

**Matériel et méthode :**

Tout patient chirurgical susceptible d'être transfusé doit être muni d'une carte de donneur (don de sang de la part de sa famille). La veille de l'intervention le groupage, la demande de PLS et la RAI sont effectués. Les pochettes sont alors réservées et gardées à l'antenne de transfusion durant 48h. Elles sont délivrées uniquement en vue d'une transfusion immédiate (disponibilité d'une navette en permanence).

**Résultats :**

1380 patients ont été opérés en NCH, une demande de PLS été faite chez 595 malades (43.1%), elles ont été toutes satisfaites. Seuls 19.5% des patients (250) ont été transfusés. Sur 1157 pochettes demandées, 316 ont été réellement administrées



**Discussion :**

Contrairement à l'ancienne méthode de gestion de PSL, les demandes de sang sont toutes satisfaites (2). La mise en place d'une antenne de transfusion et notre nouvelle politique de gestion du sang nous a permis d'économiser environ 75% de PSL (841 pochettes) soit 500000 Dh en une année et demie (prix d'une pochette 600 Dh).

**Références :**

- 1-Khalid, K. Besoins transfusionnels en Neurochirurgie SMAR 2001.
- 2- H. Ismaili. Pratique transfusionnelle à l'hôpital des spécialités SMAR 1995.

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Anesthésie - Chirurgie*

49

**PREVENTION DU SAIGNEMENT DANS LA  
CHIRURGIE DE LA VALVE MITRALE :  
COMPARAISON DE L'ACIDE  
TRANEXAMIQUE AUX FAIBLES DOSES  
D'APROTININE**

D.Ibat, K.Jabrani, H.Azendour, M.Arji  
*Service Anesthésie Réanimation CCV - HMIMV Rabat*

**Introduction :**

Malgré les progrès réalisés dans la technologie biomédicale et une meilleure connaissance de la physiopathologie de la CEC, le saignement demeure une préoccupation constante en chirurgie cardiaque. L'usage des antifibrinolytiques permet de minimiser le risque transfusionnel en diminuant le saignement.

**Objectif :**

Le but de cette étude est de comparer l'effet de l'acide tranexamique aux faibles doses d'aprotinine dans la chirurgie de la valve mitrale en terme de pertes sanguines et des besoins transfusionnel.

**Matériel et méthodes :**

Il s'agit d'une étude rétrospective concernant deux groupes de 50 patients opérés d'une valvulopathie mitrale isolée. Le premier groupe (AT) a reçu 30 mg/kg de l'acide tranexamique et le second groupe (AP) a reçu 5000.000 UIK d'aprotinine. Les pertes sanguines par les drains sont quantifiées aux différents temps durant les premières 24 heures post circulation extra-corporelle ainsi que le taux des plaquettes et du fibrinogène. Le recours à la transfusion obéit aux recommandations classiques.

**Résultats :**

Les deux groupes sont comparables en ce qui concerne les paramètres cliniques et échocardiographiques ce qui nous autorise un appariement acceptable. La durée des différents temps opératoires est presque semblable. On constate une tendance au saignement dans le groupe traité par de faibles doses d'aprotinine et ne différence significative des taux des plaquettes et du fibrinogène. Aucune complication n'a été enregistrée dans les deux groupes.

**Conclusion :**

Cette étude permet de constater des effets relativement différents des deux antifibrinolytiques dans la chirurgie primaire de la valve mitrale. Quant à la supériorité de l'un des deux produits, elle mérite une confirmation par un essai randomisé et contrôlé

50

**ANESTHESIE DES PONTAGES AORTO-  
CORONAIRES A COEUR BATTANT  
( Méthode OCTOPUS II )  
( A PROPOS DES 26 PREMIERS CAS )**

Koisi K<sup>1</sup>, Ketata A<sup>2</sup>, Ben Ayed S<sup>1</sup>, Maatoug M<sup>1</sup>, Frikha I<sup>2</sup>,  
Sahnoun Y<sup>2</sup>, Blind D<sup>3</sup>, Kaoui A<sup>1</sup>

*1 Service d'Anesthésie-Réanimation -CHU Sfax - Tunisie  
2 Service de Chirurgie cardio-vasculaire- CHU Sfax - Tunisie  
3 Service de Chirurgie cardio-vasculaire- CHU Grenoble - France*

**Introduction**

Nous présentons notre expérience pour la prise en charge anesthésiologique des pontages aorto-coronaires (PAC) par technique mini-invasive ( Méthode OCTOPUS II).

**Matériel et méthodes :**

Notre étude est rétrospective. On a analysé 26 observations consécutives de patients opérés pour PAC sans circulation extra-corporelle (CEC) par méthode OCTOPUS II. On a relevé les différents paramètres de la prise en charge anesthésiologique et les complications post-opératoire

**Résultats :**

L'âge moyen des patients est de 57 ans ( 38-65 ans ) avec une nette prédominance masculine (22 hommes, 4 femmes ). Les facteurs de risque retrouvés : HTA(9 cas), diabète(8 cas) et tabagisme(14 cas). Un antécédent d'IDM a été retrouvé dans 10 cas et d'angioplastie dans 1 cas. Une insuffisance rénale (3 cas ), bronchopneumopathie chronique obstructive (6 cas ). Une fonction VG altérée ( < 0.30 ) dans 8 cas . 5 patients ont été opérés en urgence et 18 patients ont un score de Parsonnet à haut risque (>15). Il a été réalisé 18 monopontage ( IVA-AMI), 6 double, 1 triple et un quadruple . L'induction de l'anesthésie a été basée sur l'association fentanyl, midazolam, hypnomidate, pancuronium et l'entretien par fentanyl, propofol, midazolam et pancuronium. La durée moyenne des interventions a été de 100 mn . Aucune conversion en CEC. L'extubation a été précoce ( avant la 8 heure PO ) dans 22 cas . Les complications post: opératoires relevées : Bas débit cardiaque (1 cas), pneumopathie (1 cas), pneumothorax (1 cas ), hémorragie digestive (1 cas) infection de paroi (2 cas), une ischémie myocardique nécessitant une coronarographie en urgence et la reprise à coeur battant dans 1 cas. Aucun décès dans cette série.

**Discussion :**

Si les premiers résultats cliniques de la chirurgie de revascularisation par technique mini invasive s'avèrent intéressants, cette nouvelle technique pose certains problèmes spécifiques auxquels l'anesthésiste n'a pas été confronté : monitoring, les répercussions des manipulations chirurgicales, la stabilisation pharmacologique et/ou mécanique

**Références :**

*James M. off-Pump coronary artery grafting in unervedoped countries. J. cardiothoracic and vascular anesthesia. December 2000. vol14*

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Anesthésie - Chirurgie*

51

**DEFICIT EN FACTEUR XIII DECOUVERT  
PAR UNE HÉMORRAGIE  
INTRAVENTRIENNE**

K. Khaleq, Y. Miloudi, N. El harrar  
*DAR - CHU Ibn Rochd - Casablanca - Maroc*

Nous rapportons un cas de déficit en facteur XIII (facteur stabilisant de la fibrine) chez un enfant de 4 ans, admis pour hémorragie du vitré. L'interrogatoire a montré des antécédents de consanguinité, chez les parents, 2 frères décédés par hémorragie ombilicale et une fille décédée à l'âge de 5 ans par hémorragie intracrânienne. Il n'y avait pas notion de traumatisme oculaire. Le bilan d'hémostase de routine était normal, ainsi un déficit en facteur XIII a été suspecté devant une solubilité rapide de caillot de fibrine dans une solution d'urée à 5M. Par la suite, ce déficit a été confirmé par des méthodes immunologiques ayant retrouvé un taux de facteur XIII inférieur à 1%. La préparation à l'intervention a consisté à une transfusion de plasma frais congelé PFC (10 ml/Kg). L'acte chirurgical s'est déroulé sans incidents, les suites post-opératoires étaient simples. Le déficit congénital en FXIII est une maladie hémorragique rare, autosomale récessive, caractérisée par un déficit de formation de liaisons covalentes entre les molécules de fibrines à la phase terminale de coagulation. L'incidence du déficit en FXIII est estimé à 1 cas par 5 millions (1). Les manifestations hémorragiques les plus fréquentes sont l'hémorragie ombilicale néonatale et les hémorragies intracrâniennes. Actuellement, un apport régulier en PFC ou en cryoprécipités est nécessaire pour maintenir un taux de FXIII de 2 à 3%, estimé suffisant pour assurer une hémostase correcte.

**Références :**

1- *Hématologie clinique*. 1998, 17 : 530-32.

