

**Ministère de L4 Enseignement
Supérieur et de la
Recherche Scientifique**

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

**UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO USTTB**

FACULTE DE MEDECINE ET D ONDOTO STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2011 – 2012

Thèse N° __/2012

THESE

**PRISE EN CHARGE ANESTHESIOLOGIQUE DES URGENCES
OBSTETRIQUES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE
(CSREF) DE NARA : EVALUATION DES PRATIQUES**

Thèse de médecine 2011-2012

Présentée et soutenue publiquement le 2012

Devant la faculté de médecine et d'odontostomatologie

Par Monsieur BABA BAH

Pour obtenir le grade de **Docteur en médecine** (diplôme d'état)

Section médecine

Membres du jury :

Président : Pr Niani Mounkoro

Membres :

Dr Hamadou Dicko

Dr Georges Dacko

Co directeur de thèse : Dr. Mohamed KEITA

Directeur de thèse: Pr. Youssouf COULIBALY

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2011-2012

ADMINISTRATION

Doyen : **ANATOLE TOUNKARA-PROFESSEUR**

1^{er} ASSESSEUR : **BOUBACAR TRORE-MAITRES DE CONFERENCES**

2^{eme} ASSESSEUR : **IBRAHIM I MAIGA- PROFESSEUR**

SECRETAIRE PRINCIPAL : **IDRISSA AHMADOU CISSE-MAITRES DE CONFERENCES**

AGENT COMPTABLE : **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL-CONTROLEUR DES FINANCES**

LES PROFESSEURS A LA RETRAITE

Mr Alou BA	Ophtalmologie +
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie- Secourisme
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacologie
Mr Aly Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie Pathologie Histo-embryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Medicine interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé publique
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Daouda Diallo	Chimie Générale & Minérale
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou k TOURE	cardiologie
Mme SY Assi tan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Moussa HARAMA	Chimie organique
Mr Amadou Diallo	Biologie
Mr Abdel karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou L DIOMBANA	Stomatologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O. R.L
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale +
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Mady MACALOU	Orthopédie-Traumatologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie-Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mme Djeneba DOUMBIA	Anesthésie-Réanimation
Mr Bouraima MAIGA	Gynéco-Obstétrique
Mr Niani MOUNKORO	Gynéco-Obstétrique
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique

3- MAITRES ASSISTANTS

Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
Mr Mustapha TOURE	Gynécologie
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr Boubacary GUINDO	ORL
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Brehima COULYBALY	Chirurgie Générale
Mr Adama konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale

Prise en charge anesthésiologique des urgences obstétricales au Csref de Nara: Evaluation des pratiques

Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr Hamady TRAORE	Odontostomatologie
Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr Drissa KANIKOMO	Neuro Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	ORL- Rhino-Laryngologie
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
Mr Aladji Seidou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
Mr Ibrahima TEGUET	Gynécologie /Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie /Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mme Fadima koreissy TALL	Anesthésie-Réanimation
Mr Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation
Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie-Réanimation
Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie pédiatrique
Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mr Tioukany THERA	Gynécologie
Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mr Boubacar BAH	Odontostomatologie
Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mr Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
Mr Siaka SOUMAORO	ORL
Mr Honoré jean Gabriel BERTHE	UROLOGIE
Mr Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr Soumaila KEITA	Chirurgie Générale
Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale

4. Assistant

Mr Drissa TRAORE	Anatomie
------------------	----------

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

1- PROFESSEURS

Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Sékou F.M TRAORE	Entomologie médicale Chef de D.E.R
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie-Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie

Mr Abdoulaye DABO

Malacologie, Biologie Animale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE

Histo-embryologie

Mr Flabou BOUGOUDOOGO

Bactériologie-Virologie

Mr Mahamadou CISSE

Biologie

Mr Mahamadou A. THERA

Parasitologie-Mycologie

Mr Moussa Issa DIARRA

Biophysique

Mr Mouctar DIALLO

Biologie Parasitologie

Mr Djibril SANGARE

Entomologie Moléculaire Médical

Mr Boubacar TRAORE

Parasitologie mycologie

Mr Mounirou BABY

Hématologie

Mr Guimogo DOLO

Entomologie Moléculaire Médicale

Mr Kaourou DOUCOURE

Biologie

Mr Lassana DOUMBIA

Chimie Organique

Mr Abdoulaye TOURE

Entomologie Moléculaire Médicale

Mr Cheik Bougadari TRAORE

Anatomie-Pathologie

Mr Souleymane DIALLO

Bactériologie-Virologie

Mr Bouréma KOURIBA

Immunologie

3- MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou DIAKITE

Immunologie-Génétique

Mr Bakarou KAMATE

Anatomie pathologie

Mr Bakary MAIGA

Immunologie

Mr Bokary Y. SACKO

Biochimie

4- ASSISTANTS

Mr Mamadou BA

Biologie, parasitologie entomologie

Mr Moussa FANE

Parasitologie Entomologie

Mr Blaise DACKOOU

Chimie Analytique

Mr Aldiouma GUINDO

Hématologie

Mr Boubacar Ali TOURE

Hématologie

Mr Issa KONATE

Chimie Organique

Mr Moussa KONE

Chimie organique

Mr Hama Abdoulaye DIALLO

Immunologie

Mr Seydina Aboubacar Samba DIAKITE

Immunologie

Mr Mamadou MAIGA

Bactériologie

Mr Samba Adama SANGARE

Bactériologie

Mr Oumar GUINDO

Biochimie

Mr Seydou Sassou COULIBALY

Biochimie

Mr Harouna BAMBA

Anatomie pathologiologie

Mr Sidi Boula SISSOKO

Histo-Embriologie

Mr Bréhima DIAKITE

Génétique

Mr Yaya KASSOUGUE

Génétique

Mr Safiatou NIARE

parasitologie

Mr Abdoulaye KONE

Parasitologie

Mr Bamodi SIMAGA

Physiologie

Mr Klétigui Casmir DEMBELE

Biochimie Clinique

Mr Yaya GOITA

Biochimie Clinique

Mr Moussa KEITA

Entomologie Parasitologie

D.E.R DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1- PROFESSEURS

Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie,
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Adama D KEITA	Radiologie
Mr Soungalo DAO	Maladies infectieuses Chef de DER

2- MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie +
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies infectieuses
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépto-Gastro-entérologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Cheick Oumar GUINDO	Neurologie
Mr Anselme KONATE	Hépto-Gastro-entérologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie

3- MAITRES ASSISTANTS

Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Mahamadou GUNDO	Radiologie
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo- Phtisiologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Youssoufa Mamoudou Maiga	Neurologie
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr Ilo Bella DIALLO	Cardiologie

Prise en charge anesthésiologique des urgences obstétricales au Csref de Nara: Evaluation des pratiques

Mr Mamadou DIALLO	Radiologie
Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
Mr Salia COULIBALY	Radiologie
Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
Mr Japhet Pobanou THERA	Médecine Légale /Ophtalmologie

D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

1- MAITRE DE CONFERENCES

Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie Chef de D.E.R
Mr Samba DIOP	Entropologie Médicale
Mr Hamadoun SANGHO	Santé publique
Mr Adama DIAWARA	Santé publique

2- MAITRES ASSISTANTS

Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Akory Ag IKNANE	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé publique
Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médecine
Mme Fanta SANGHO	Santé communautaire

3- ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale
Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr Zoubeirou MAIGA	Physique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Cheick Oumar DIAWARA	Bibliographie
Mr Ousmane MAGASSY	Biostatistique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Lamine GAYE	Physiologie
-----------------	-------------

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A DIEU le Miséricordieux et au prophète **Mohamed(PSL)** par qui et pour qui nous devons. Qu'ils soient glorifiés pour m'avoir permis d'entamer et d'achever cette œuvre en bonne santé.

A mon père : Feu Boubacar BAH

J'aurai aimé que tu sois aujourd'hui en face de moi pour me donner plus de tonus à chaque fois que nos yeux se croiseront. Aucun mot n'est assez fort ni beau pour t'exprimer mon infinie gratitude. Repose en paix cher Papa.

A ma mère : Fatoumata Sangaré

Chère mère, tu as été et demeures pour nous tes enfants notre « tout ». Je ne saurais jamais estimer l'assistance et l'affection dont j'ai bénéficié auprès de toi. Mes amis t'ont nommé la « donatrice » car tu es cette mère qui est généreuse avec tous les enfants sans distinction avec les siens.

Qu'ALLAH te bénisse et te garde très longtemps auprès de nous.

A toutes mes tantes

C'est grâce à vous aussi que j'en suis là. J'aurais toujours à l'esprit que je vous dois tout. Je ne saurais jamais estimer l'assistance et l'affection dont j'ai bénéficié auprès de vous. Je saurais être digne de vous.

Qu'ALLAH vous bénisse et vous conserve en bonne santé très longtemps auprès de nous.

A mes oncles : Balla BAH, N' Bouya BAH

Je suis conscient de tout le soutien que vous m'apportez. Merci infiniment.

A mes grands parents

Vous n'avez pas pu être témoin de ma consécration et assister à cet instant, tournant important de ma vie. Vous avez toute ma reconnaissance. Que vos âmes reposent en paix

A mes frères et sœurs : Oumar, Moye, Tabara, Rokia, Hawa, Lala, Assiran

Compréhension, disponibilité, attention et soutien constant n'ont pas été vains mots. C'est l'occasion pour moi de vous remercier très sincèrement.

A Mme Samaké Ramata Sangaré, Mme Touré Rah Kanté

Jamais un jour je n'ai manqué de l'amour maternel car vous avez partagé avec moi l'angoisse et les stress des examens. Soyez en remerciées.

A toute la famille Diawara

Merci pour toute l'assistance et l'attention portée en moi depuis ma première année à la FMPOS.

A ma chère fiancé Aichata wallette Ataher Cissé et Familles

Aucun mot ne pourra exprimer mes sentiments envers vous. Puisse l'éternel croise nos vœux et nous donne la force et le courage d'affronter la vie.

La vie est un long chemin de parcours et je souhaite que le Tout Puissant guide vos pas vers le bon chemin, que Dieu vous donne bonne santé et longue vie.

Remerciements:

A l'Afrique toute entière.

Que la recherche de la paix et du développement soit la priorité de tes fils.
Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'état de santé de La
Population

A mon pays natal, le Mali.

