

PRATIQUE ANESTHESIQUE POUR URGENCES GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRIQUES AU CHU DE COCODY

Anesthetic practice for gynecological and obstetric emergency in the Cocody CHU

Mobio MP, Abhe CM, Ouattara A, Coulibaly KT, Olama MC, Netro D, Bedie YV, N'Guessan YF, Tétchi YD, Brouh Y.

Auteur correspondant : Mobio N'kan Michael P. Cel : 07722871. **Email :** mobiomichael982@gmail.com

RESUME

Objectif : Evaluer la pratique anesthésique au bloc opératoire des urgences gynécologiques et obstétriques. **Matériel et méthode :** Etude prospective, descriptive et analytique portant sur les patientes admises au bloc opératoire pour une urgence gynécologique ou obstétrique sur une période de six mois. **Résultats :** Nous avons colligé 3486 patientes sur 7574 admissions soit 46,02%. La moyenne d'âge était de 27,3 ans avec des extrêmes de 15 et 45 ans. La SFA était la première indication opératoire pour les urgences obstétricales tandis que les urgences gynécologiques étaient dominées par les métrorragies du premier trimestre. La majorité de nos patientes ont eu une consultation pré-anesthésique. L'ALR par rachianesthésie était le schéma anesthésique le plus réalisé. La létalité maternelle était de 0,005. Pour la mère, la tranche d'âge [30-45 ans], la provenance, les syndromes hémorragiques, les classes ASA III et IV, les longs délais de transfusion et de prise en charge au bloc ont constitué des facteurs de mauvais pronostics. ($P < 0,05$) Pour le fœtus, les syndromes hémorragiques et l'anesthésie générale constituaient les facteurs de mauvais pronostics. ($P < 0,05$). **Conclusion :** La rachianesthésie était le schéma anesthésique le plus utilisé. **Mots clés :** Anesthésie – Urgences – Gynécologiques – Obstétriques – Facteurs-pronostics

ABSTRACT

Objective: To evaluate the anesthetic practice in the operating theater of gynecological and obstetric emergencies. **Material and method:** Prospective, descriptive and analytical study on patients admitted to the operating room for a gynecological and or obstetric emergency over a period of six months. **Results:** We collected 3,486 patients out of 7,574 admissions, or 46.02%. The average age was 27.3 years with extremes of 15 and 45. SFA was the first operative indication for obstetric emergencies while gynecological emergencies were dominated by first trimester bleeding. 99.39% of the patients benefited from a CPA and 45.40% of them, were classified ASA I u. LAR by spinal anesthesia was the most commonly performed anesthetic regimen. Maternal lethality was 0.005. For the mother, the age group [30-45 years], the provenance, the hemorrhagic syndromes, the ASA III and IV classes, the long delays in transfusion and block management were factors of poor prognosis. ($P < 0.05$) For the fetus, hemorrhagic syndromes and general anesthesia were factors of poor prognosis. ($P < 0.05$). **Conclusion:** Spinal anesthesia was the most widely used anesthetic regimen. **Keywords:** Anesthesia - Emergencies - Gynecological – Obstetrics- Factors- Prognosis

INTRODUCTION

Les urgences gynécologiques et obstétricales sont fréquentes et posent un problème aigu de prise en charge adaptée devenant ainsi un véritable problème de santé publique. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en 2015, 303 000 femmes sont décédées pendant la grossesse, à l'accouchement ou après l'accouchement. La majeure partie de ces décès se sont produits dans des pays à revenu faible et la plupart auraient pu être évités [1]. La prise en charge des urgences gynécologiques et obstétricales est multidisciplinaire faisant intervenir les gynécologues, les obstétriciens, les anesthésistes-réanimateurs et les néonatalogistes. En Europe, les actes anesthésiques réalisés en chirurgie gynécologique et obstétricale représentaient 8 à 12 % de tous les actes anesthésiques [2]. En Afrique sub-saharienne centrale et occidentale, notamment au Cameroun et au Togo, des études ont montré que plus de 30 % des actes

anesthésiques sont réalisés en chirurgie gynécologique et obstétricale [3]. Quelle en est la situation en Côte D'Ivoire? L'objectif de notre travail était d'identifier les indications et de déterminer des facteurs pronostic dans la pratique anesthésique des urgences gynécologiques et obstétricales du CHU de Cocody.