52

**LA SEDATION CHEZ L'ENFANT POUR  
EXAMEN IRM**

A.Caidi, Ch. El Mourabit, S. Kabbaj,  
H. Ismaili, W. Maazouzi

*Service d'Anesthésie-Réanimation - Hôpital des spécialités Rabat*

La sédation des enfants pour IRM pose de nombreux problèmes : examen long, difficulté d'accessibilité. Les auteurs se proposent d'évaluer la qualité et la sécurité de la sédation par l'hydrate de chloral (HC).

**Matériel et méthode :**

Les enfants ont reçu par voie orale HC à la dose initiale de 50mg/kg, 25 mg/kg est administrée une heure plus tard en absence d'endormissement. En cas d'échec, est utilisée l'association Kétamine(K) Midazolam(M). L'oxygène est administré systématiquement. Le monitoring comporte SPO2 (Nellcor 190), FC, FR. La qualité de la sédation est définie par l'absence de mouvements lors de l'examen.(1)

**Résultats :**

86 IRM sur 727 (11%) sont réalisés chez des enfants âgés entre 50J et 5 ans. L'IRM est demandée pour une pathologie intracrânienne chez 80 enfants. 14 enfants ont nécessité l'injection de gadolinium. 4 enfants sont épileptiques, 3 présentent un retard psychomoteur. La sédation à HC seul est satisfaisante chez 77 enfants (89,5%) avec un délai de sédation de 20-35 min. Elle est jugée insuffisante chez 11 enfants (10,5%) : 9 enfants âgés de plus de 2 ans dont 4 épileptiques, et 2 enfants de moins de 2 ans avec retard psychomoteur. Sur les 14 enfants qui ont nécessité une voie veineuse, 12 se sont réveillés lors de la pose, imposant le recours à l'association K+M. Un seul enfant ayant reçu HC puis K+M a présenté un épisode de désaturation à 90%.

**Discussion :**

La sédation au HC est satisfaisante avec un taux de réussite de 89.5% et une sécurité optimale puisque aucun cas de désaturation n'a été noté lorsque le HC est utilisé seul. Cependant les limites de ce type de sédation sont la nécessité de la pose d'une voie veineuse, le retard psychomoteur et l'âge supérieur à 2 ans.

**Références :**

1- David S. *Can J Anesth* 2000 / 47 : 3 / pp 205-210

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Anesthésie - Chirurgie*

53

**A PROPOS DES PHEOCHROMOCYTOMES  
REVELES EN PER OPERATOIRE (ÉTUDE  
DE DEUX OBSERVATIONS)**

A.Mosadik,I.Benzekri,K.Gaamouche,I.Benabderrazak, A. Slaoui  
*Service de Réanimation Chirurgicale – Hôpital Ibn Sina Rabat*

**Introduction**

Les phéochromocytomes surrenaliens ou extra surrenaliens (ou paragangliomes) sont souvent méconnus. Leur révélation à l'occasion d'une anesthésie s'accompagne de perturbations hémodynamiques et viscérales dramatiques. Nous rapportons deux observations de phéochromocytome et de paragangliome méconnus d'évolution post opératoire fatale, illustrant la complexité des problèmes rencontrés dans de telles situations (1).

**Observation n°1**

Patiente de 60 ans non hypertendue connue, opérée pour tumeur de la fosse ischio rectale. A la manipulation tumorale est survenu un pic hypertensif à 240 / 125mm Hg suivi d'un collapsus cardiovasculaire, d'extrasystoles ventriculaires bigémiques et rapidement d'OAP. L'évolution post opératoire est marquée par des difficultés de contrôle de l'état hémodynamique et respiratoire ; et 10 jours après, suite à un choc septique sur pneumopathie la patiente est décédée. L'examen anatomopathologique est venu confirmer le diagnostic de paragangliome.

**Observation n° 2**

Patiente de 40 ans, connue hypertendue et multi opérée pour des problèmes artériels périphériques; hospitalisée en réanimation dans les suites d'un pontage aorto-bifémoral pour sténose de la fourche aortique. A la sortie du bloc opératoire, sur-

vient un état de choc grave ayant nécessité une reprise chirurgicale immédiate. La ré intervention n'ayant rien révélé, une TDM d'urgence révèle l'existence d'une tumeur surrenalienne droite nécrosée. L'analyse rétrospective de l'artériographie préopératoire révèle l'existence de cette même tumeur. La patiente décède dans les 24 heures post opératoires suite à l'état de choc devenu réfractaire.

**Discussion**

Plus de 70 % des phéochromocytomes sont méconnus (2). Ils sont révélés par une grosseur, une intervention chirurgicale ou alors diagnostiqués en post mortem. La gravité de ces situations, découle de l'intensité du largage de catécholamines, responsable d'accès hypertensifs ou de collapsus cvx ; et de part l'intensité du vasospasme, d'OAP lésionnel et de la possibilité de nécroses d'organes (3). De part la soudaineté de ces phénomènes chez des malades n'ayant bénéficié ni d'une préparation préopératoire, ni de mesures préventives peropératoires, l'évolution se fait vers le décès dans plus de 50 % des cas.

**Conclusion**

La fréquence élevée des phéochromocytomes méconnus doit faire évoquer ce diagnostic devant toute tumeur à localisation insolite ou des manifestations cardiovasculaires qui ne trouvent pas une explication évidente.

**Références**

- 1-Harti A et coll. Poussées hypertensives et troubles du rythme à évolution fatale par phéochromocytome de découverte peropératoire. *Ann Fr Anesth Réanim* 1994 ; 13 : 412-3.
- 2-Sutton M G. Prevalence of clinically un suspected pheochromocytoma. *Review of a 50 year autopsy series. Mayo Clin Proc* 1981; 56 :354-60.
- 3- N. Kanjaa et coll. Phéochromocytomes. Formes graves et inhabituelles. *Ann Fr Anesth Réanim* 1999 ; 17 : 458-64.



**III<sup>rd</sup> ALL AFRICAN  
ANESTHESIA CONGRESS**



**Tunis -Tunisia 2005**  
**May, 21 - 24**



**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
Centre de conférences l'Agora - Californie II

54

**LE SUJET AGE EN MILIEU DE SOINS  
INTENSIFS : EPIDEMIOLOGIE ET  
FACTEURS PRONOSTIQUES**

Chelbi S. - Saïdi K. - Chaouch A. - Bouayed T. - Boughrara E. -  
Sefi I. - Jrad I. - Saïd R.

*Service de Réanimation-Anesthésie – CHU Sahloul – Sousse Tunisie*

**Introduction :**

Les sujets âgés constituent une population de plus en plus importante dans les service de réanimation. Le but de ce travail est d'étudier le profil épidémiologique et évolutif de la population gériatrique et de dégager certains éléments pronostiques.

**Matériel et méthodes :**

Etude rétrospective ayant inclus tous les sujets âgés de 70 ans et plus hospitalisés en Réanimation au CHU Sahloul à Sousse entre le 1er Janvier 1998 et le 31 Décembre 2000. Une étude comparative selon le motif d'hospitalisation portant sur l'épidémiologie, les scores de gravité et des complications ainsi que la mortalité est réalisée, une analyse univariée et multivariée par régression logistique est utilisée pour identifier les facteurs pronostiques.

**Résultats :**

221 patients d'âge •70 ans sont hospitalisés en Réanimation. Il s'agit de 126 hommes (57%) et 95 femmes (43%) d'âge moyen 77 ans (70 - 99 ans) provenant des différents services chirurgicaux (42%), les urgences (34%), services médicaux (17%), SAMU 03 (5%) et transferts d'autres établissements privés (2%). 80% des patients ont des antécédents médicaux : cardiovasculaire (55%), métabolique et endocrinien (18%), pulmonaire (12%), neuropsychique (2%). 38,5% ont des antécédents chirurgicaux. 14% n'ont pas d'antécédents. Le motif d'admission est chirurgical dans 55% et médical dans 45% des cas. L'IGS moyen est de 14 (4 - 32). L'APACHE II moyen est de 19 (6 40). Le recours à la ventilation mécanique a été nécessaire dans 71% des cas pendant une durée moyenne de 3 jours. Un acte chirurgical est pratiqué dans 112 cas dont 43 cas en urgence. Des complications évolutives sont observées dans 67,5% des cas. La mortalité globale est de 41%. Elle est plus importante quand le motif d'hospitalisation est médical. La durée moyenne de séjour est de 6,7 jours.