Tu m'as vu naître, grandir et tu m'as permis de faire le premier pas vers
l'acquisition d'une instruction. Tu m'as donné un savoir incommensurable.
Profonde gratitude

A la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie du Mali.

Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de
formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté.

A toutes les femmes césarisées en urgence et à tous les enfants issus d'un accouchement par césarienne en urgence.

Heureuse et longue vie.

Au Dr. Georges Dacko médecin chef du CSRef de Nara.

Merci à vous de nous avoir inspiré de toutes vos expériences et conseils au sein
du service. Nous avons vu en vous un vrai modèle d'assiduité dans le travail,
nous n'oublierons guère, ces moments passés ensemble et votre souci constant
de bien former.

AUX Docteur : Chiaka Sanogo, Moulaye Baby, WALLY Soumaré, Souleymane Traoré.

Ce travail est le fruit de votre contribution. Vos conseils, votre disponibilité et
votre respect m'ont été d'un apport inestimable. Je vous suis très reconnaissant

A Mr. Mohamed Bouté

Esprit d'équipe, complicité, entraide, indulgence, conseils, échanges et respect
voilà les vertus dont vous avez fait preuve tout au long de notre collaboration, je
garderai de vous ces beaux moments passés ensemble dans le service.

A mes amis : Sékou Maiga, sekouba Traoré.

C'est pendant les moments les plus pénibles qu'on connaît ses vrais amis, c'est
le cas avec vous car vous avez été toujours au rendez-vous.
Je vous remercie pour votre sincérité et votre constante amitié.

A mes aînés du service: Docteur Ballo et Diawara

Vous nous avez appris patience, courage, courtoisie. Merci pour tous les conseils et bénédictions

A Tous le personnel soignant :

du centre de santé de référence de Nara.

du centre de santé de référence de Djenné

du centre de santé de référence de la commune VI.

du cabinet médical TENGA

Ces moments de collaborations passés avec vous restent inoubliables. Et je retiens de vous cette vertu : le respect du prochain dans le milieu professionnel

Aux médecins du service d'anesthésie-réanimation et d'urgence CHU Pt G:

Professeur YOUSOUFF COULIBALY, Professeur DOUMBIA DIENEBA DOUMBIA, Docteur MOHAMED KEITA, Docteur DRAMANE GOITA, Docteur HAMADOUN DICKO et Docteur MAMADOU KARIM TOURE

Merci pour tous vos conseils, votre attention, et la rigueur scientifique indispensable pour notre carrière.

A tous les étudiants de la région de Mopti, du cercle de Djenné, du cercle de Nara, de la commune VI du district de Bamako.

Merci pour votre soutien et pour toutes les souffrances et le bonheur que nous avons vécu ensemble pendant notre vie estudiantine, je n'oublierai jamais ces moments. Que Dieu exhausse tous nos vœux.

A mes collègues et cadets: Sékou Maiga, Oumar Bamba, Abdoulaye Sacko, Moussa Coulibaly.

Merci pour votre soutien

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A Notre Maître et Président du jury :

PROFESSEUR NIANI MOUNKORO.

-Maître de conférence à la Faculté de Médecine et d’Odontostomatologie du Mali , praticien hospitalier au centre hospitalier universitaire Gabriel Touré.

- chef de service de l’obstétrique.

- chevalier de l’ordre du mérite de la santé

Cher Maître

Nous avons été touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider le présent jury.

Vos qualités humaines et scientifiques ont suscité en nous une grande admiration. Nous gardons de vous l’image d’un maître aux qualités humaines inestimables.

Puisse Dieu vous accorder longévité, santé et bonheur pour nous permettre de bénéficier encore pour longtemps de vos immenses qualités.

Croyez, cher maître, en notre profonde gratitude et en notre respectueuse sympathie.

A notre Maître et juge :

Docteur HAMADOUN DICKO

- Médecin spécialiste en Anesthésie- Réanimation.**
- praticien hospitalier au service d'anesthésie réanimation et des urgences au CHU du point G.**

Cher Maître

Nous vous sommes très reconnaissants pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Votre courage, votre rigueur dans le travail, votre disponibilité, votre bonté nous ont beaucoup impressionnés.

Veillez accepter, cher Maître, nos sincères remerciements et notre profonde gratitude.

**A notre Maître et juge :
Docteur GEORGES DACKO**

-Médecin spécialiste en santé publique

-Médecin chef du centre de santé de référence de Nara

Cher maître,

Toute l'occasion nous est offerte ici de vous rendre hommage pour vos contributions pour la réalisation de ce travail.

Cher maître, nous avons été séduits, dès le premier contact avec vous au CSRef de Nara, par vos talents, votre goût pour la Santé, votre humanisme et votre immense disponibilité à transmettre le savoir à vos élèves.

Veillez accepter, cher Maître, nos sincères remerciements et notre profonde gratitude.

A notre Maître et Codirecteur de thèse :

Docteur MOHAMED KEITA

- Maître Assistant en Anesthésie, Réanimation et des urgences

- Praticien hospitalier au service d'anesthésie réanimation et des urgences

au CHU Point .G

- Chargé de cours à l'institut nationale de formation en science de la santé.

Cher Maître

Nous ne saurions vous remercier assez d'avoir guidé ce travail jusqu'à la fin, de nous avoir accepté dans votre service avec beaucoup de considérations.

Votre rigueur scientifique, votre assiduité dans le travail bien fait, votre bonté, votre humanisme, votre disponibilité nous ont profondément marqué.

Merci pour avoir guidé nos pas dans cette profession, pour vos conseils, votre attention, votre patience face à nos multiples sollicitations.

Soyez rassurée, cher maître de la marque de notre reconnaissance, de notre admiration et de notre profond respect.

A notre Maître et Directeur de thèse :

Pr Youssouf COULIBALY

-Professeur agrégé en Anesthésie Réanimation

-Chef du SAR et des urgences au CHU du Point.G

- Président de la SARMU- Mali

Cher maître, c'est grâce à vous que ce travail a vu le jour. Vous avez accepté à distance de nous former sans ménager votre peine. Votre grande culture scientifique, pédagogique, rigueur et disponibilité nous ont séduits dès le premier contact.

Recevez ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude et éternelle reconnaissance.

Tableaux signalétiques :	page
Tableau I : Critères d'appréciation de réveil et d'extubation15 par le score d'aldrette	
Tableau II : Produits de l'ALR26	
Tableau III : Complications de l'ALR.....27	
Tableau IV : Tranche d'âge des patientes.....31	
Tableau V : Profession des patientes.....31	
Tableau VI : statut matrimonial des patientes.....32	
Tableau VII : Provenance des patientes.....32	
Tableau VIII : Distribution des antécédents personnels.....33	
Tableau IX : Parité des patientes.....33	
Tableau X : Gestité des patientes.....33	
Tableau XI : Conditionnement préopératoire des patientes.....34	
Tableau XII : Indication opératoire des patientes.....35	
Tableau XIII : Acte opératoire..... 36	
Tableau XIV : Narcotiques utilisés.....36	
Tableau XV : Evènements indésirables.....37	
Tableau XVI : Durée de l'anesthésie37	
Tableau XVII : Durée de l'intervention38	

Liste des Abréviations :

AG = Anesthésie générale

AL = Anesthésie locale

ALR = Anesthésie loco régionale

APD = Anesthésie péridurale

ASA = American society of anesthesiologist

ATCD = Antécédent

BGR = Bassin généralement rétréci

CI = Contre indication

CP = Comprimé

CPN = Consultation prénatale

CSRéf = Centre de Santé de Référence

DNS = Direction nationale de la santé

DFP = Disproportion fœto pelvienne

DLG = Décubitus latéral gauche

EI = Evénement indésirable

EVS = Echelle verbale simple

FC = Fréquence cardiaque

FR = Fréquence respiratoire

GEU = Grossesse extra utérine

H R P = Hématome retro placentaire

HTA = Hypertension artérielle

IM = Intra musculaire

IOT = Intubation oro-trachéale

IV = Intra veineuse

IVD = Intra veineuse directe

IVDL = Intra veineuse directe lente

LCR = Liquide céphalo Rachidien

Per op = Per opératoire

Post op = Post opératoire

RA = Rachianesthésie

RGPH= Recensement général de la population et de l'habitat

S A R= service d'anesthésie - réanimation

S/C = Sous cutanée

TA = Tension artérielle

T °c = Température degré Celsius

Tx Hb = Taux d'hémoglobine

Tx Hte = Taux d'hématocrite

SOMMAIRE :

	Page
I. INTRODUCTION.....	1 - 2
II. OBJECTIF.....	3
III. GENERALITES	
1. Définitions.....	4-5
2. Historique.....	6
a) Histoire de l'anesthésie.....	6-7
b) Historique de la césarienne	7-8
3. Rappels anatomiques.....	9
4. Modifications physiologiques induites par la grossesse.....	10-11
5. Techniques d'anesthésie	11-24
6. Indications de l'anesthésie locorégionale.....	24-25
7. Contre indications de l'anesthésie locorégionale ALR.....	25
8. Avantage des césariennes sous anesthésie locorégionale.....	25
IV. METHODOLOGIE	
1. Cadre d'étude.....	28
a) Présentation	28
b) Aperçu général sur le cercle de Nara.....	28-29
2. Type d'étude.....	29
3. Période d'étude.....	29
4. Population d'étude.....	29
5. Critères d'inclusion.....	29
6. Critères de non inclusion.....	29
7. Matériels et Méthodes.....	29
8. Variables mesurées.....	30
9. gestion des données.....	30

V- RESULTATS.....	31-38
VI- COMMENTAIRES & DISCUSSION.....	39-42
VII- CONCLUSION & RECOMMANDATIONS.....	43-44
VIII- REFERENCES	45-50
IX- ANNEXES.....	51-67

I- INTRODUCTION

L'urgence médicale se définit comme toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement. Ainsi les urgences obstétricales sont les situations cliniques mettant en jeu le pronostic vital, fonctionnel, maternel et/ou fœtal. Elles nécessitent une prise en charge associant obstétriciens, pédiatres et anesthésistes- réanimateurs et cela au moment opportun [1].

Leur prise en charge nécessite le plus souvent une intervention chirurgicale à savoir une césarienne voire même une chirurgie d'hémostase. L'anesthésie occupe dans cette thérapeutique une place primordiale.