MATERIEL ET METHODE

Etude prospective et descriptive portant sur toutes les patientes admises au bloc opératoire pour une urgence gynécologique ou obstétricale. Cependant toutes les patientes, qui ont accouché au bloc opératoire alors qu'une indication opératoire avait été posée, n'ont pas été incluses dans l'étude. Elle s'est déroulée du 10 janvier au 10 juin 2018 soit une période de six mois. Les variables étudiées étaient : les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques, évolutives et pronostiques. Les données ont été recueillies à partir des dossiers des urgences de

gynécologie, des dossiers de la salle de naissance, des dossiers de réanimation et des dossiers d'anesthésie. Les variables sont consignées sur une fiche préétablie individuelle pour chaque patiente. L'analyse des données a été faite par le logiciel Epi Info™ version 3.5.3. ($p \leq 0,05$)

RESULTATS

Nous avons colligé 3486 patientes sur 7574 admissions soit 46,02%. La moyenne d'âge était de 27,3 ans avec des extrêmes de 15 et 45 ans. 36,34% venait du domicile. Le secteur professionnel informel était le plus représenté avec 75,057%. Certaines patientes sont arrivées en ambulance mais aucune n'est arrivée par un transport médicalisé. La souffrance fœtale aigue est la première indication opératoire pour les urgences obstétricales. Les métrorragies du premier trimestre étaient les principales indications opératoires pour les urgences gynécologiques (7,41%). 99,39% des patientes ont bénéficié d'une consultation pré anesthésique et 45,40 % d'entre elles, ont été classées ASA I u. 73,46 % des anesthésies ont été réalisées par les infirmiers spécialisés en anesthésie réanimation seuls. L'anesthésie locorégionale par rachianesthésie a été le schéma anesthésique le plus réalisé. 1,35 % de notre population a été prise en charge 30 minutes après la consultation pré-anesthésique. La létalité maternelle était de 0,005. Le transfert en gynécologie a concerné 97,56% des patientes. Moins de deux pourcent des patientes ont été transféré en réanimation. Pour la mère, la tranche d'âge [29-45 ans], le domicile, les syndromes hémorragiques, les classes ASA III et IV, les longs délais de transfusion et de prise en charge au bloc ont constitué des facteurs de mauvais pronostics (Tableau I). Pour le fœtus, les syndromes hémorragiques et l'anesthésie générale constituaient des facteurs de mauvais pronostics (Tableau II).

DISCUSSION

L'anesthésie pour les urgences gynécologiques et obstétricales a représenté 92,31% de notre activité anesthésique en urgence. Au Burkina Faso et au Gabon, les études réalisées par **Bonkougou PZ et Essola** avaient obtenu respectivement 61,66% et 63% [4, 5]; tandis qu'en Europe, ce taux se situait entre 8 et 12% des actes anesthésiques [2]. Le fort taux d'activité anesthésique, en gynéco-obstétrique, observé dans notre étude s'expliquerait par la politique sanitaire de notre pays. En effet, la politique sanitaire de notre pays met l'accent sur la santé de la mère et de l'enfant. La moyenne d'âge était de 27,3 ans avec des extrêmes de 15 ans et 45 ans. Nos résultats

sont proches de ceux de plusieurs auteurs africains [4,5].

La démographie dans les pays Africains et plus particulièrement en Côte d'Ivoire est caractérisée par une forte population jeune. La SFA était la principale indication opératoire. Ces résultats sont similaires à ceux de **Nnomoko E**, au Cameroun [7]. D'autres séries africaines avaient trouvé la présentation dystocique comme principale indication opératoire [4, 6]. La majorité de nos patientes étaient classées ASA I u et ASA II u avec 84,1%. Ces résultats sont retrouvés dans d'autres études africaines [4, 8]. 15,89% des anesthésies ont été supervisées par un MAR. La majorité des anesthésies a été réalisée par des ISAR. En Afrique subsaharienne, 22,2% à 57 % des actes anesthésiques étaient supervisées par un médecin anesthésiste réanimateur [3, 5]; tandis que **Belkrezia** au Maroc retrouvait 72 % des anesthésies supervisées par un MAR [9]. Ces chiffres témoignent de la pénurie de médecins anesthésistes en Afrique au sud du Sahara.

Dans notre série, comme celles de nombreux auteurs, l'anesthésie locorégionale par rachianesthésie a été la technique la plus souvent réalisée. [6,10]. Le propofol était l'hypnotique le plus utilisé (55,55%) tandis qu'**Essola** utilisait principalement le nesdonal (53,5 %) [5]. Selon les études de plusieurs auteurs le nesdonal est considéré comme l'hypnotique de choix dans l'anesthésie pour la césarienne [11]. Le fort taux d'utilisation du propofol dans notre étude s'expliquerait par la pénurie assez fréquente de nesdonal à la pharmacie de notre structure sanitaire. Tout comme chez **Essola**, la curarisation était entretenue avec le vécuronium principalement à hauteur de 96,3%. La faible utilisation du rocuronium, curare recommandé en cas de contre-indication à la succinylcholine [12], est due à son indisponibilité dans notre structure et à son coût élevé dans les officines privées. L'entretien anesthésique était réalisé avec l'isoflurane 69,7% et l'halothane 30,3%. Chez **Essola**, l'entretien anesthésique était réalisé avec de l'halothane dans 51,2% des cas, de l'isoflurane dans 35,7 % des cas, du propofol dans 12,4 % des cas et de la kétamine dans 0,7 % des cas [5]. L'halothane, qui n'est plus retrouvé dans de nombreux pays, a été utilisé à hauteur de 30,3% car nous sommes trop souvent confrontés à des pénuries d'isoflurane pourtant considéré comme halogéné de référence [12].