**Conclusion :**

12% des patients admis en Réanimation sont des sujets âgés de plus de 70 ans. La mortalité globale du sujet âgé est de 41%. Plus que l'âge, les éléments pronostiques qui semblent conditionner l'évolution du sujet âgé en Réanimation sont : la gravité de la pathologie aiguë attestée par l'ASA, IGS, APACHE II et le recours à la ventilation ainsi que la survenue de complications hémodynamiques, respiratoires et infectieuses

55

**LES PANCREATITES POST  
TRAUMATIQUES**

M.Bensghir,H.Azendour,A.Elwali,H.Balkhi,  
C.Haimeur,M.Atmani

*Service de Réanimation Hôpital Militaire Mohamed V Rabat*

Les traumatismes du pancréas sont rares, leur diagnostic est difficile et leur évolution est imprévisible. La gravité de cette affection est liée à la sévérité du traumatisme, à l'existence de lésions associées et surtout à la survenue de complication, notamment la pancréatite qui représente la principale cause de majoration de la mortalité et de la morbidité. Nous rapportons les observations de deux cas de pancréatite survenant à la suite d'un traumatisme fermé de l'abdomen. Le diagnostic a été retenu sur les données de la tomодensitométrie abdominale faite systématiquement à l'admission concernant la première observation, et devant l'accentuation de la douleur abdominale et une augmentation de l'amylasémie concernant le second cas. Les deux patients ont subi un geste chirurgical consistant en un spléno pancréatectomie caudale avec confection d'une jéjunostomie d'alimentation. L'évolution est favorable pour les deux patients, les contrôles biologiques et scannographiques sont satisfaisants. Ces deux observations soulignent la possibilité d'un traumatisme du pancréas suite à toute contusion abdominale nécessitant la recherche de lésions de ce viscère par la réalisation d'une paraclinique ciblée (tomодensitométrie abdominale, amylasémie et lipasémie)

La prise en charge thérapeutique impose chaque fois qu'il existe une lésion du wirsung un geste chirurgical d'exérèse. Quant au reste du traitement et du suivi de ces patients ils rejoignent lamême attitude habituellement préconisée dans les autres types depancréatite.

Enfin l'application des scores pronostiques semble être superposable aux pancréatites secondaires aux autres étiologies, quoique cette notion reste discutable.

*Bleichner JP : Pancréatite après traumatisme fermé de  
l'abdomen Ann.Fr. Anesth. Reanima.1998,17 ;250-3*

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Réanimation - Obstétrique*

56

**L'ALIMENTATION DES PANCREATITES  
AIGUES SECONDAIRES A  
L'HYPERTRIGLYCERIDEMIE**

H. Azendour, EL Wali, Jaafari, Balkhi, Haimeur, M. Atmani  
*Service de Réanimation - Hôpital Militaire Mohamed V Rabat*

**Introduction :**

L'incidence des pancréatites aiguës (PA) secondaires à l'hypertriglycéridémie (HTG) varie de 12 à 38% [1]. Cette complication pose des problèmes d'ordre thérapeutique et nutritionnel.

**Observation :**

Patient de 49 ans, diabétique admis au service pour PANH une alimentation parentérale (AP) exclusive et hypocalorique (1000 Kcal/j) à base de sérum glucosé à 10%. L'évolution sur trois semaines n'a pas enregistré de complications particulières. Le taux des triglycérides est passé à 2.10 g/l avec un équilibre glycémique stable sous insuline. Toute fois, il est à noter que le patient a maigri pendant son séjour au service (de 82 à 70 Kg).

**Commentaire :**

Les problèmes essentiels dans la prise en charge des PA secondaires à HTG sont d'ordre thérapeutique étiologique et nutritionnel. En effet, il convient de faire baisser le taux des triglycérides soit par un traitement hypolipémiant par VO (impossible dans ce contexte) soit par une plasmaphérèse (non disponible). D'un autre côté, les PA nécessitent une AP hypercalorique, objectif ne pouvant être atteint sans adjonction de solutés lipidiques. Or ces derniers sont contre indiqués dans les dyslipidémies. La seule alternative possible est d'instaurer une AP exclusive hypocalorique à base de sérum glucosé tout en surveillant de survenue de manifestations secondaires au déficit en acides gras essentiels. Certaines équipes vont jusqu'à la surveillance du rapport triene/tetraene qui doit rester inférieur à 0,4 [2].

1. Dominguez-Munoz JE et al : hyperlipidemia in acute pancreatitis. *Int J Pancreatol* 1991 ; 10 : 261 - 7  
M. A. Crook et al : Total parenteral nutrition in the chylomicronemia syndrome and acute pancreatitis. *Nutrition* Vol. 15, No. 4, 1999

57

**EFFICACITE COMPAREE DE  
L'ADRENALINE ET DU SALBUTAMOL EN  
NEBULISATION DANS LE TRAITEMENT  
DE L'ASTHME AIGU GRAVE**

R. El Moussaoui, A. Zeggwagh, R. Abouqal, O. Kerkeb  
*Service de réanimation médicale - CHU Ibn-Sina Rabat*

**Introduction :**

L'AAG est un mode évolutif grave de la maladie asthmatique qui engage le pronostic vital. Son traitement repose sur l'association conventionnelle : O<sub>2</sub> thérapie, • -mimétiques et corticoïdes. Le but de ce travail a été de comparer le Salbutamol (Salbu) et l'Adrénaline (Adré) en nébulisation continue

**Matériel et méthodes :**

Dans cette étude prospective randomisée ouverte (Oct. 97-Mai 98), 44 patients présentant un AAG avec DEP <150L/min. 3; femmes et 13 hommes, âge = 35.4 ± 10.8 ans, IGII = 16.3 ± 4.6 ont été répartis en deux groupes thérapeutiques : groupe Salbu (n= 22) traité par Salbu en nébulisation (10 mg/h) et groupe Adré (n = 22) traité par Adré en nébulisation (6 mg/h). A l'admission, 30 min, H1, H4 et H8, plusieurs paramètres ont été mesurés parmi lesquels : score de FISCHL, DEP, VEMS. Les effets indésirables ont été appréciés par les variations de la fréquence cardiaque (FC) et de la pression artérielle systolique (PAS) durant les 8 premières heures et de celles de la kaliémie et de la glycémie entre H0 et H8. L'analyse a été faite par ANOVA (Scheffé), Wilcoxon et Fischer exact.

**Résultats :**

Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les 2 groupes concernant l'âge, le sexe, la gravité, la cause de décompensation et la durée de la crise. Les 2 schémas thérapeutiques ont entraîné une amélioration significative et comparable du score de Fischl qui été à l'admission de 5.5 ± 1.4 dans le groupe Salbu et de 5.6 ± 0.8 dans le groupe Adré, du; DEP qui enregistrait à l'admission respectivement 117.7 ± 41.6 L/ min et 116.4 ± 36.8 l/min et du VEMS qui était à l'admission de 0.33 ± 0.3L/S dans le groupe Salbu et de 0.32 ± 0.2 L/S dans le groupe Adré. La tolérance du Salbu et de l'Adré à été bonne dans les 2 groupes concernant la FC et la PAS. Par ailleurs la glycémie a augmenté légèrement de 0.11 ± 0.8 g/L dans le groupe Salbu (NS) et de 0.37 ± 1.4 g/L dans le groupe Adré (NS). Quant à la kaliémie, elle a baissé de 0.58 ± 2.4 mmol/L dans le groupe Salbu alors que dans le groupe Adré elle a augmenté en moyenne de 0.56 ± 1 mmol/L (NS).

**Conclusion :**

L'Adré nébulisée paraît aussi efficace et aussi bien tolérée que le Salbu par voie aérienne dans l'AAG.

**Références :**

- 1- Efficacité comparée de l'adré et du salbutamol en nébulisation dans le traitement de l'AAG. Thèse N° 127 - 1999. R. El moussaoui  
Controlled trial of nebulized salbutamol and Adrénaline in acute sever asthma. *Intensive care med* 1995.

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
 Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Réanimation - Obstétrique*

58

**EFFICACITE COMPAREE DE  
 SALBUTAMOL EN NEBULISATION ET PAR  
 LA VOIE INTRAVEINEUSE CONTINUE  
 DANS L'ASTHME AIGUE GRAVE**

K. Yaqini, A. Guartite, M. Samani, H. Louardi  
*Service d'Accueil des Urgences CHU Ibn Rochd, Casablanca*

**Introduction :**

L'asthme aiguë grave (AAG) est une pathologie fréquente qui peut mettre en jeu le pronostic vital. Le traitement doit être instauré d'une façon urgente. Le choix de la voie d'administration des médicaments dans l'AAG dépend de certains facteurs, notamment l'âge, la gravité de la crise, le rapport dose-effet et les effets secondaires. Les deux voies d'administration de bêtamimétiques (IV et inhalées) sont restées en compétition très longtemps. L'objectif de notre étude est de comparer l'efficacité des deux voies d'administration de salbutamol en intraveineux continu et par nébulisation dans l'AAG.