Les urgences obstétricales sont plus fréquentes dans les pays en voie de développement où elles sont responsables d'une mortalité fœto – maternelle élevées soit 527.000 décès maternelles par an contre 25.000 dans les pays développés [2] et en Afrique les urgences gynéco obstétricales seraient responsables de 30 à 98% de la mortalité maternelle globale [3]. Au Mali, selon l'EDSM IV [4] le taux de mortalité est évalué à 464 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes.

Une enquête sur la pratique de l'anesthésie en France en 1996 a révélé 525.000 anesthésies pour des actes obstétricaux correspondant à 371.000 analgésies, 122.000 anesthésie pour césarienne et 32.000 anesthésies en rapport avec d'autres actes liés à l'accouchement comme les révisions utérines ou les délivrances artificielles par exemple [6].

L'anesthésie obstétricale en urgence est une situation qui doit être discutée avec l'obstétricien, au moins pour connaître le degré de l'urgence afin d'adapter la technique anesthésique à la situation, car la plupart des accidents anesthésiques obstétricaux surviennent au cours d'une situation anesthésique urgente (difficulté d'intubation et inhalation pulmonaire) aussi l'anesthésiste doit intégrer dans sa prise en charge maternelle, les modifications physiologiques de la grossesse qui vont interférer avec les traitements envisagés.

Aux États-Unis, les complications anesthésiques représentent la sixième cause de mortalité maternelle du peripartum et 80 % surviennent dans des situations d'urgence. L'échec de l'intubation et l'inhalation du contenu gastrique restent les causes majeures de la morbi-mortalité maternelle. Ainsi, l'évaluation anté partum des risques de complications de l'anesthésie doit être faite lors de la consultation anesthésique, afin de prévoir les accouchements à risque (score d'intubation, allergies, grossesse gémellaire, maladie thromboembolique).

Le choix du type d'anesthésie est fonction de l'état du fœtus, de la mère, de la situation d'urgence, des antécédents maternels, de l'expérience et des possibilités qui s'offrent à l'anesthésiste.

La mortalité maternelle imputable à l'anesthésie générale (AG) est environ de 1/30.000. Elle est le plus souvent liée à une intubation difficile et/ou à un syndrome de Mendelson [5].

L'anesthésie obstétricale est une anesthésie difficile, c'est le seul cas où elle tient compte de deux vies : celle de la mère et du fœtus.

Au Mali, la plupart des urgences obstétricales sont prises en charge dans les structures périphériques où le personnel et le plateau technique demeurent insuffisants.

Nous n'avons pas eu connaissance d'une étude menée au niveau du CSRef de Nara sur la prise en charge anesthésiologique des urgences obstétricales. C'est pourquoi nous nous proposons de faire ce travail qui nous permettra de comparer les pratiques quotidiennes du Csref de Nara aux normes en vigueur afin de faire ressortir les insuffisances.

Pour cela nous, nous sommes fixés les objectifs suivants :

II-Objectifs :

1. général :

Évaluer les pratiques anesthésiologiques dans la prise en charge des urgences obstétricales au CSRef de Nara

2. spécifiques :

- Déterminer la fréquence des urgences obstétricales,
- Répertorier les techniques anesthésiques dans la prise en charge des urgences obstétricales,
- Déterminer les évènements indésirables liés à l'anesthésie pour urgences obstétricales.

III- GENERALITES

1) Définitions :

Anesthésiologie : Science de l'anesthésie et l'ensemble des techniques qui s'y rattachent. [7]

Anesthésie : L'anesthésie est la suppression pharmacologique de la sensibilité consciente, (la douleur, la motricité, le tact et le thermique : Chaud ou froid). C'est un ensemble de techniques qui permettent la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical ou médical. (Endoscopique ou radiologique) en supprimant ou en atténuant la douleur [7]. Elle peut être générale, locale ou locorégionale.

Anesthésie générale AG : C'est un acte médical dont l'objectif principal est la suspension temporaire et réversible de la conscience et de la sensibilité douloureuse, obtenue à l'aide de médicaments (drogues anesthésiques) administrés par voie intraveineuse et/ou inhalatrice. [24]

Anesthésie Locale AL : C'est une anesthésie obtenue soit par application d'anesthésiques locaux au niveau d'une lésion cutanée ou des muqueuses, soit par infiltration. C'est-à-dire par injection d'un agent anesthésique dans un espace sous cutané ou une paroi musculo-aponévrotique pour obtenir une action locale bloquant la genèse du message douloureux. [27]

Anesthésie Loco régionale ALR ou Bloc nerveux :

Consiste à obtenir une anesthésie chirurgicale ou une analgésie d'un membre par l'injection d'un produit anesthésique à proximité du nerf innervant ce membre [8]

Obstétrique : est une spécialité médico-chirurgicale qui a pour objet l'étude de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement [10 ,21] la sage femme et le médecin en sont les principaux praticiens.

Urgences Obstétricales : Sont toutes les situations cliniques pouvant mettre en jeu le pronostic vital, fonctionnel maternel et/ou fœtal. [10]

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

Urgences absolues : la vitalité materno-fœtale est en danger imminent. Parmi ces indications on peut citer (placenta prævia, hématome rétro placentaire la rupture utérine, l'éclampsie, souffrance fœtale aiguë, les présentations vicieuses; la dystocie dynamique).

Urgences relatives : la mère n'est pas sous la menace d'une complication vitale et le fœtus est l'objet d'un risque imminent. Ce sont des indications liées au bassin généralement rétréci, disproportion fœto pelvienne, bassin limite, bassin asymétrique ; [25]. Les principales urgences obstétricales nécessitant une intervention anesthésiologique sont :

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

La césarienne : La césarienne est l'extraction du fœtus après ouverture préalable de la cavité utérine par incision chirurgicale : Elle s'exécute toujours par voie abdominal sous ombilicale, exceptionnellement de nos jours par voie vaginale [11, 21].

La gestité : la gestité est le nombre de grossesse faite par une femme.

Pauci geste : on parle de pauci geste, une femme dont la gestité est comprise entre deux (2) et quatre (4).

Multi geste : une femme qui a fait plus de quatre gestités.

La parité : est le nombre de maternité ou d'accouchement faite par une femme.

Pauci pare : une femme dont le nombre d'accouchement est compris entre deux (2) et quatre (4).

Multipare : une femme qui a fait plus de cinq maternités.

2) Historique :

a) Histoire de l'anesthésie [1]

L'anesthésie générale a été découverte dans la 1^{ère} moitié du XIX siècle.

Des écrits babyloniens et égyptiens nous enseignent que déjà des efforts avaient été faits plusieurs siècles avant J-C pour diminuer, sinon supprimer, les sensations douloureuses ; mais les seuls sédatifs connus ont été fort longtemps avec l'alcool, des extraits de plantes telles que la mandragore, la jusquiame, le pivot HUNTER et LARREY reconnaissent l'influence du froid; MORGANI et FLEMMING découvraient l'intérêt de la compression circulatoire.

La découverte de l'anesthésie générale est attribuée classiquement à CRAWFORD WILLAM LONG médecin à Jefferson en Georgie en 1842 qui reconnaît les propriétés enivrantes des vapeurs d'éther et pratique la 1^{ère} anesthésie générale.

L'oxygène et le protoxyde ont été découverts par PRIESTLEY.

En 1844 WELLS, a eu l'idée d'utiliser chez l'homme les propriétés narcotiques du protoxyde d'azote.

La reine VICTORIA, impératrice d'Angleterre et des Indes a bénéficié d'une analgésie au chloroforme pour la naissance de son enfant le prince Albert.

En 1869, CLAUDE BERNARD utilise pour la 1^{ère} fois la « prémédication à la morphine avant l'anesthésie combinée».

DASTRE et MORAT décrivent l'association morphine-atropine destinée à «protéger» le sujet des accidents de l'anesthésie.

En 1871, TRENDLENBURG introduit une sonde dans un orifice de trachéotomie.

MAC EWEN dès 1878 décrit la véritable intubation endotrachéale.

Ce sont les travaux de PAUL BERT sur la pression des gaz qui ont permis la création des premiers appareils d'anesthésie par HEWITT.

En 1884, KOLLER introduit en clinique les anesthésiques de conduction, les anesthésies locales de surface, les infiltrations. En 1894 on assiste à la vulgarisation de la rachianesthésie par CORNING.

- L'anesthésie moderne de 1932 à nos jours.

Elle est essentiellement caractérisée par des découvertes pharmacodynamiques extrêmement importantes et qui ont entraîné de profondes transformations des techniques et, par là une modification fondamentale de la conception même que l'on avait de l'anesthésie générale; ceci en trois étapes principales:

- 1932: l'anesthésie par voie veineuse aux barbituriques d'action rapide l'évipan sodique employé pour la 1^{ère} fois en Allemagne par REINOFF, puis deux ans plus tard avec le penthiobarbital ou pentothal vulgarisé aux Etats-Unis par LUNDY et en 1926 LUNDY insistait à nouveau sur la nécessité de réaliser «des anesthésies équilibrées».

- La seconde est dominée par l'introduction des curares en anesthésie grâce à leurs propriétés myorelaxantes.

- La troisième étape est caractérisée par l'introduction dans la pharmacopée des anesthésiologistes, des drogues puissantes à effet analgésique ou neuroleptique.

Dès 1950, H. LABORIT et P HUGUENARD présentent un protocole «d'anesthésie potentialisée».

-1952 la découverte de la chlorpromazine et l'acépromazine ont permis de définir «la neuroplégie» qui cherche à obtenir une protection étendue par la mise au repos du système nerveux dans son ensemble.

b) -Historique de la césarienne: [21].

L'histoire de la césarienne est assez polymorphe tant dans l'origine du mot que dans l'évolution de l'intervention.

Elle a un caractère légendaire souvent mythique. Les noms d'INDR, de BOUDDHA, DIONYSOS, JULES CESAR, ESCULAPE lui sont rattachés. Ce mode de naissance est synonyme de puissance, de divinité ou de royauté. L'association de l'intervention à cette mythologie, crée un terrain de discussion quant à l'origine du mot, bien qu'elle dériverait schématiquement du latin «CAEDERE» qui signifie couper.

Malgré le rapprochement qu'on puisse faire entre son nom et la césarienne, JULES CESAR ne serait pas né de cette façon, sa maman ayant survécu plusieurs années après sa naissance, chose quasi-impossible à cette époque où la mortalité des mères était de 100% après cette intervention.