L'analgésie post-opératoire était effectuée par une approche multimodale tout comme le rapportent plusieurs auteurs [5]. Elle faisait appel au paracétamol associé au néfopam et ou au tramadol. Le protocole que nous avons utilisé pour la rachianesthésie, était constitué

de bupivacaine et de morphine. Ce protocole confèrait à nos patientes une analgésie post-opératoire de bonne qualité et d'une durée d'environ trois heures de temps. Tout comme dans l'étude réalisée par **Abhe CM**, plus de la moitié de nos patientes ont bénéficié d'une prise en charge au bloc opératoire après la sixième heure a concerné [10]. Le long délai de prise en charge reflétait les difficultés multifactorielles rencontrées. Les retards observés étaient le plus souvent secondaires aux difficultés d'obtention des intrants (kit de césarienne, kit chirurgical, kit anesthésique). En effet, l'acquisition des médicaments et consommables doit être assurée par les patientes ou leur familles qui ne bénéficient pas d'un système de sécurité sociale ou d'assurance maladie. Une autre source de retard était liée aux ruptures de stock de médicaments et de lingerie chirurgicale au sein de la structure hospitalière. La mortalité maternelle était de 0,005. Ce taux est superposable à celui d'Ouédraogo C [13]. Dans notre étude, les principales causes de décès étaient les syndromes hémorragiques tout comme chez **Horo et Aboubakari** [14, 15]. Parmi les causes hémorragiques, l'hémorragie du post-partum immédiat était la plus fréquente. Ce constat est rapporté par d'autres études antérieures [15, 16]. La prise en charge des urgences hémorragiques est souvent confrontée à l'indisponibilité des produits sanguins, au manque de ressources financières des patientes et à l'indisponibilité des blocs opératoires. Ces facteurs expliquent l'augmentation de la létalité maternelle. Moins de deux pourcent de notre population a été admise en réanimation. Les principaux motifs d'admission étaient les complications de la pré-éclampsie (43,41%) et les instabilités hémodynamiques (42,85%). Dans leurs travaux, **Essola L et Abhe CM** avaient obtenu des résultats superposables aux nôtres [5, 10]. Ce pourcentage d'admission en réanimation pourrait être réduit par une prise en charge précoce et efficace des patientes dès que l'indication opératoire est posée. La létalité fœtale était de 11,39% au cours de notre étude. Ce taux était supérieur à celui obtenu par **Abhé CM** [10]. Le mauvais pronostic fœtal observé serait en rapport avec la précarité de l'état maternel à l'admission et les difficultés pour la réanimation du nouveau-né. Notre étude a mis en évidence six facteurs de mauvais pronostics au niveau maternel et deux au niveau fœtal. Pour la mère, la tranche d'âge [30-45 ans], la provenance du domicile, les syndromes hémorragiques, les classes ASA III u et IV u, les longs délais de transfusion et de prise en charge au bloc constituaient des facteurs de mauvais pronostics (Tableau I). Pour le fœtus, les syndromes hémorragiques chez la

mère et l'anesthésie générale constituaient facteurs de mauvais pronostics. (Tableau II)

CONCLUSION

La pratique anesthésique au cours des urgences gynéco-obstétricales occupe une part très importante dans l'activité anesthésique au CHU de Cocody. La rachianesthésie demeure le schéma anesthésique le plus utilisé. L'identification de facteurs de facteurs de mauvais pronostics tant au niveau maternel que fœtal permettra d'améliorer le pronostic du couple materno-fœtal.

Considération éthiques : *Nous avons obtenu le consentement des malades pour notre étude.*

Conflit d'intérêt : *Nous signalons qu'il n'y a aucun conflit d'intérêt sur la source de financement ou sur l'affiliation de l'auteur.*