**Malades et méthodes :**

Il s'agit d'une étude prospective randomisée en double aveugle réalisée au service d'accueil des urgences de CHU Ibn Rochd, ayant concerné 120 patients admis pour AAG. Ont été exclus de l'étude les patients intubés d'emblée. Les patients ont été répartis en deux groupes : groupe N recevant le salbutamol en nébulisation continue jusqu'à amélioration (salbutamol 5 mg dilué dans 4 cc de ss 0,9%) et groupe IV recevant le salbutamol en intraveineux continu 0,1 à 0,2 µg/kg/min doublée toutes les 15 minutes jusqu'à 8 mg/h si absence d'amélioration. Tous les participants ont reçu l'oxygène et l'hydrocortisone intraveineuse. L'évaluation clinique a été portée sur les paramètres cliniques, ventilatoires, hémodynamiques et la présence ou non des effets secondaires et ceci toutes les 15 minutes durant la première heure et toutes les heures jusqu'à la 24<sup>ème</sup> heure. L'analyse statistique a été faite à l'aide d'un logiciel Epi info version 6.0.

**Résultats :**

Les deux groupes étaient homogènes en terme de données démographiques et cliniques ; cependant, on a noté une amélioration clinique complète à 30 minutes chez 31,7% chez les malades du groupe N , contre seulement 11,7% chez les malades IV (voir tableau)

	IV	N	P
Age moyen (ans)	38,3±15,	39,1±15,	N
Sex-ratio	1,72	1,3	NS
Ancienneté d'asthme (moy, an)	11,9±8,7	12,2±8,6	NS
ATCD d'hospitalisation (moy)	1,4±2,8	1,6±2,8	NS
Délai de PEC (moy en heure)	4,4±2,4	4±2,1	NS
DEP moyen à l'admission	78,1±16,	4 78,5±14	NS
Amélioration complète à 30min (%)	11,7	31,7	0,00783
Patients intubés (%)	13,3	3,3	0,047
Trouble de rythme (%)	28,3	5	0,0006
Tachycardie (%)	20	5	0,0129

**Discussion :**

Ces résultats montre la supériorité de la voie nébulisée dans le traitement de l'AAG sur les paramètres cliniques et ventilatoires, de plus il existe une meilleure tolérance de la nébulisation par rapport à la voie intraveineuse.

59

**TROUBLES DE L'HEMOSTASE AU COURS  
 DE L'ECLAMPSIE ET DE LA  
 PREECLAMPSIE**

A.Benyacob, A.Moussaoui, M.Mikou, R.Tachinante, A.S.Tazi  
*Service d'anesthésie réanimation Maternité Souissi -CHU Rabat-Salé*

La pré-éclampsie et l'éclampsie compliquent 2 à 3 % des grossesses et représentent une cause majeure de mortalité maternelle (1).L'association à des troubles de l'hémostase aggrave le pronostic materno- foetal (2).

**Objectif:**

Etudier l'incidence, la nature, les facteurs de risques ainsi que la morbidité et la mortalité associés au trouble de l'hémostase au cours de l'éclampsie et pré-éclampsie.

**Matériel et méthodes :**

Etude prospective sur 8 mois incluant 81 femmes hospitalisées pour éclampsie ou pré-éclampsie sévère. La comparaison de patientes avec ou sans trouble de l'hémostase a fait appel au test T de Student pour les variables quantitatives et le test Chi 2 pour les variables qualitatives.

**Résultats:**

L'âge moyen a été de 28,7 + 7 ans et la parité moyenne a été de 2,2 + 1,8. 54 patientes (66,6%) ont présenté des troubles de l'hémostase à type de thrombopénie dans 24 cas, de CIVD dans 12 cas et de HELLP syndrome dans 18 cas. L'âge gestationnel (p<0,001) et la parité élevée (p=0.033) sont corrélés à l'existence de trouble de l'hémostase contrairement à l'âge maternel aux chiffres tensionnels élevés et à la protéinurie. Les complications foeto-maternelles sont plus fréquentes dans le groupe avec troubles de l'hémostase .Les complication maternelles sont dominées par l'insuffisance rénale et les complications foetales par la prématurité. Les quatre patientes décédées avaient des troubles d'hémostase.

**Conclusion:**

La présence de trouble de l'hémostase lors de l'éclampsie et de la pré-éclampsie constitue un facteur de mauvais pronostic nécessitant un diagnostic précoce et une surveillance stricte en milieu de réanimation.

**Références:**

1. Presse .Med, 1996 ,25 ,31:1492-1500.
2. J.Gynecol Obstet Biol Reprod, 1998, 27: 607-10

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
 Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Réanimation - Obstétrique*

60

**CAUSE INHABITUELLE D'UNE  
HYPOGLYCEMIE DU PERIPARTUM**

Mouhaoui M., Yaqini K., El Kettani C.  
 Khaleq K., Mjahed K, Barrou L.

*Réanimation chirurgicale - CHU Ibn Rochd Casablanca*

**Introduction :**

Les hypoglycémies du péripartum sont relativement rares et potentiellement graves. Elles sont généralement liées à un dysfonctionnement hépatique aigu propre à la grossesse. Les auteurs rapportent une cause inhabituelle d'une hypoglycémie persistante du péripartum

**Observation :**

Il s'agit d'une patiente de 38 ans, III geste I pare, connue épileptique depuis l'enfance, qui s'est présentée à la maternité pour une hémorragie de la délivrance suite à un accouchement à domicile. L'examen obstétrical retrouvait une déchirure vaginale qui a été suturée. L'évolution a été marquée par la survenue au 6<sup>e</sup> jour d'une hypoglycémie profonde avec coma nécessitant une ventilation artificielle et administration de solutés glucosés. La TDM cérébrale était normale. L'examen clinique notait un subictère conjonctival. La reprise de l'interrogatoire retrouvait un syndrome polyuro polydipsique sans notion de diabète. Le bilan hépatique était en faveur d'une cytolysse avec augmentation des GOT ( 5 fois la normale ), GPT ( 3 fois la normale ) et Phosphatases alcalines avec une bilirubinémie élevée et un taux de prothrombine et des facteurs de coagulation avec allongement du TCA. La numération formule sanguine a montré une hyperéosinophilie et une discrète thrombopénie. La cortisolémie était normale et l'ammoniémie n'était pas concluante. L'échographie et TDM abdominales n'ont pas montrés d'anomalies hépatiques ou pancréatiques. Cependant, les différents éléments cliniques et biologiques plaident en faveur d'une stéatose hépatique gravidique, mais la ponction biopsie hépatique avait retrouvé une hépatite chronique virale C d'activité intense sans signes de stéatose. Ce résultat est affirmé par une sérologie d'hépatite virale C très positive. Nous concluons alors à une insuffisance hépatocellulaire par réactivation d'une hépatite virale C. L'évolution était bonne sous traitement par l'interféron.

**Commentaires :**

Au cours de l'hépatite virale C, la grossesse augmente la charge virale circulante et en augmente l'activité ( Valla DC, Actualités en réanimation et urgences 2001, Ed Elsevier, 151-158). Les auteurs insistent sur la réalisation systématique de sérologies virales hépatiques devant la moindre anomalie hépatique

61

**FACTEURS PRONOSTIQUES DES ETATS  
DE CHOC HEMORRAGIQUE EN  
OBSTETRIQUE**

El Youssoufi S., Salmi S., Mouhaoui M., Miguil M.

*Service d'Anesthésie-Réanimation - Maternité Lalla Meryem  
 CHU Ibn Rochd - Casablanca*

**Introduction :**

Le choc hémorragique représente la principale cause de mortalité et de morbidité maternelles. C'est une urgence diagnostique et thérapeutique en raison de sa fréquence et de sa gravité. Le but de ce travail est d'étudier les aspects cliniques, les facteurs favorisants et les étiologies du choc hémorragique afin de dégager les facteurs pronostiques.

**Matériel et méthodes :**

C'est une étude prospective étalée sur une période de 2 ans (janvier 2000 - décembre 2001), incluant 66 patientes ayant présenté un état de choc hémorragique survenu en pré, per et post-partum sur une grossesse de plus de 36 SA. Deux groupes de patientes ont été individualisés (groupe survivantes et groupe décédées). L'analyse statistique a été faite par le test t de Student pour les données quantitatives, le test Chi2 et le test Fisher pour les données qualitatives.