La seconde étape de la césarienne dura environ trois siècles, de 1500 à 1800, durant lesquels, elle apparaît comme un véritable pis-aller, à cause de l'incertitude qui la caractérisait, alors Les faits marquants cette période sont:

- 1500: JACOB NÜFER, châtreur de porc suisse de Thurgovie, effectua et réussit la première césarienne sur sa femme vivante.
- 1581: FRANCOIS ROUSSET publia le «traité nouveau d'hystérotocotomie ou enfantement cesarin» qui est le premier traité sur la césarienne en France;
- 1596: MARCURIO dans «la comare o rioglitrice» préconise la césarienne en cas de bassin «barré»;
- 1721: MAURICEAU, comme AMBROISE PARE dans un second temps, condamne la césarienne. BAUDELOCQUE fut un grand partisan de la césarienne à l'époque (seconde moitié du XVIII^e siècle);
- 1769: première suture utérine par LEBAS au fil de soie;
- 1788: introduction de l'incision transversale de la paroi et de l'utérus par LAUVERJA;
- 1826: césarienne sous péritonéale par BAUDELOCQUE;
- 1876: introduction de l'extériorisation systématique de l'utérus suivie d'une hystérectomie en bloc après la césarienne par PORRO.
- La troisième étape de la césarienne, celle de sa modernisation, s'étale sur environ un siècle. Elle n'aurait pas vu le jour sans l'avènement de l'asepsie et de l'antisepsie qui a suscité de grands espoirs.

De nouvelles acquisitions techniques ont réussi à conférer à l'intervention une relative bénignité.

3) - RAPPELS ANATOMIQUES:

Deux éléments sont importants à signaler, il s'agit de l'utérus gravide et la filière Pelvienne

3-1- L'utérus gravide : Il comprend 3 parties

Le segment inférieur constitue avec le corps et le col les trois parties de l'utérus gravide. Sauf cas particuliers, tous les auteurs sont unanimes que l'incision de césarienne doit porter sur le segment inférieur. «Ce n'est pas une entité anatomique définie» selon LACOMME. Son origine, ses limites, sa structure faisant l'objet de discussion entre les auteurs, nous nous limiterons à rappeler ses rapports dont la méconnaissance pourrait favoriser la survenue de complications opératoires.

En avant :

Le péritoine vésico-utérin épaissi par l'imbibition gravidique et facilement décollable.

La vessie, qui, même vide reste au dessus du pubis. Elle peut être refoulée Vers le bas.

Latéralement :

La gaine hypogastrique contenant les vaisseaux utérins croisés par l'uretère.

En arrière :

C'est le cul-de-sac du Douglas, séparant le segment inférieur du rectum et du promontoire.

3-2- Le canal pelvi-génital

Il comprend deux éléments :

Le bassin ;

Le diaphragme musculo-aponévrotique du périnée. [24].

4) - MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES INDUITES PAR LA GROSSESSE

4-1- Appareil respiratoire :

Les hormones sexuelles entraînent une congestion et un œdème des voies aériens supérieurs dès le premier trimestre de la grossesse en diminuant le calibre de la trachée. Ils entraînant une hyper vascularisation et une fragilité capillaire qui favorisent les saignements rendant l'intubation difficile.

Le volume de l'ensemble de l'utérus, placenta fœtus entraîne un déplacement du diaphragme on assiste a une hyperventilation, une augmentation de la ventilation minuté, une sensation de dyspnée.

En fin de grossesse on a un risque d'hypoxie la capacité résiduelle diminue.

Il faut une préoxygénation qui est obligatoire en péridurale.

4-2- Appareil cardiovasculaire :

Une anémie physiologique de dilution apparaît au milieu du deuxième trimestre. Le taux d'hémoglobine chute de 14 à 12 g/dl en moyenne.

On note une augmentation du débit cardiaque qui apparaît dès le premier trimestre.

On a un risque de baisse de débit cardiaque à partir de la 2ème semaine d'aménorrhée en décubitus dorsal : syndrome de compression aorto-cave.

Une compression aorto-iliaque entraîne une baisse du débit placentaire et provoque une souffrance fœtale.

Le DLG de 20° et la surélévation de la hanche droite sont obligatoires chez la femme enceinte pour prévenir la compression aorto-cave.

4-3-Modifications rénales : La rétention hydro sodée entraîne une augmentation de l'eau totale entraînant la prise de poids au cours de la grossesse. On a une augmentation de la filtration glomérulaire et une augmentation de l'élimination urinaire de certains médicaments.

4-4-Modifications digestives:

On a une incompétence du sphincter de l'œsophage, le reflux est fréquent. Au 3ème trimestre, l'utérus augmente de volume, ce qui déforme l'estomac (horizontalité avec augmentation de la pression intra gastrique). La femme enceinte est considérée comme un sujet à estomac plein dès la 12SA, elle est exposée à un risque de régurgitation et/ou l'inhalation de liquide gastrique : syndrome de Mendelson.

4-5-Modifications hématologiques et immunologiques :

Parallèlement à l'anémie physiologique, il existe une élévation progressive de la leucocytose liée à la polynucléose neutrophile jusqu'à la 30ème semaine d'aménorrhée. Le nombre de plaquettes diminue légèrement. Il existe un état d'hypercoagulabilité au cours de la grossesse normale et des premiers jours du post partum, le système fibrinolytique est globalement déficitaire.

La grossesse modifie l'efficacité du système immunitaire pour permettre le développement harmonieux et limité du trophoblaste tout en conservant les moyens de défense efficaces contre les agressions habituelles. [31].

4-6-Modifications anatomiques : (parturiente à terme)

Il existe une hyper lordose au cours de la grossesse dont le maximum est en L2 et L3.

Le volume de l'espace péridurale est diminué chez la femme enceinte d'environ 1/3, la compliance est diminuée par la dilatation veineuse [18].

5) TECHNIQUES D'ANESTHESIE

5-1-Examen préopératoire ou consultation d'anesthésie :

Elle revêt une grande importance et permet d'évaluer le risque opératoire et établir une technique d'anesthésie adaptée à chaque cas.

La consultation d'anesthésie fait partie intégrante du concept de sécurité anesthésique. Depuis le décret 94 – 1050 du 5 décembre 1994, la consultation d'anesthésie s'est inscrite en France dans un cadre médico-légal.

Il est expressément stipulé qu'elle :

- est obligatoire avant toute intervention programmée,

- doit avoir lieu (plusieurs jours avant l'intervention en dehors de l'urgence)
- est effectuée par un Médecin anesthésiste réanimateur dans le cadre des consultations externes, dans son cabinet ou dans les locaux de l'établissement,
- donne lieu à un document écrit,
- inclue les résultats des examens complémentaires et des éventuelles consultations spécialisées.
- insérée dans les dossiers médicaux du patient.

Ne se substitue pas à la visite pré anesthésique effectuée par un médecin anesthésiste réanimateur dans les heures qui précèdent le moment prévu pour l'intervention.

La consultation d'anesthésie se situe donc avant tout acte thérapeutique ou diagnostique pratiqué sous anesthésie générale, anesthésie locorégionale ou sédation. Elle doit être adaptée au degré d'urgence, à l'état du patient, à l'acte et à l'anesthésie projetés.

Il faut une organisation parfaite, car il existe une instabilité de la patiente dans les situations d'urgences. Il faut préparer tous les matériels nécessaires pour assurer le plateau d'urgence (Sonde d'intubation, matériels pour transfusion rapide etc.). La prévention du syndrome de Mendelson doit être systématique quelque soit le type d'anesthésie, car Il constitue la principale cause de mortalité maternelle [7, 8].

La consultation d'anesthésie comprend : [34]

- **Abord psychologique :**

Il est très utile surtout au moment où la patiente entre dans un milieu qui lui est étranger (bloc opératoire) et qu'elle appréhende.

L'aspect technique du conditionnement ne doit pas faire oublier une nécessaire prise en charge psychologique.

- **L'anamnétique :**

Recherche les affections pathologiques antérieures ; les traitements en cours (corticoïdes, neuroleptiques, antihypertenseurs et anticoagulants et autres somnifères ou médicaments amaigrissants) ; les antécédents anesthésiques et allergiques ; les habitudes alimentaires.

Cet aspect est très souvent anticipé dans la prise en charge.

- **Examen physique :** cet examen est orienté vers certains points.

Evaluation des grandes fonctions :

Cardiovasculaire : (pression artérielle, fréquence cardiaque auscultation du cœur et des carotides)

Pulmonaire : (auscultation, capacité vital, fréquence respiratoire peek – flow)

Neurologique : atteinte musculaire, fonctions cognitives

Etat nutritionnel.

Etat vasculaire : (accès veineux pour perfusion, accès artériel pour pression artérielle sanglante, varices pour risque thromboembolique)

Difficultés prévisibles d'intubation : (cou court, ouverture de bouche limitée, score de Mallampati de 3 ou 4)

Etat dentaire : (prothèse dents, fragiles et mobiles)

- **Examen complémentaire :**

Sont souhaités par l'anesthésiste :

Avant une anesthésie locorégionale (ALR) : bilan d'hémostase

En cas de chirurgie à risque hémorragique : groupe sanguin et rhésus.

Sont justifiés par l'existence d'une maladie connue, stabilisée ou évolutive : ECG, radiographie du thorax, NFS, plaquettes, ionogramme, créatinine, échographie cardiaque, doppler carotidien épreuve d'effort).

Classification ASA :

- ASA- 1 : patiente ne souffrante d'aucune pathologie que celle qui nécessite l'intervention projetée.
- ASA- 2 : patiente souffrante d'une perturbation modérée d'une grande fonction.
- ASA- 3 : patiente souffrante d'une perturbation grave d'une grande fonction.
- ASA- 4 : risque vital imminent.
- ASA- 5 : patiente moribonde.

NB : La lettre U est ajoutée à la classification à chaque fois qu'il s'agit d'une urgence

5-2) - Technique :

A- Anesthésie générale : [1]

a)- Indications :

Toutes les urgences maternelles entraînant une hypotension ; hémorragie ; Souffrances fœtales et tous les cas de contre indication à l'anesthésie locorégionale.

b)- Réalisation pratique :

Installation et pré oxygénation : Il faut vérifier le matériel, prendre une voie veineuse sûre et efficace, installer le monitoring ; la patiente doit être en décubitus latéral gauche.