RÉFÉRENCE

- [1] **Alkema L, Chou D, Hogan D.** Global, regional and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030 : a systematic analysis by the UN maternal Mortality Estimations Inter-Agency Group. *Lancet.* 2016 ;387(10017) :462-74.
- [2]- **Gadsden J, Hart S, Santos AC.** Post-cesarean delivery analgesia. *Anesth Analg* 2005 ; 101 : S 62-9.
- [3]- **Binam F, Lemardeley P, Blatt A.** Pratiques anesthésiques à Yaoundé (Cameroun). *Ann Fr. Anesth. Réanim.* 1999 ; 18 : 647-56.
- [4]- **Bonkougou P.Z., Kinda B , Kafando Y.** La prise en charge anesthésique des urgences obstétricales au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. *Rev. Afr. Anesth. Med. Urgence.* 2013;18(2) : 17-21.
- [5]- **Essola L, Obame R , Mandji lawson jm.** Pratique anesthésique au bloc opératoire de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier universitaire de Libreville. *Rev. Afr. Anesth. Med. Urgence.* 2012;14 (1) : 3-7.
- [6]- **Blaise Adelin, Nouessewa F M H, Kabibou S.** Les urgences obstétricales à l'hôpital universitaire de parakou au Bénin : aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs. *European Scientific Journal* March 2015 edition vol.11, No.9 ISSN: 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857- 7431.
- [7]- **Nnomoko E, Ze Minkandé J, Bengono R.** Prise en charge des urgences obstétricales à l'hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé. *Rev Afr. Anesth. Med. Urgence (spécial congrès).* 2012;17 (4) : 14.
- [8]- **Mahougou-Guimbi Kc, Odzebe Asw, Massamba Miabaou D.** Anesthésie au cours des urgences chirurgicales au CHU de Brazzaville, Congo. *Rev Afr. Anesth Med Urg* 2011 ; 16 : 16-22.

[9]. **Belkrezia R, Kabbaj S, Ismaïli H.** Enquête sur la pratique de l'anesthésie au Maroc. Ann. Fr. Anesth. Réanim. 2002 ; 21 : 20-6.

[10] **Abhé CM, Binlin-Dadié R, Ouattara A.** Difficultés de prise en charge anesthésiques des urgences obstétricales au CHU de Cocody (Abidjan - Cote d'Ivoire). Rev Afr. Anesth. Med. Urgence (spécial congrès). 2012;17 (4) : 20.

[11]-**C.C. Arvieux, B. Rossignol, G. Gueret.** Anesthésie pour césarienne en urgence. In : Sfar, éd. Conférences d'actualisation. Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Paris : Elsevier ; 2001. 9-25.

[12]-**Gambling DR, Sharma SK, White PF.** Use of sévoflurane during elective cesarean birth : a comparison with isoflurane and spinal anesthesia. Anaesth Analg 1995 ; 81 : 90-5.

[13] **Ouedraogo C, Testa J, Sondo B.** Analyse des facteurs de risque de morbidité maternelle sévère à Ouagadougou, Burkina Faso Application à la fiche de consultation prénatale. Médecine d'Afrique Noire 2001; 48 (10).

[14]-**Aboubakari AS, Agbreta N, Adama H.** La mortalité maternelle au centre hospitalier de KARA : incidences, causes et facteurs de risques. Journal de la SAGO 2006 ; 7(1) :21-5.

[15]-**Bangambe B, Wetu M, Kabeya B.** Mortalité maternelle à la maternité provinciale de Kanaga, République Démocratique du Congo. Ann. Afr. Med 2011; 4(4):865-9.

[16]- **N'Guessan YF, Coulibaly KT, Abhé CM.** Les femmes enceinte ou accouchés récentes admises en réanimation : aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs. Rev Afr. Anesth. Med. Urgence. 2013 ; 18 (4) (spécial congrès) : 14.

Tableau I : Facteurs de mauvais pronostics maternel

| | | Evolution | | P |
|--------------------------|------------------|-----------|-------------|------|
| | | Favorable | Défavorable | |
| Age | [15 - 29] | 2435 | 6 | 0,00 |
| | [30 - 45] | 1032 | 13 | |
| Provenance | Domicile | 1255 | 12 | 0,01 |
| | Hôpital | 2212 | 7 | |
| Mode de transport | Ambulance | 964 | 8 | 0,13 |
| | Pas d'ambulance | 2503 | 11 | |
| Indication | Hémorragique | 645 | 18 | 0,00 |
| | Non hémorragique | 2822 | 1 | |
| ASA u | I-II | 3435 | 3 | 0,00 |
| | III-IV | 32 | 16 | |
| Délai de transfusion | < 120 | 97 | 2 | 0,03 |
| | >120 | 151 | 13 | |
| Délai de prise en charge | < 30 | 42 | 5 | 0,00 |
| | >30 | 3425 | 14 | |

Tableau II : Facteurs de mauvais pronostic foetal

| | | Evolution | | P |
|----------------------------------|------------------|-----------|-------------|------|
| | | Favorable | Défavorable | |
| Anesthésie | ALR | 2626 | 78 | 0,00 |
| | AG | 169 | 229 | |
| Indication opératoire maternelle | Non Hémorragique | 2709 | 62 | 0,00 |
| | Hémorragique | 86 | 245 | |