**Résultats :**

Paramètres	Survivantes (n =50)	Décédées (n = 10)	P
Age (ans)	30	30	NS
TAS à l'admission (mm Hg)	60-80	< 60	NS
Transfusion (nbre moyen)			
- Culots globulaires	6	8	NS
- PFC	8	11	< 0,05
- Culots plaquettaires	9	13	< 0,05
Recours aux vasoconstricteurs	6	5	< 0,05
Accouchement			
- Voie basse	39	7	NS
- Césarienne	18	3	NS
Ventilation mécanique	9	4	NS
Séjour en réanimation (jours)	6	3	< 0,05
Insuffisance rénale	9	0	NS
Sepsis	3	0	NS

**Discussion :**

La mortalité maternelle des états de choc hémorragiques obstétricaux en France est de 20%, aux Etats Unis elle atteint 30% (1). Dans notre série le recours à la transfusion explique la gravité de l'état à l'admission et l'installation des coagulopathies, le retard de la prise en charge et l'absence de stratégie coordonnée comme celle retrouvée dans les différentes séries notamment françaises (Enquête INSERM 1997).

**Référence :**

*1- Gynéol.Obstet. Reprod., 1991, 20 : 885-91.*

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Réanimation - Obstétrique*

62

**FACTEURS DE RISQUE DE MORBIDITE ET MORTALITE MATERNELLES DE L'ECLAMPSIE**

El Youssoufi S., Salmi S., Miguil M.

*Service d'Anesthésie-Réanimation - Maternité Lalla Meryem  
CHU Ibn Rochd - Casablanca*

**Introduction :**

L'éclampsie est une complication grave de la grossesse, elle est responsable d'une lourde mortalité et morbidité maternelles. Le but de cette étude est de définir les caractéristiques épidémiologiques de l'éclampsie et de déterminer ses facteurs de risque de morbidité et de mortalité.

**Matériel et méthodes :**

Notre étude se base sur une analyse rétrospective concernant 171 cas d'éclampsie colligés au service d'anesthésie-réanimation de la maternité du CHU Ibn Rochd durant une période de 5 ans (Janvier 96 - Décembre 2000). Nous avons recueilli les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives. En comparant les patientes ayant présenté l'éclampsie en prépartum à celles du post-partum, et celles ayant un âge gestationnel  $\leq$  32 SA à celles de plus de 32 SA. Nous avons effectué une analyse statistique utilisant le test de Chi2 avec le calcul du risque relatif, avec  $p < 0,05$  comme seuil significatif.

**Résultats :**

L'incidence de l'éclampsie est de 6‰ grossesses, 51,4% des patientes étaient des multipares, l'âge moyen est de 26 ans, 83% des crises sont survenues durant l'anté-partum (63% avaient un âge gestationnel supérieur à 32 SA). Les complications associées étaient, l'insuffisance rénale (15,6%), le hellp syndrome (6,4%), la CIVD (2,3%), les lésions neurologiques (5,7%), l'inhalation pulmonaire (5,5%), l'oedème aigu du poumon (4%), l'hématome rétroplacentaire (2,3%). La mortalité maternelle était de 12,9%. Nous n'avons pas noté de différence statistiquement significative de survenue des complications entre le pré et le post partum. Lorsque la crise d'éclampsie survient avant la 32<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée, il y a plus de risque à faire une insuffisance rénale ( $p = 0,04$ ) par contre sa survenue après 32SA expose plus à l'OAP ( $p = 0,04$ ) et au décès maternel ( $p = 0,001$ ).

**Discussion :**

L'incidence de l'éclampsie dans notre série quoiqu'elle ne reflète pas la réalité reste élevée par rapport aux pays développés. Sibai (1) et Douglas (2) ont constaté que la survenue de l'éclampsie avant 32 SA s'accompagne de plus de risque de présenter un HRP et/ou un hellp syndrome et/ou une IRA. Alors que Garcia (3) rapporte l'existence d'une relation directe entre la mortalité par éclampsie et le degré d'élévation de la tension artérielle, la thrombopénie et les convulsions.

**Conclusion :**

Le prépartum, l'âge gestationnel  $>$  32 SA et la présence de complications hématologiques et/ou cérébro-vasculaire sont des facteurs déterminants dans le pronostic de l'éclampsie.

**Références :**

- 1- Am. J. Obstet. Gynécol., 2000, 182 (2) : 307-12.
- 2- Br. Med. J., 1994, 309 : 1395-1400.
- 3- Int. J. Obst. Gynécol., 1998, 61 (1) : 15-20.

63

**LES COMPLICATIONS NEUROLOGIQUES DU PERI-PARTUM**

Benmouhoub.N, Messaoudene.K, Saadi.M, Addouche. S,  
Toudji.A

*C.H.U Kouba - Alger*

**Introduction :**

Les complications neurologiques de la grossesse bien que rares augmentent la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale. Le but de notre étude est d'apprécier la fréquence de ces complications, d'identifier les différentes étiologies, les problèmes diagnostiques posés et le pronostic materno-foetale.

**Matériel et méthodes :**

C'est une étude rétrospective sur 06 ans, (Janvier 1996 - Décembre 2001), ayant permis colliger 59 dossiers de patientes hospitalisées en U.S.I de l'hôpital de Kouba pour complications neurologiques du peri partum. Les paramètres étudiés sont :

- Age, Parité, étiologie, traitement, évolution, devenir du nouveau-né.

**Résultats :**

L'analyse des différentes étiologies montre que la prééclampsie sévère et notamment l'éclampsie est la cause la plus fréquente : 51 cas (86%) suivie par l'accident vasculaire cérébral (AVC) : 3 cas (5%), la thrombophlébite cérébrale : 3 cas (5%), l'AVC ischémique : 1 cas (1%) et l'épilepsie : 1 cas (1%). 5 patientes sont décédées par défaillance multiviscérale de la prééclampsie sévère et 1 par AVC hémorragique en rapport avec une HTA chronique soit au total 6 décès (10%). Nous avons noté par ailleurs 15 morts foetales in utero et 06 décès néonataux dont 4 par détresse respiratoire et 2 par sepsis soit une mortalité périnatale de 35%.

**Conclusion :**

Les complications neurologiques de la grossesse nécessitent une prise en charge dans une U.S.I obstétricales et néonatales et imposent l'établissement d'un diagnostic rapide et précis afin de proposer une thérapeutique adaptée.

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Réanimation - Urgences*

64

**HEMORRAGIE DIGESTIVE HAUTE SUR  
ULCERE SIMPLEX DE DIEULAFOY  
(À propos d'un cas)**

R. El Moussaoui, R. Belkrezia, N. Fejjal M. barakat, A. Ababou,  
C. Lazrek ; A. Sbihi

*Service de Réanimation des Urgences Chirurgicales. CHU Ibn Sina - Rabat*

L'ulcère simplex de Dieulafoy est une étiologie rare, responsable de 1% des hémorragies digestives haute. C'est une petite lésion ulcéreuse dont le fond est le siège d'une artériole à paroi épaisse, responsable d'une hémorragie souvent grave et dont la particularité est la difficulté diagnostique pouvant conduire à des attitudes thérapeutiques erronées.

Nous rapportons le cas d'un jeune patient âgé de 20 ans, admis pour prise en charge d'une hématomèse foudroyante avec état de choc ayant indiqué une laparotomie d'urgence pour hémostase chirurgicale d'une éventuelle lésion ulcéreuse gastro-duodénale. La gastro-duodénotomie n'a pas identifié l'origine du saignement, et ce n'est qu'à l'endoscopie per-opératoire qu'a été mis en évidence un petit ulcère simplex de Dieulafoy qui était à l'origine d'un saignement artériel continu.

Après hémostase chirurgicale et gestion d'une transfusion massive, l'évolution post-opératoire a été favorable.

Nous discuterons des moyens diagnostiques à réaliser et de la conduite à tenir face à ce type de lésions.

**Références :**

*Le traitement chirurgical des ulcères de Dieulafoy (A propos de 2 cas). Annales de chirurgie. 1998*

65

**FACTEURS DE RISQUE DE  
L'INTOXICATION AU PARAPHENYLENE  
DIAMINE (PPD)**

M. Faroudy, N. Marzouk, R. Elmoussaoui, H. Belammari, H.  
Kadiri, S. Chefchaoui, A. Ababou, C. Lazreq, A. Sbihi

*Service de réanimation des urgences chirurgicales ; hôpital Ibn Sina ; Rabat ; Maroc*

**Introduction :**

L'intoxication au PPD est la première cause d'admission à la Réanimation des Urgences Chirurgicales pour intoxication. Nous avons réalisé une étude ayant pour but l'analyse des facteurs de risque.