Prémédication : Elle permet d'obtenir : la sédation de la patiente, une amélioration de l'anesthésie par une diminution des besoins en oxygène et en drogues, une augmentation de l'activité protectrice.

Dans le cadre de la césarienne en urgence, elle se limite à l'administration de vagolytique (sulfate d'atropine et les antiacides)

L'induction : Il se fait par un narcotique (kétamine, thiopental ou propofol).

Le thiopental reste largement utilisé pour réaliser l'induction lors d'une césarienne. Cela tient à sa rapidité d'action entraînant une narcose en moins de trois minutes. Le passage placentaire de ce produit est très rapide avec un pic plasmatique apparaissant en moins d'une minute dans la veine ombilicale. Cependant si la dose d'induction est inférieure 4mg/kg les concentrations faibles auxquelles sera exposé le cerveau fœtal ne s'accompagneront pas d'une dépression néonatale.

La kétamine reste également utilisée dans cette indication. Elle réduit l'incidence des mémorisations maternelles [1]. Elle est celle qui s'adapte le mieux à nos conditions de travail.

La curarisation se fait avec la succinylcholine ou un pachycurare.

L'intubation oro-trachéale est réalisée en séquence rapide avec la manœuvre de Sellick et enfin la normo ventilation avec de l'oxygène pur. L'intubation reste un moment critique de cette anesthésie. En effet la filière glottique est souvent rétrécie du fait de la congestion muqueuse habituelle chez la femme enceinte.

Elle est facilitée par le myorelaxant, le produit de choix reste la succinylcholine à cause de sa brièveté d'action malgré le risque d'histaminolibération [10-11].

Entretien : L'entretien se fait par un halogéné et/ou un narcotique en réinjection après extraction du fœtus ; l'analgésie peut se faire par un morphosémanthique toujours après extraction fœtale. L'injection d'ocytocine permet une bonne rétraction utérine après la délivrance et limite de ce fait les pertes sanguines.

Réveil :

Critères d'appréciation de réveil et d'extubation par le score d'aldrette [34]

Tableau I :

SCORE DE REVEIL D'ALDRETTE		
Items	Score	Signes cliniques
Activité motrice	2	Mobilise ses quatre membres
	1	Mobilise deux membres
	0	Aucun mouvement
Respiration	2	Grands mouvements respiratoires+toux
	1	Efforts respiratoires limités ou dyspnée
	0	Aucune activité respiratoire spontanée
Hémodynamie	2	PA systolique \pm 20% valeur préopératoire
	1	PA systolique \pm 20-50% valeur préopératoire
	0	PA systolique \pm 50% valeur préopératoire
Conscience	2	Complètement réveillé
	1	Réveillé à l'appel de son nom
	0	Aucun réveil à l'appel
<i>Saturation en oxygène</i>	2	96 – 100 %
	1	<96 %
	0	Pas de saturation

Le bon score est de [8-10]

c) Les complications :

Les complications majeures menacent la patiente sous anesthésie générale l'hypoxie, le syndrome de Medelson, le laryngospasme, le bronchospasme.

L'intubation trachéale peut aussi être à l'origine d'une poussée hypertensive plus particulièrement chez les patients hypertendus et/ou toxémiques.

C'est au cours de la période de réveil que surviennent la majorité des accidents liés à l'anesthésie : les accidents respiratoires qui sont les plus fréquemment observés (dépression respiratoire, pneumothorax, atélectasie, etc.), suivis avec une moindre incidence par les accidents cardiovasculaires (épisode d'hypotension ou d'hypertension, ischémie myocardique). Ces accidents cardiovasculaires ont un pronostic plus sévère. Les autres complications sont fonction de l'état antérieur de la patiente.

d)- Pharmacologie succincte des principaux médicaments d'AG : [8 ,13

✓ **Préméditation :**

Atropine

➤ **Données pharmacologiques**

Effet anti cholinergique :

L'atropine est un asséchant des sécrétions bronchiques, salivaires, des larmes, de la sueur.

Elle exerce un effet spasmolytique sur les bronchioles, le tractus digestif.

Elle entraîne une mydriase : (CI dans le glaucome), une tachycardie, une vasodilatation modérée.

Effet stimulant central :

- l'atropine provoque une légère augmentation du rythme et de l'amplitude respiratoire.

- à dose élevée il existe des phénomènes d'excitations, hallucinations, et confusions

➤ **Données cliniques**

L'atropine est présentée en ampoule de 1ml, dosée à ¼. ½ et 1mg.

Dose habituelle : ½ à ¾ mg chez l'adulte en injection IM.

-S/C : ¾ heure avant l'intervention ou IV.

✓ **Induction :**

Le Thiopental ou Penthiobarbital, (Pentothal®, Nesdonal®)

➤ **Données pharmacologiques :**

Ses principales propriétés sont :

-effet narcotique puissant

-aucun effet analgésique.

-effet parasympathomimétique : toux, spasme laryngé, bronchique possible.

-dépression respiratoire : apnée d'induction, ventilation minute diminuée.

-chute lésionnelle de 15 à 30%, tachycardie discrète.

-pas de résolution musculaire.

-passe la barrière placentaire.

-sommolence résiduelle fréquente.

-potentialisation par les neuroleptiques et analgésiques.

➤ **Données cliniques**

Sur le plan clinique :

-l'induction est ultrarapide (1mn)

-le réveil est progressif.

-nécessité de doses répétées.

-une prémédication avec l'atropine est souhaitable.

-le penthotal peut être associé à la plupart des drogues employées en anesthésiologie.

-Dose adulte : 0,20 à 1g selon l'association

La kétamine (Kétalar®.)

➤ **Données pharmacologiques**

Ses principales propriétés sont :

- narcotique puissant.
- action onirique marquée, parfois hallucinations.
- analgésie relative.
- les réflexes sont conservés
- il existe peu de relâchement musculaire.
- il existe une hypertension, tachycardie plus ou moins, une dépression respiratoire peu marquée.
- le réveil est agité (hallucinations).

➤ **Données cliniques**

Posologie :

1 à 4 mg/Kg/IV ;

3 à 7 mg/Kg/IM.

- injection lente-perte de conscience en 30 à 60 secondes /IV.
- durée d'action moyenne : 10 à 12mn.
- réinjection possible.

Le propofol (Diprivan®)

➤ **Données pharmacologies**

Ses principales propriétés sont

- effet essentiellement hypnotique perte de conscience brève, et proportionnelle à la vitesse d'injection.
- réveil rapide et de bonne qualité.
- diminution de la pression artérielle.
- pas d'effet bronchodilatateur.
- pas d'effet d'histaminolibération notable.

➤ **Données cliniques**

Présentation

- ampoule de 20 ml dosée à 200mg (10mg par ml).
- flacons de 50 ml dosée à 500mg (10mg par ml).
- flacons de 100 ml dosée à 1000 mg (10 mg par ml).
- agent anesthésique d'induction et d'entretien pour les interventions de courte et moyenne durée.
- anesthésie locorégionale : sédation de complément.
- délai d'action : 30 à 40 secondes IV.
- durée d'action 5 à 10 mn IV.
- dose adulte d'induction 2-2,5 mg/kg IVDL (environ 30 s).
- entretien 1/3 de la dose d'induction IV, ou administration continue 6-12 mg/kg/h

CI absolue : absence de matériel de réanimation

L'iodure de Suxaméthonium (Celocurine®)

➤ **Données pharmacologiques**

Les principales propriétés de ce produit sont.

- ne traverse pas la barrière hémato-encéphalique.
- paralysie des muscles respiratoires.
- bronchospasme possible.

Effets indésirables

- bradycardie, trouble du rythme.
- histaminolibération, choc anaphylactique, bronchospasme.
- Hyperkaliémie.

➤ **Données cliniques**

- ampoules de 10 ml dosées à 100 mg (10 mg/ml).
- intubation difficile.
- intubation en cas d'estomac plein (emploi controversé),
- acte chirurgical bref (ex. réduction de luxation).
- chirurgie des cordes vocales et de l'arbre bronchique sous jet ventilation en particulier laser.
- endoscopie des voies aériennes.
- dose d'induction : 0,8-1 mg/kg/heure IV (monitorage de la myorelaxation).

CI : Absence de matériel de ventilation.

Antécédents d'allergie à la succinylcholine.

Hyperkaliémie : insuffisance rénale sévère, polytraumatisés, brûlés graves.

Toxémie gravidique.

Le bromure de vecuronium (Norcuron®)

➤ **Données pharmacologiques**

Ses principales propriétés sont :

- Ne traverse pas la barrière hémato-méningée.
- ampoules de 4 mg de lyophilisat à diluer dans 1 ml d'eau distillée pour préparation injectable (4 mg/ml).
- ampoules de 10 ml dosées à 10 mg (1 mg/ml).

Indication : permet l'intubation endotrachéale dans e bonnes conditions.

-délai d'action 3-5 mn.

-durée d'action 20-30 mn.

Adulte : dose d'induction 0,05-0,10mg/kg IVDL

(Dose d'intubation= 0,1mg/kg).

CI absolue : absence de matériel de ventilation ou d'administration préalable d'anesthésique.

-antécédents d'hypersensibilité au Norcuron.

Après clampage du cordon ombilical

La morphine :

➤ **Données pharmacologiques**

Les principaux effets utiles de la morphine sont :

- analgésique central.
- durée d'action et degré d'analgésie proportionnels à la dose.
- action sédatrice.
- euphorie.
- hypnotique en l'absence de stimulation.
- baisse du métabolisme et de l'excitabilité générale (parfois)

Effets secondaires :

- dépression respiratoire, du réflexe de toux.
- broncho-constriction (CI dans l'asthme).
- nausée, vomissement.
- myosis.
- bradycardie.
- chute tensionnelle modérée.
- traverse la barrière placentaire.

➤ **Données cliniques**

- chlorhydrate de morphine.
- ampoule dosées à 1cg.
- dose habituelle chez l'adulte est de 0,001 à 0,015g chez l'adulte en S/C ou en IM.
- plus grande rapidité de la voie intramusculaire (30' à 45').-Durée d'action : 4 à 6h.

Benzodiazépines : Le diazépam (Valium®)

➤ **Données pharmacologiques**

Il s'agit d'un produit :

- anxiolytique puissant.
- myorelaxant.
- anticonvulsivant.
- psycho sédatif.
- hypnotique-sédatif (analgésie relative).
- potentialisateur.