**Matériel et méthode :**

Ont été colligés tous les cas d'intoxication au PPD admis consécutivement dans notre formation entre Janvier 1999 et Février 2001. Les données recueillies étaient : le mode d'intoxication, le délai d'apparition de l'œdème cervico-facial (OCF), le délai d'admission à l'hôpital, le score APACHE II, Le taux de créatine-phosphokinase (CPK), les complications cardiaques ainsi que l'évolution. Les tests statistiques utilisés étaient : test t de Student, Chi 2, régression logistique.

**Résultats :**

55 cas ont été étudiés. Le délai d'apparition de l'OCF était de  $3 \pm 3$  h, le délai d'admission de  $5 \pm 5$  h, APACHE II =  $5 \pm 3$ , CPK =  $40561 \pm 65359$  UI. L'absence de vomissements après ingestion était liée à un délai plus court d'apparition de l'œdème (2,8 vs 4 h). La présence de cet OCF était liée à une plus forte élévation des CPK (45000 vs 20000 UI) ainsi qu'à une plus grande fréquence de l'atteinte cardiaque (6 cas vs 1 cas). Les facteurs significativement liés à une plus forte mortalité étaient : APACHE II > 10, délai d'apparition de l'OCF < 2 H, présence d'une atteinte cardiaque. L'évolution était favorable dans 82 % des cas.

**Discussion :**

La vitesse d'installation de l'OCF est corrélée à la gravité de l'intoxication au PPD par le risque d'asphyxie, une rhabdomyolyse importante et la fréquence de l'atteinte cardiaque. Les vomissements précoces diminuent le risque d'apparition de l'OCF, retardent son apparition et semblent liés à une moindre fréquence de manifestations cardiaques.

**Références :**

*"La teinture capillaire qui tue", A. Ababou, J. Squalli, C. Lazreq, A. Sbihi ; Revue Tunisienne d'Anesthésie-Réanimation 1999 ; Vol V ; n° 22 : 109-10.*

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Réanimation - Urgences*

66

**FACTEURS PREDICTIFS DE MORTALITE  
DE L'INTOXICATION PAR LA  
PARAPHENYLENE-DIAMINE (PPD)**

S.Y. El Alaoui, J. Berrada, B. Chaara,  
A. Benslama, S. Moutaouakkil

*Service de Réanimation Médicale - CHU Ibn Rochd - Casablanca*

**Introduction :**

La paraphénylène-diamine (PPD) est un produit minéral utilisé comme teinture capillaire dans plusieurs pays d'Afrique et du Moyen Orient. Au Maroc, ce produit devient la principale cause d'intoxication dans un but d'autolyse (*Les cahiers du médecin; Tome II ; N ° 22 ; 1999*), grevé d'une lourde morbidité et mortalité.

**But de travail :**

Déterminer les facteurs prédictifs de mortalité de l'intoxication à la PPD.

**Patients et Méthodes :**

Etude rétrospective étalée sur 5 ans (96 - 2000). Tous les intoxiqués à la PPD admis en réanimation ont été inclus dans ce travail. Les données démographiques, cliniques, biologiques, complications associées, traitements et les scores de gravité ont été recueillis. Deux groupes ont été définis : groupe survivants et groupe décès. Les facteurs pronostiques de l'intoxication à la PPD ont été déterminés par une analyse univariée (test t de Student, test de Chi carré) et une analyse multivariée (modèle de régression logistique ascendant pas à pas type Wald),  $p < 0,05$  était considéré statistiquement significative.

**Résultat :**

188 patients ont été colligés dont l'âge moyen est de 22,6 +/- 8,7 ans. Le taux de mortalité est de 45,7%. Les facteurs influençant significativement la mortalité sont: la quantité ingérée, la présence de signes de lutte respiratoire, la macroglossie, des muscles durs, l'oligourie, des urines acides, des troubles ioniques, l'acidose métabolique, le recours à la trachéotomie, l'utilisation des • mimétiques, l'atteinte myocardique et la survenue d'un SDRA. En analyse multivariée les variables indépendantes qui semblent de mauvais pronostiques sont le recours aux • mimétiques, la présence des muscles durs et une durée d'intubation et de ventilation prolongée.

**Discussion :**

Les intoxications par PPD sont graves, souvent mortelles. Le décès peut être le fait d'une détresse respiratoire qui domine la scène clinique au début ou le fait des complications de l'atteinte musculaire particulièrement les troubles hydroélectrolytiques, voire l'atteinte myocardique.

Tableau : résultat de l'analyse multivariée

	OR	p	IC 95 %
Durée d'IVA	1,26	0,015	1,04-1,52
β -mimétiques	10,7	0,001	2,73-41,86
Muscles durs	15,15	0,017	1,618-1,42

67

**LE SYNDROME INTERMEDIAIRE DE  
L'INTOXICATION AUX  
ORGANOPHOSPHORES A PROPOS DE  
DEUX CAS**

A.Moussaoui, A.Benyacob, A. Ababou, M.Khatouf, C.Lazreq,  
A.Sbihi.

*Service d'anesthésie réanimation des urgences chirurgicales - CHU Ibn Sina Rabat*

Les intoxications aiguës par les organophosphorés sont fréquentes au Maroc. Le syndrome intermédiaire survient 1 à 4 jours après la phase aiguë cholinergique (1,2). L'intérêt porté à cet aspect particulier des intoxications par les organophosphorés est motivé non seulement par sa rareté mais aussi par sa gravité du fait de la paralysie des muscles respiratoires nécessitant l'intubation et la mise sous ventilation artificielle. Nous rapportons deux observations cliniques d'intoxication par les organophosphorés compliquées d'un syndrome intermédiaire avec atteinte neuro-musculaire caractéristique. Le dosage de l'activité anticholinestérasique et les données de l'électromyogramme ont été en faveur de ce diagnostic. L'individualisation de ce syndrome devrait inciter à surveiller toute intoxication aux organophosphorés pendant au moins 96 heures au milieu de soins intensifs (3).

**Références:**

1. *N.Engl J Med*, 1987, 13: 761-3.
2. *Crit Care Med*, 1993, 21: 1706-11.
3. *Réa Urg*, 1994, 3, 1 : 37-39.

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Réanimation - Urgences*

68

**ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET CRITERES  
PRONOSTIQUES DES INTOXICATIONS  
AIGUES**

R.Belkrezia, M.Barakat, R.Moussaoui, H.Chikhaoui, A.Ababou,  
C.Lazrek, A.Sbihi

*Service de Réanimation des Urgences Chirurgicales Hôpital Ibn-Sina Rabat*

**Introduction :**

Les intoxications aiguës constituent une cause fréquente d'admission dans les services de réanimation et d'urgence. Leur gravité dépend de nombreux facteurs intriqués : le toxique, les symptômes, le type d'intoxication et le terrain (2). Le but de ce travail est de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques évolutives ainsi que d'identifier les facteurs pronostiques des intoxications.

**Malades et méthodes:**

Etude rétrospective sur une période de 5 ans (1997 – 2001), incluant toutes les intoxications médicamenteuses et toxiques, ayant été admises à la RUCH. Les moyens diagnostiques étaient une symptomatologie évidente appuyée par des aveux et/ou une analyse toxicologique positive.

**Résultats:**

Cent trente quatre cas d'intoxication ont été étudié . L'âge moyen était de 23 ans avec une prédominance féminine de 80%. La nature du produit incriminé était représenté dans 59% des cas par des produits industriels type paraphénylène diamine, dans 24 % des cas et par des produits agricoles (alphachloralose : 16%, organophosphoré : 7% et phosphore d'aluminium : 1%). Les intoxications médicamenteuses représentaient 13% des cas (essentiellement des psychotropes). La symptomatologie respiratoire était présente dans 32% des cas, neurologique dans 39 % des cas, des signes digestifs dans 37% des cas et cardiovasculaire dans 6% des cas. Soixante dix neuf p. cent nécessitait une ventilation artificielle dans les 24 premières heures. La mortalité globale était de 13% ; elle était élevée dans les intoxications à la PPD : 72% versus 28% dans les autres intoxications. Les facteurs de risque liés à une mortalité élevée étaient une défaillance hémodynamique (p= 0,001), respiratoire (p<0.05), la profondeur du coma (p=0,007) et les intoxications par la PPD (p=0,007).

**Discussion :**

Contrairement au pays occidentaux(1), la nature des intoxications est spécifique dans notre contexte (toxiques > médicaments)

Tout intoxiqué présentant des signes de défaillance cardiovasculaire, respiratoire et/ou neurologique ou intoxication par la PPD doit être considéré comme patient à risque et doit être pris en charge en milieu de réanimation.