➤ **Données cliniques**

- Présenté en CP à 2 mg, 5 mg ; en suppositoire à 10 mg ; en sirop (30 gouttes : 10 mg) ; en ampoules à 10 mg.
- Emploi en CP la veille de l'intervention : 5-10 mg ; ou en injection IM une heure avant : 10-20 mg.

B -ANESTHESIE LOCO REGIONALE :

1) La rachianesthésie

a)-Définition :

- La rachianesthésie est l'introduction d'une solution anesthésique locale dans l'espace sous arachnoïdien, après ponction lombaire [8-12].

b) Rappel anatomique du rachis :

Le rachis est formé par la superposition de trente trois (33) vertèbres dont sept. (7) vertèbres cervicales, douze (12) dorsales, cinq (5) lombaires, cinq (5) sacrées, quatre (4) coccygiennes. La superposition des corps et des disques en avant, des arcs vertébraux et de leur ligament en arrière délimite le canal rachidien qui contient la moelle épinière, les méninges, les vaisseaux, le liquide rachidien, les racines rachidiennes.

L'espace sous arachnoïdien compris entre la pie mère et l'arachnoïde contient le liquide céphalorachidien (LCR) ce liquide d'un volume de 120-150 ml dont 30-35

contenu dans la leptoméninge est un liquide eau de roche reparti en deux secteurs : l'un profond ventriculaire, l'autre superficiel sous arachnoïdien [4-5].

c) Mécanisme :

La rachianesthésie réalise une véritable section pharmacologique de la moelle, établissant le contact direct et immédiat de l'anesthésique avec la moelle. Donc elle est plus rapide et puissante que la péridurale. Les anesthésies rachidiennes entraînent un bloc sensitif, un bloc moteur, un bloc sympathique entraînant la vasoplegie avec chute de la tension artérielle. Le bloc moteur survient en dernière position [8-13].

d)- Réalisation pratique :

Une perfusion est placée systématiquement.

-Matériel : Il existe de nombreux types d'aiguilles qui diffèrent par leur calibre et le biseau. Les plus utilisées sont les 22G-25G à biseau court muni d'un mandrin qui permet d'augmenter leur rigidité.

f) -Technique : La ponction se fait au niveau de la région lombaire entre L2-L3, L3-L4, La position assise lorsqu'elle est possible facilite le repérage osseux et rend aisée la ponction.

Une fois l'introducteur placé dans la direction souhaitée, l'aiguille munie de son mandrin est avancée, le biseau parallèle au plan sagittal jusqu'en position sous arachnoïdienne, on retire alors le mandrin pour permettre au LCR de s'écouler. L'aiguille est fermement maintenue en place tandis qu'on adapte la seringue contenant la solution à injecter. L'injection est effectuée avec ou sans barbotage lentement ou plus rapidement selon le niveau souhaité.

Le test d'aspiration peut être effectué en cours et en fin d'injection. Celle-ci terminée le matériel est retiré et le site de ponction protégé par un tampon stérile. Cette technique connaît actuellement un regain de faveur lié essentiellement à une amélioration du matériel et des solutions d'anesthésiques locaux.

Cependant la brutalité de sa vasoplegie fait que certains auteurs préconisent le recours à une administration prophylactique d'éphédrine.

Elle offre plusieurs avantages à cause de sa rapidité d'action, sa simplicité, et le bloc neurosensoriel total. La qualité de l'anesthésie qu'elle procure semble meilleure que l'anesthésie péridurale [13].

2)- L'anesthésie péridurale

a) Définition : L'anesthésie péridurale est l'injection d'une solution anesthésique locale dans l'espace péridural. C'est une anesthésie métamérique et segmentaire, elle peut être anesthésique ou analgésique [14].

b) Rappel anatomique de l'espace péridural :

L'espace péridural sépare le fourreau ostéoligamentaire rachidien de la dure mère, méninge la plus externe. L'espace péridural est limité en haut par la fusion des dures mères rachidienne et crânienne au trou occipital et s'étend en bas jusqu'à hiatus sacré fermé par la membrane sacro coccygienne.

L'espace a une forme grossièrement cylindrique présentant des expansions latérales au niveau des trous de conjugaison [16].

c) Matériel : Sont utilisés les aiguilles de tuohy 17-18G, les seringues 5-10CC et le nécessaire pour l'asepsie.

d) Technique : L'apprentissage et la maîtrise d'une technique correcte d'identification de l'espace péridural sont les éléments essentiels de sécurité et de fiabilité.

En position assise, après désinfection soigneuse de la région lombaire, une aiguille 22G permet d'infiltrer les tissus les plus profonds.

L'identification de l'espace repose sur deux techniques :

- L'existence d'une pression péridurale négative, notamment lors de l'aspiration : technique de la goutte pendant (Gutierrez 1993).
 - Résistance élastique opposée à l'avancée de ponction par le ligament jaune et perte brutale de cette résistance à la sortie de ce ligament : technique de la perte de résistance utilisant soit un mandrin liquide (Sicard 1921) soit un mandrin gazeux ;
- l'anesthésie péridurale occupe une place de choix pour l'anesthésie obstétricale. Elle peut être utilisée pour les urgences extrêmes à condition d'avoir placé un cathéter au

préalable pour l'anesthésie du travail. Elle engendre une hypotension plus sévère et plus facile à traiter que lors d'une rachianesthésie ou une anesthésie générale. Ainsi elle a peu, sinon pas d'effets sur le nouveau né à condition de traiter rapidement l'hypotension maternelle [14-15].

6) - Indication de l'anesthésie locorégionale [8, 20]

L'anesthésie locorégionale n'est pas toujours possible et réalisable dans le contexte de l'urgence, ce pendant elle offre plusieurs avantages d'où son indication :

- elle diminue le risque d'inhalation du liquide gastrique.
- elle diminue le saignement per opératoire.
- elle entraîne une réduction de la maladie thromboembolique (lever précoce).
- elle offre la possibilité à la femme de participer à la naissance de son enfant.
- la reprise du transit est rapide et l'allaitement est précoce.
- elle permet une éventuelle analgésie post opératoire.
- on a une absence de risque de dépression médicamenteuse pour l'enfant.
- c'est une technique globalement simple.
- on utilise peu de produit pour rachianesthésie.

7) - Contre indication de l'anesthésie locorégionale(ALR) :

- Elle est contre indiquée dans l'hémorragie : placenta prævia, dans instabilité hémodynamique, dans les états infectieux, dans l'hypertension intracrânienne, éclampsie, dans la coagulopathie acquise ou congénitale (Hypotplaquetose) dans l'allergie vraie aux anesthésiques locaux, dans l'Hémopathie évolutive, elle est contre indiquée également en cas de refus de la patiente et de la non maîtrise de la technique [40].

8) - Avantages des césariennes sous anesthésie locorégionale :

- L'éveil maternel qui permet à la parturiente malgré l'angoisse normale avant la naissance, de vivre la naissance de son enfant et rapidement de créer des relations avec son nouveau né.
- L'éveil maternel évite l'inhalation de liquide gastrique. En per opératoire, on note une diminution du saignement, le temps opératoire est allongé, ce qui permet aux chirurgiens d'effectuer leur intervention dans le calme.
- En post opératoire, on retrouve le bénéfice d'une analgésie efficace.
- On note une diminution de la fatigue maternelle, la période iléus postopératoire est raccourcie, les suites opératoires sont très simple.
- La maladie thrombose- embolique est prévenue (lever précoce) [8, 20].

Tableau II : Produits de l'ALR

Produit	Présentation	Anesthésie Locoregionale			
		APD		RA	
		Dose	Duree	Dose	Duree
<i>Lidocaïne 2%</i>	Flacon de 20ml de solution à 2% (20mg/ml)	15 – 20ml (300-400mg)	3H	–	–
<i>Lidocaïne 5%</i>	Flacon de 24ml de solution à 5% (50mg/ml)	-	-	2ml (100mg)	2H
<i>Bupivacaine 0,5%</i>	Flacon de 20ml de solution à 0,5% (5mg/ml)	15 - 20ml (75 -100mg)	3H	3 - 4ml (15-20 mg)	3H
<i>Bupivacaine 0,25%</i>	Flacon de 20ml de solution à 0,25% (2,5mg/ml)	15 - 20ml (37,5-50 mg)	3H	–	–
<i>Ropivacaine 10mg/ml</i>	Flacon de 20ml de solution à 10mg/ml	15 - 20ml (150-200mg)	4H	3ml (30mg)	4H
<i>Ropivacaine 2mg/ml</i>	Flacon de 20ml de solution à 2mg/ml	15 - 20ml (30-40mg)	4H	–	–

L'éphédrine est utilisée en cas d'hypotension. Elle n'entraîne pas de vasoconstriction utéro-placentaire.

Tableau III: Complications de l'ALR: [38].

Type d'anesthésie	APD	RA
Collapsus	++	+++
Céphalées	-	++
Risque méningé (méningite)	-	+
Nausées et vomissements	++	++
<i>Troubles respiratoires</i>	+	++

IV - METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude:

a) Présentation :

L'étude s'est déroulée au centre de santé de référence (CSRef) de Nara ; construit en 1992, avec une capacité d'hospitalisation de 34 lits. La prise en charge anesthésiologique des activités chirurgicales gynéco – obstétricales est assurée dans un bloc opératoire composé deux salles d'opération, par deux médecins généralistes à tendance chirurgicale, un technicien supérieur de santé et un technicien de santé assurant l'aide de bloc , un aide soignant et un infirmier d'état faisant fonction d'anesthésiste et les thésards. En moyenne s'effectuent six à huit interventions pour urgences obstétricales par mois.

Le CSRef fait partie du district sanitaire de Nara, qui comprend en plus du CSRef 26 aires de santé dont 20 fonctionnelles, possédant chacune un centre de santé communautaire. Les aires de santé non fonctionnelles ne possèdent pas d'infrastructures sanitaires. Il est à noter la présence de structures sanitaires privées, de deux infirmeries (scolaire et militaire).

b) Aperçu général sur le cercle de Nara

D'après certains, Nara tire son nom de l'expression maure « Nar » qui signifie le feu, selon d'autre de l'expression « Nouar » qui veut dire fleur ou tout simplement du mot « Nouara » qui était le nom d'une femme maure.

Nara fût fondé vers 1776 par Djida Bamodi KEITA et ses deux fils.

En 1941 Nara était rattaché à la subdivision de Nioro du sahel, il fût érigé en cercle en 1947.

Le cercle de Nara est situé à l'extrême nord de la région de Koulikoro et à 392 km de Bamako. Il est limité :

- au nord par la république islamique de Mauritanie
- au sud par les cercles de Banamba et de Kolokani (Région de Koulikoro)
- à l'ouest par les cercles de Nioro du sahel et de Diéma (Région de Kayes)
- à l'est par le cercle de Niono (Région de Ségou)

Sa superficie est de 30.000km², il compte 11 communes rurales, 276 villages avec 202 hameaux.

La population totale du cercle de Nara est de 260.801habitants selon le RGPH en 2009.

Elle est dominée au niveau ethnique par les Maures, les Soninkés et les Peulhs.

2- Type d'étude :

Notre étude était prospective et descriptive.

3- Période d'étude :

Elle s'est déroulée sur une période de 08 mois allant du 1^{er} Juillet 2011 au 01 Mars 2012.

4- Population d'étude:

L'étude a porté sur les patientes ayant subi une anesthésie en urgences au bloc opératoire du CSRef de Nara pendant la période d'étude.

5- Critères d'inclusion :

Femmes reçues pour urgences obstétricales et opérées au bloc opératoire du CSRef de Nara durant la période d'étude.

6- Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus :

- les femmes reçues pour urgences chirurgicales non obstétricales.

7- Matériels et Méthodes :

Les sources de recueil des données étaient :

- le carnet de CPN,
- les résultats de laboratoires et d'imagerie,
- la fiche d'anesthésie,
- la fiche d'enquête,

L'indication de la césarienne a été posée selon la classification de LUCAS Et YANTIS en urgence absolue et en urgence relative [28].

8-Variables :

8- 1) Variables qualitatives:

- La profession
- L'indication opératoire
- Le type d'anesthésie
- Le groupage rhésus
- L'antécédent obstétrical
- L'antécédent médical
- Les événements indésirables

8- 2) Variables quantitatives:

- L'âge de la patiente
- L'âge de la grossesse
- Le taux d'hémoglobine
- Le taux d'hématocrite
- La Pression artérielle
- La Fréquence Cardiaque
- La durée de l'intervention
- Le délai de survenue des événements indésirables
- La durée d'hospitalisation

9- La gestion des données:

La saisie des données a été faite à l'aide du logiciel MICROSOFT OFFICE WORD 2007 et Excel 2007. L'analyse des données a été faite sur le logiciel SPSS 16.0

V- RESULTATS

1- Fréquence : Pendant la période d'étude, nous avons enregistré **136** urgences générales dont **81** urgences obstétricales soit une fréquence de **59,5%**.

1- Caractéristiques des patientes:

Tableau IV: Tranche d'âge des patientes

Tranche d'âge des patientes	Effectif	%
<15 ans	5	6,2
15 – 19 ans	17	21,0
20 – 24 ans	35	43,2
25 – 29 ans	12	14,8
30 – 34 ans	9	11,1
>34 ans	3	3,7
Total	81	100,0

La tranche d'âge **20 -24 ans** était prédominante avec **43,2%**, l'âge moyen était de **23,82ans** avec des extrêmes de **14ans et de 38 ans**

Tableau V: Profession des patientes

Profession	Effectif	%
Femme au foyer	67	82,7
Commerçante	6	7,4
Etudiante / Elève	5	6,1
Fonctionnaire	3	3,7
Total	81	100,0

Les **Femmes au foyer** étaient prédominantes soit **82,7%**.

Tableau VI: Statut matrimonial des patientes

Statut matrimonial	Effectif	%
Mariée	68	84
Célibataire	13	16
Total	81	100,0

Les patientes **mariées** étaient prédominantes avec **84%**.

Tableau VII: Provenance des patientes

Provenance des patientes	Effectifs	%
Nara ville	31	39,3
République islamique de Mauritanie	20	24,6
Mourdiah	5	6,2
Dilly	4	4,9
Keibane	3	3,7
Kaloumba	3	3,7
Madina kagoro	2	2,5
Guiré	2	2,5
Sampaga	1	1,2
Total	81	100,0

39,3% des patientes résidaient à **Nara ville**.

Tableau VIII: Distribution des antécédents personnels

Antécédents personnels	Effectif (n = 35)	%
Anesthésiques :	[13]	
- anesthésie générale (AG)	12	34,3
- rachianesthésie (RA)	1	2,8
Césarienne	11	31,4
Hypertension artérielle	4	11,4
Asthme	4	11,4
Myomectomie	2	5,8
Diabète	1	2,8
Total	35	100,0

Les ATCD **anesthésiques** représentaient **37,1%**, la **césarienne 31,4%**.

Tableau IX: Parité des patientes

Nombre de parité des patientes	Effectif	%
Pauci pare	44	54,3
Primipare	22	27,2
Multipare	15	18,5
Total	81	100,0

54,3% de nos patientes étaient des **pauci pares**

Tableau X: Gestité des patientes

Nombre de gestité	Effectif	%
Pauci geste	46	56,8
Primigeste	20	24,7
Multigeste	15	18,5
Total	81	100,0

Les patientes **pauci gestes** étaient prédominantes soit **56,8%**

Bilan préopératoire:

Un bilan pré opératoire était réalisé chez 5% des patientes

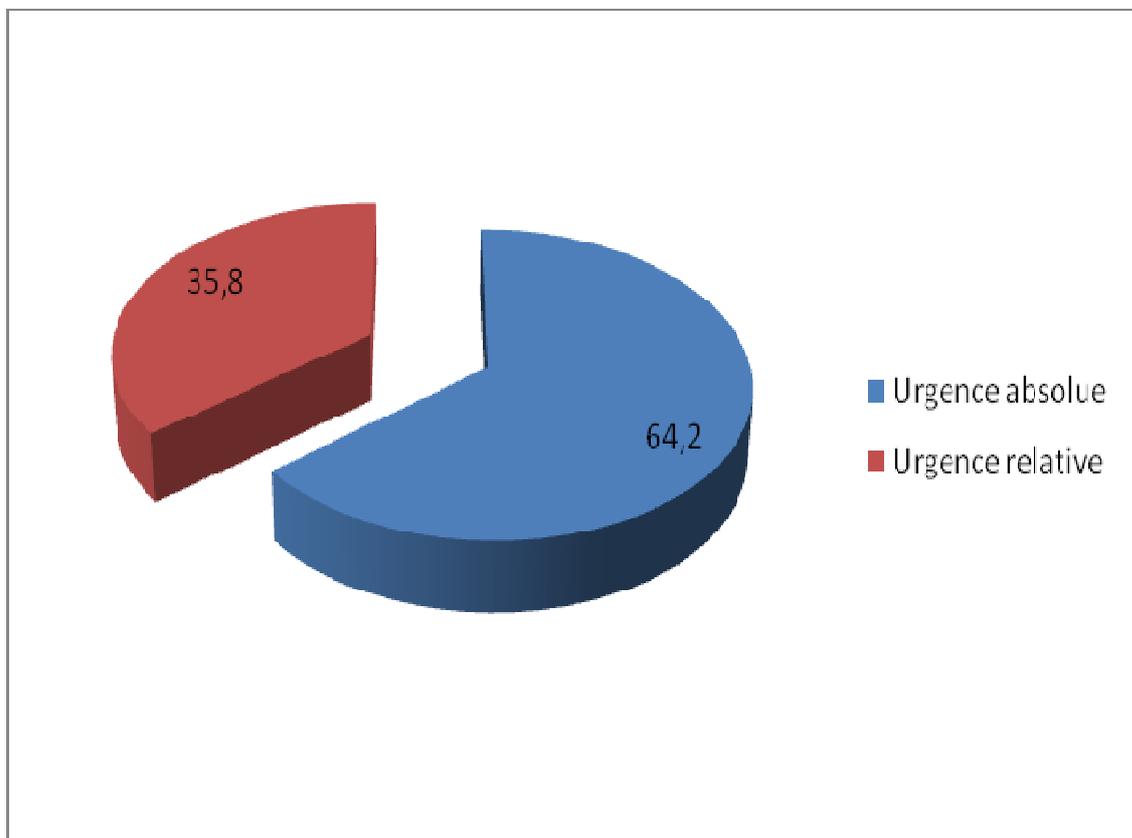


Figure 1: Répartition selon le type d'urgence

Données anesthésiques :

Type d'anesthésie :

L'anesthésie réalisée était exclusivement une anesthésie générale sans intubation.

Tableau XI : Conditionnement préopératoire des patientes

Conditionnement préopératoire	Effectif (n=81)	%
Prise de voie veineuse périphérique	81	100
Mise en place de sonde urinaire	74	86,4
Pré remplissage	64	79,5
Transfusion	2	2,5

Toutes les patientes étaient conditionnées en préopératoire

Tableau XII : Indication opératoire

Indication opératoire	Effectif	%
Dystocie	57	70,3
Hémorragie	16	19,8
Souffrance fœtale aigue	7	8,7
Grossesse extra-utérine	1	1,2
Total	81	100,0

La dystocie était l'indication prédominante soit **70,3%**

Tableau XIII : Acte opératoire

Acte opératoire	Effectif	%
Césarienne	80	98,8
Salpingectomie	1	1,2
Total	81	100,0

La césarienne était pratiquée dans **98,8%** des cas

Profil de l'anesthésiste :

L'anesthésie était réalisée soit par un infirmier d'état et un aide soignant faisant fonction d'anesthésiste soit par l'étudiant thésard assisté par les médecins à tendance chirurgicale

Paramètres monitorés en per-opératoire :

Les paramètres monitorés en per opératoire étaient la pression artérielle, la fréquence cardiaque, la diurèse.

Après l'installation, La prémédication était systématique réalisée avec le sulfate d'atropine (0,5mg-1mg /IVD) et le diazépam était utilisé (0,20-0,3mg/kg/IVD) après l'extraction du fœtus. Le pré remplissage était réalisé avec du Sérum Salé 9%° et / ou du Ringer lactate.

Tableau XIV: Narcotiques utilisés

Narcotiques utilisés	Effectif	%
Ketamine	76	93,5
Thiopental	5	6,5
Total	81	100,0

La ketamine était le narcotique le plus utilisé avec une fréquence de **93,5%**.