**Références bibliographiques :**

- 1- Presse médicale 2001. vol 30, 13 : 626-630
- 2- In : A.Jaeger, ed. Intoxications aiguës. Paris, Elsevier, 1999 :13-37

69

**INTERET DU SCORE DE LESCALIE DANS  
LA PRISE EN CHARGE DES  
DELABREMENTS DES MEMBRES  
INFERIEURS**

S. Siah, Y. Qamouss , M. Dimou, N.K. Drissi, M. Atmani

*Service des Urgences – HMMV Rabat*

**Introduction :**

Les délabrements des membres inférieurs sont des lésions vasculaires, nerveuses, osseuses ,cutanées et musculaires par un écrasement instantané par des forces vives. C'est une pathologie rare mais grave. Le score de Lescalie nous a permis d'évaluer la gravité en urgence et proposer la bonne décision thérapeutique.

**Matériel et méthodes :**

Nous avons réalisé une étude rétrospective de Janvier à Décembre 2001 portant sur 5 observations de délabrements des membres inférieurs hospitalisés au service des urgences. Pour chaque patient on a établi une grille pronostic de 120 points (score de Lescalie) qui s'utilise en préopératoire. Elle permet de confirmer la valeur pronostique de 5 critères : le degré d'ischémie, l'ouverture, le délai, la contusion et le terrain

. Les patients sont classés en 3 groupes.

Le premier groupe : score de Lescalie < 40 points

Le deuxième groupe : score de Lescalie entre 40 et 50 points

Le troisième groupe : score de Lescalie > 50 points.

**Résultats :**

3 patients dont le score lésionnel de Lescalie <40 points ont eu une évolution favorable. Nous n'avons pas eu de patients entre 40 et 50 points. 2 patients dont le score de Lescalie > 50 points ont eu des suites compliquées : une amputation secondaire et un décès suite à un choc septique.

**Discussion :**

Les AVP et les accidents de travail sont les grandes causes de délabrements des membres inférieurs. C'est une pathologie de l'adulte jeune de sexe masculin. La morbidité est de 18 à 37% (2).

Le taux d'amputation et d'environ 36% (2). Le délai d'ischémie est un facteur pronostic très important (1). Les scores pronostics sont rares (1,3).

Certains sont calculés pour les lésions poplitées. Nous n'avons pas utilisé le score de RUSSEL (2) qui ne prend pas en compte l'état général des patients et la notion de polytraumatisme. Le score de Lescalie a l'intérêt d'inclure la notion de terrain. Son calcul dans les lésions graves des membres inférieurs permet une aide à la décision difficile entre chirurgie reconstructrice et chirurgie d'amputation. Néanmoins ce score nécessite d'être évalué sur un plus grand nombre de patients et de l'associer à d'autres scores pronostics.

**Conclusion :**

La bonne décision thérapeutique est parfois difficile à prendre en urgence. La chirurgie conservatrice abusive, les revascularisations trop tardives aboutissent au mieux à une amputation secondaire au pire au décès du patient. L'utilisation du score de Lescalie en salle de déchocage est recommandée

**Bibliographie**

- (1) Ann de chir. 1990 , 5, 382-387 .
- (2) Congrès : Urgences Traumatiques. 9-10 Sept 1994, BREST.
- (3) Rev de chir orthop 1983, 69 : 475-480.



**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
 Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Réanimation - Urgences*

70

**ANALYSE DES DIFFICULTES ET DES  
 COMPLICATIONS DE L'INTUBATION  
 TRACHEALE AUX URGENCES**

Mouktafi Z. Guartite A. Mouhaoui M. Louardi H  
*Service d'accueil des urgences CHU Casablanca*

**Introduction :**

Aux urgence, toutes les conditions sont réunies pour rendre l'intubation trachéale (IT) difficile et à risque. Le but de ce travail est d'évaluer l'incidence des difficultés et des complications immédiates (CI) de l'IT dans notre contexte.

**Patients et méthodes :**

Etude prospective, incluant pendant 3mois 167 patients ayant nécessité une IT. Tous les patients admis intubés ou réintubé au cours de l'hospitalisation étaient exclus. L'IT était jugée difficile si elle nécessitait plus de deux tentatives, impossible en cas d'échec après cinq tentatives. Les CI ont été détectées pendant et après l'IT par l'examen clinique, le monitoring et la radio du poumon. L'analyse statistique a fait appel aux tests Chi2 et t de Student. Un p<0.05 était considéré comme significative.

**Résultats :**

L'IT a été réalisée chez 163 (97.1%) patients. Les incidences des difficultés d'IT et des CI sont représentées dans le tableau. L'intoxication au paraphénylédiamine a été retenue comme facteur prédictif de l'IT difficile. L'incidence des CI était significativement liée à la difficulté de l'IT (p<0.01) et à l'utilisation de l'anesthésie générale (p<0.05).

	n	%
IT difficile	13	7.8
IT impossible	4	2.4
Trachéotomie	3	--
IT rétrograde	1	--
Complications	58	34.8
Inhalation	16	--
Désaturation	16	--

**Discussion :**

L'IT constitue un problème majeur dans la pratique de la médecine d'urgence. Il est donc nécessaire de développer un programme d'assurance qualité basé sur l'enseignement, l'introduction de technique alternative et des techniques d'anesthésie analgésie pour améliorer les techniques d'abord trachéale en urgence.

71

**INTERET DU MPM0 DANS L'EVALUATION  
 DE LA GRAVITE DES PATIENTS ADMIS  
 AUX URGENCES**

Mouktafi.Z Guartite.A Louardi.H  
*Service d'accueil des urgences Chu Ibn Rochd Casablanca*

**Introduction :**

Les indices de gravité (IG) restent le seul outil de mesure des performances des unités de soins intensifs malgré les critiques qui leurs sont imputés[EMC 2000]. Le but de ce travail est de valider l'IG MPM (Mortality predicting model) à l'admission (MPM0) dans une salle de déchoquage (SD) d'un service d'accueil des urgences.

**Patients et Méthodes :**

C'est une étude prospective, incluant pendant 3 mois tous les patients admis à la SD dont l'age était supérieur à 16 ans. Les patients qui ont été transférés dans un autre service étaient exclus. Des paramètres cliniques étaient recueillis à l'admission permettant le calcul du MPM0. Deux groupes de patients ont été identifiés, les survivants et les décédés. L'analyse statistique a nécessité l'application de deux critères, la calibration par le test d'adéquation de Hosmer-Lemeshow et la discrimination par la courbe ROC (Receiver Operating Curve).

**Résultats :**

46 patients décédés sur 204 inclus, soit une mortalité de 22.5%. Une bonne adéquation du modèle a été enregistrée (voir tableau) ainsi qu'un bon pouvoir discriminant avec une aire sous la courbe ROC de 0.86.

Probabilité	Survivants		Décédés	
	Observée	Prédire	Observée	Prédite
0.00-0.19	120	121.3	9	7.7
0.20-0.39	22	23.3	10	8.7
0.40-0.59	3	5.5	8	5.5
0.60-0.79	4	4.5	10	9.5
0.80-0.99	9	9.9	9	8.1
Total	158	164.5	46	39.5

Test d'adéquation de Hosmer-Lemeshow, H=2.87, p > 0.01

**Discussion :**

Le MPM0 est un indice clinique qui propose un modèle de probabilité de décès. Etant valide dans notre contexte d'urgence, il peut être utiliser dans l'évaluation aussi bien de la gravité des patients admis aux urgences que de la qualité des soins qui leurs sont prodigués.

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Réanimation - Urgences*

72

**PNEUMOTHORAX BILATÉRAL APRES  
INHALATION DE CORPS ÉTRANGER**

F. Bennani 1, S.E. Nejmi 1, A. Bensaid 1, B. Hmamouchi 1,  
A. Abid 2, A. Chlilek 1

*1 Service d'Anesthésie-Réanimation Pédiatrique  
2 Service des Maladies Infectieuses Pédiatriques  
Hôpital d'Enfants - CHU Ibn Rochd - Casablanca*

**Introduction :**

L'inhalation de corps étranger (CE) est une pathologie qui atteint principalement le petit enfant (1). Nous rapportons le cas rare d'un pneumothorax bilatéral compliquant, après un intervalle libre de quelques heures, l'inhalation d'un corps étranger végétal (cacahouète) chez un nourrisson de 16 mois.

**Observation :**

L'enfant a été hospitalisé dans un service de pédiatrie générale après un syndrome de pénétration ayant laissé place après quelques minutes uniquement à une toux résiduelle. La radiographie thoracique initiale ne montrait aucune anomalie.

Avant l'endoscopie, est apparue brutalement une détresse respiratoire majeure avec cyanose, signes de lutte respiratoire et emphysème sous cutané cervical rapidement progressif. La laryngoscopie directe n'a pas objectivé le CE en position glotto-sus-glottique. Après intubation trachéale et ventilation en oxygène pur, la radiographie thoracique a révélé un pneumothorax bilatéral de grande abondance ayant nécessité l'extubation puis le drainage bilatéral de la cavité pleurale.

L'endoscopie faite en urgence a permis de retrouver le corps étranger (cacahouète) en trachéal avant son extraction.

L'évolution a été favorable sur le plan clinique, radiologique (disparition du pneumothorax) et endoscopique la bronchoscopie de contrôle pratiquée normalement.

**Commentaires :**

L'inhalation de CE présente un risque majeur d'asphyxie aiguë le plus souvent par obstruction aiguë des voies respiratoires. Le pneumothorax est une complication barotraumatique rare susceptible d'engager le pronostic vital (2, 3). Dans cette observation, le barotraumatisme a été probablement dû au blocage sous-glottique spontané ou provoqué du corps étranger trachéal qui est habituellement mobile.

Tout pédiatre ou anesthésiste-réanimateur qui prend en charge un enfant ayant inhalé un CE doit garder à l'esprit la possibilité de cette complication afin de la dépister et de la traiter dans les meilleurs délais.

**Références :**

- 1-Montel K., Butenandt I. - Tracheobronchial foreign body aspiration in childhood. *Eur. J. Pediatr.*, 1986, 145 : 211-6
- 2-Jeffrey D. Carron - Potpourri aspiration presenting as tension pneumothorax. *Am. J. Otolaryngology*, 2000, 21 (5) : 349-351.

73

**EVALUATION DE LA PRATIQUE  
TRANSFUSIONNELLE DANS LE CADRE  
DE L'URGENCE**

Y. Chroqui, M. Zenjouri, K. Hatabi, M. Belhaji, A. Guartite,  
H. Loardi

*Service d'accueil des urgences - CHU Ibn Rochd Casablanca*

**Introduction :**

Les services d'urgence sont confrontés à la prise en charge de patients dont la survie immédiate est liée à la réalisation d'actes chirurgicaux d'hémostase, plus ou moins associés à une réanimation transfusionnelle raisonnée (1). Le but de cette étude est d'évaluer notre pratique transfusionnelle, ses indications et la traçabilité de distribution et d'administration des concentrés de globules rouges (CGR) dans le cadre de l'urgence.

**Matériel et Méthodes :**

Nous rapportons une étude prospective menée sur une période de 5 mois (Juillet-Décembre 2001), concernant des patients en urgence pour une transfusion de CGR. L'évaluation a porté sur les indications, les besoins en CGR et les modalités pratiques de l'acte transfusionnel.

**Résultats :**

Quatre-vingt deux patients ont été retenus au cours de cette étude. L'âge moyen de  $41 \pm 18$  ans, avec un sex-ratio de 2,1. Les indications de la transfusion sont dominées par les hémorragies digestives (60%), les hémopathies (13%), les polytraumatismes (10%) et les hémithorax post-traumatiques (7%). Le taux d'hémoglobine initial est de  $4,6 \pm 1,4$  g/dl et seul 11% des patients possèdent une carte du groupe sanguin. Le délai entre l'admission et la transfusion est de  $55 \pm 25$  mn. Le nombre de CGR utilisés est de  $3,5 \pm 0,9$  ayant un délai de conservation de  $11,7 \pm 4,5$  jours. Chez tous les patients, la transfusion a été réalisée en isogroupe-isorhésus avec un contrôle ultime de la compatibilité ABO au lit du malade.

**Commentaire :**

Malgré les contraintes de l'urgence, le personnel soignant semble mieux respecter les recommandations de sécurité transfusionnelle. Un effort supplémentaire est nécessaire afin de réduire la durée du transport des concentrés de globules rouges (2).

**Conclusion :**

La transfusion en situation d'urgence est la responsabilité de toute une équipe impliquant les centres de transfusion sanguine, les garçons de course, les infirmiers et les médecins prescripteurs.

**Références :**

- 1-Audibert G. - Indication des constituants du sang et l'évolution des pratiques transfusionnelles dans l'hémorragie du polytraumatisé. *Cah. Anesthésiologie*, 1994, 42 : 391-4.
- 2-Herbert P.C., Welles G. - Variation of red cell transfusion practice in intensive care unit : a multicenter cohort study. *Critical Care*, 1999, 3 : 57-63.

**XV<sup>e</sup> Congrès National de la SMAR**  
**Premier Congrès Maghrébin d'Anesthésie- Réanimation**  
**Casablanca-12-13 Avril 2002**  
 Centre de conférences l'Agora - Californie II  
*Réanimation - Urgences*

74

**L'HYPERGLYCEMIE CHEZ LE  
 TRAUMATISE CRANIEN**

Bennani F., Bensaid A., Bouderkha M.A., Nassik H.,  
 Bouaggad A., Abassi O.

*Département d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale - CHU Ibn Rochd - Casablanca*

**Introduction :**

L'hyperglycémie au cours du traumatisme crânien est d'incidence variable et de pronostic néfaste (1). Le but de ce travail est de déterminer l'incidence de l'hyperglycémie chez le traumatisé crânien et d'apprécier son retentissement sur le devenir neurologique.

**Matériel et Méthodes :**

C'est une étude rétrospective étalée sur 12 mois intéressant 112 traumatisés crâniens isolés (TCI). Un dosage de la glycémie a été fait systématiquement à l'admission au service puis chaque jour à 9 H du matin, avec surveillance de la glycémie toutes les 4 heures par glucométrie pendant une semaine.

Toute glycémie > 1,2 g/l est traitée systématiquement par une insulinothérapie intraveineuse. Nous avons comparé les paramètres suivants entre groupe HG (glycémie > 1,2 g/l), et groupe NG (sans hyperglycémie) : GCS, IGSII, GOS. L'analyse statistique a fait appel au test Chi2 et test t de Student (p < 0,05 : significatif).

**Résultats :**

L'incidence de l'hyperglycémie a été de 22,3%. Le GCS est plus bas dans le groupe HG par rapport au groupe NG (GCS moyen : 6 ± 4 versus 12 ± 3) (p = 0,01)). Le retentissement de l'hyperglycémie sur l'évolution neurologique des traumatisés crâniens graves (GCS •8) est représenté dans le tableau I.

**Tableau I : Evolution neurologique des patients (GCS •8)**

	Gr HG (n = 25)	Gr NG (n = 87)
GOS1-GOS2	3 (10%)	34 (40%)
GOS3-GOS4	3 (10%)	2 (2%)
Décès	10 (40%)	17 (20%)

**Discussion :**

La survenue et la persistance de l'hyperglycémie chez le traumatisé crânien isolé n'est pas rare. Elle est corrélée à une mortalité plus élevée et à une récupération neurologique plus lente (2). Ceci nous incite à une surveillance rigoureuse et à un traitement précoce.

**Références :**

- 1-Rovlias A. - The influence of hyperglycemia on neurological outcome in patients with sever head injury. *Neurosurgery*, 2000; 46 (2) : 335-42
- 2-LAM. A.M. -Hyperglycemia and neurological outcome in patient with head injury. *J. Neurosurg.*, 1991 ; 75 : 545-51

75

**CONSOMMATION DES PRODUITS  
 SANGUINS EN REANIMATION : NOTRE  
 EXPERIENCE AU CHU DE TLEMCCEN**

Djamel.Benhaddouche, Rachida Djerfaoui

*Service d'Anesthésie-Réanimation - CHU Tlemcen*

**Introduction :**

Les produits sanguins sont de prescription courante en réanimation. Si de très nombreuses études sur les pratiques transfusionnelles dans les unités d'anesthésie ont été publiées, elles restent exceptionnelles (anglo-saxonnes) au niveau des unités de réanimation.

**Le but de notre étude** est de faire part de notre modeste expérience en matière de consommation de produits sanguins.

**Matériel et méthode :**

Etude rétrospective sur une période de 5 années : de 1997 à 2001 au niveau de l'unité de réanimation polyvalente du service d'anesthésie -réanimation du CHU de Tlemcen.

**Résultats et discussion :**

L'Incidence de l'utilisation des produits sanguins en réanimation est relativement importante. Le type de produits utilisés montre une part trop importante accordée au sang total par rapport aux produits fractionnés.

**Conclusions :**

Nécessité d'une concertation pluridisciplinaire (CTS Hémobiologistes et cliniciens prescripteurs) en vue de l'abandon progressif du sang total au profit de ses fractions.