Analgésiques utilisés :

L'analgésie per opératoire était exclusivement réalisée par le paracétamol perfusion.

Tableau XV: Evènements indésirables

Evènement indésirable	Effectif (n= 67)	%
Vomissements isolés	18	26
Frissons	16	24
Hypotension	10	16
Choc hémorragique	7	10,4
Poussée hypertensive	7	10,4
Vomissements + frissons	5	7,6
Bronchospasme	4	5,6
Total	67	100,0

Les vomissements isolés étaient l'évènement indésirable le plus fréquent avec **26,0%** des cas.

Toutes nos patientes ont reçus, systématiquement, un antibiotique (Amoxicilline injectable 1gramme) et du Syntocinon (15UI) après l'extraction.

Tableau XVI : Durée de l'anesthésie

Durée de l'anesthésie	Effectif	%
60- 90 minutes	60	74,1
91- 120minutes	16	19,8
Plus de 120minutes	5	6,1
Total	81	100,0

74.1% des anesthésies avaient durée entre **-60-90 minutes**.

Tableau XVII : Durée de l'intervention

Durée de l'intervention	Effectif	%
< 30minutes	57	70,4
>30minutes	24	29,6
Total	81	100,0

La durée de l'intervention était inférieure à **30 minutes** dans **70,4%** des cas.

Pronostic maternel :

Nous n'avons pas enregistré de cas de décès pendant la période d'étude

Apgar du nouveau né :

Il n'a pas été évalué ; mais nous avons constaté que la plus part des nouveaux étaient **réanimés pendant au moins 2 à 3 minutes**.

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1- Difficultés et limites de l'étude

Au cours de l'étude nous avons connu un certain nombre de problèmes liés :

- l'absence de dossiers médicaux pour les patientes,
- à un manque de personnel en particulier un assistant médical en anesthésie,
- l'absence de système d'oxygénation,
- à l'incapacité du laboratoire de donner rapidement les résultats d'analyse, par manque de service de garde.

Nous avons enregistré **136** urgences générales dont **81** urgences obstétricales soit une fréquence de **59,5%**

2- Fréquence:

Sur 08 mois : de juillet 2011 à Mars 2012, nous avons enregistré **140** accouchements et **80** cas de césariennes soit un taux de **57,1%** ; et 1 cas de salpingectomie. Notre taux de césarienne est légèrement supérieur à celui de **Konaté- F [1] 52%**.

Dans l'étude de **TEGUETE I [22]** sur trois ans (1991 à 1993) le taux de césarienne au centre hospitalier universitaire du point G était estimé à **24,05%**. L'élévation du taux de césarienne dans notre étude par rapport à celle de **TEGUETE I** pourrait s'expliquer par la gratuité de l'acte de la césarienne accordée par les autorités publiques depuis un certain temps (juin 2005).

Selon **la DNS en 2005 [18]** au plan national, les accouchements par césarienne étaient de **0,9%**.

3- caractéristiques socio démographiques des patientes

a- L' âge:

La moyenne d'âge était de **23,82 ans** avec des extrêmes de **14 à 38 ans**. Dans l'étude de **J. SIMO-MOYO et all [23]** à propos de **50 cas**, l'âge moyen était de **30 ans** avec des extrêmes de **20 à 44 ans**.

La tranche d'âge la plus représentée était celle de **20-24 ans** avec un taux de **43,2%**, plus élevé que celui de **DIARRA Y.D. [13]** et de **Konaté - F [1]** ; respectivement **17,5%** et **29,3%**. Nous constatons que les urgences obstétricales concernaient surtout les patientes jeunes.

b- Profession:

Les femmes au foyer étaient prédominantes avec un taux de **82,7%**. Nos résultats se rapprochent à ceux de **Konaté- F (93,9%) [1]**, supérieur à ceux de **Diarra F L (46,6%) [38]** et **Diarra Y D (66%) [13]**.

c- Statut matrimonial:

La plupart des patientes étaient **mariées** soit un taux de **84%**. Ce constat a été fait par **DIARRA Y.D. [13]** **86%**.

d - Antécédents:

Les **ATCD anesthésiques** prédominaient avec une fréquence de **16,1%**, suivi de la **césarienne 13,6%**.

e- La parité:

54,3% des patientes étaient des **pauci pares**, nos résultats sont en rapport avec ceux de **Konaté-F (50,1%) [1]**

f- La gestité:

Plus de la moitié des parturientes (**56,8%**) étaient **pauci gestes** .dans l'étude de **Konaté-F [1]** Celles-ci occupaient **48,7%**.

g- le bilan préopératoire :

En situation d'urgence la majorité de nos patientes n'avaient pas bénéficié de bilan préopératoire. ; Et seulement **5%** ont bénéficiés d'un bilan pré op et ont eu leurs résultats en post opératoire. Nos résultats sont identiques à ceux de **Koné A [21]**. . Ceci peut s'expliquer **par l'absence de service de garde.**

4- Données anesthésiques

a- Les indications opératoires :

Les dystocies prédominaient avec un taux de **70,3%** ; suivis des hémorragies, et la souffrance fœtale, avec respectivement **19,8 et 8,7%**. Ceci est confirmé par l'étude de **TOGORA M. [3]** sur **2883** cas la dystocie était la plus représentée avec un taux de **50,9%** contre respectivement **25,7%** de souffrances fœtales et **9,6%** des hémorragies.

b- La technique d'anesthésie:

Selon la littérature où l'ALR en particulier la rachianesthésie est recommandée en urgence absolue lors de la césarienne. **L'AG** sans intubation a été la seule technique utilisée dans notre étude. Ceci s'expliquerait **par l'absence de matériel pour la locorégionale et de personnel qualifié.**

c- Qualification de l'anesthésiste :

Toutes les anesthésies ont été réalisées soit par **l'infirmier d'état et 'aide soignant faisant fonction d'anesthésiste soit par le thésard.** Ceci peut s'expliquer par **l'absence de personnel qualifié.**

d- le monitoring :

Les paramètres monitorés étaient constitués chez **86,4%** de nos patientes, de (**TA, FC et la diurèse**), **Konaté-F [1]** avait fait le même constat.

e- Le pré remplissage :

Le pré remplissage était systématique chez toutes nos patientes, fait de Sérum salé 9%° et/ou du Ringer lactate à la posologie de 15ml/kg. Le but était de prévenir la survenue d'hypotension artérielle. **Konaté-F [1] et Koné- A [21]** avaient eu le même résultat.

f - La Durée de l'anesthésie :

74,1% des anesthésies avaient durée entre **60 à 90 minutes**. Dans l'étude de **Cissé BOUARE [9]** celle-ci était de **55,1%**.

g- La prémédication :

Elle était systématique chez toutes nos patientes, réalisée avec de l'atropine à la dose de (0,5- 1mg) et du diazépam (0,20 -0,3mg /Kg) après l'extraction du fœtus.

h- Les narcotiques :

La Ketamine était le narcotique le plus utilisé avec 93,5%.

I- Evénements indésirables (EI):

Nous avons enregistré au cours de l'étude, 67cas d'EI, soit **82,7%**. Parmi ces derniers, les vomissements isolés étaient prédominants avec **26,0%**. Dans l'étude de **Koné- A [21]** ; Ce taux était **de 68,5%** et l'hypotension était la plus fréquente.

VII- CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

1- CONCLUSIONS:

Ce travail nous a permis de faire le point sur la pratique de l'anesthésie au CSRef de Nara.

Après 08 mois d'études sur la prise en charge anesthésiologique des urgences obstétricales au CSRef de Nara, nous concluons que:

Le taux de césarienne au CSRef de Nara était très élevé **57,1%** par rapport aux données de la DNS **0,9%** sur le plan national.

La population concernée était en majorité jeunes avec une moyenne d'âge estimée à **23,82** avec des extrêmes allant de **14 à 38 ans**.

La grande majorité de notre population d'étude était des femmes au foyer mariées et pauci pares.

L'urgence absolue représentait l'indication la plus fréquente.

Par ailleurs nous constatons que l'anesthésie locorégionale n'est pas d'usage à cause du manque de matériel et de personnel qualifié. Les vomissements isolés étaient les plus fréquentes parmi les événements indésirables avec **26,0%**

Au terme de cette étude nous faisons les recommandations qui nous paraissent nécessaires pour améliorer la pratique de l'anesthésie dans le service.

2- RECOMMADATION

Aux Autorités sanitaires

- La dotation des blocs opératoires d'équipements et instruments adéquats pour la pratique de l'anesthésie.
- Mettre en place un système d'information continue afin que la population puisse comprendre les problèmes qui peuvent être liés à un mauvais suivi de la grossesse.
- Exiger une bonne conduite pratique des CPN.
- L'affectation de personnel qualifié en anesthésie réanimation dans les CSRef.

Aux pouvoirs publics et aux collectivités territoriales:

- Réviser les kits opératoires et les matériels pour anesthésie pour vulgariser la pratique de L'ALR.
- Le recrutement d'assistant médical en anesthésie –réanimation pour le CSRef de Nara.

Aux administrateurs du CSRef

- Dotation du service en produits et matériels pour l'anesthésie loco régionale.
- Formation en anesthésie loco régionale du personnel chargé de l'anesthésie.

Aux personnels soignants

- Promotion de l'ALR.
- La systématisation du remplissage de la fiche d'anesthésie pour chaque acte anesthésique quelque soit l'indication.

VIII - REFERENCES

1– KONATE F.

Anesthésie dans la césarienne en urgence dans le service d’anesthésie – Réanimation et d’urgence au CHU du point G ; thèse méd. : Bko, 2007, M 209

2 – OMS, UNICEF et INPA 2003.

Mortalité Maternelle en 2002 Evaluation de l’OMS, de l’UNICEF et de l’INPA (2003), Genève.

3 – TOGORA M.

Etude qualitative de la césarienne au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako de 2000-2002 à propos de 2883 cas. Thèse méd. : Bko (Mali) 2004-135P; 40.

4 – ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE DU MALI 4e édition (2001-2006).

«Estimation directe du taux de mortalité maternelle à partir de l’EDSMIV». Cellule de planification et statistique, Ministère de la Santé du Mali.

5 – F. DUFLO, B. ALLAOUCHICHE, D. CHASSARD.

Urgence Anesthésique Obstétricale. Département d’anesthésie – Réanimation IV, Hotel-Dieu 69288 Lyon.

6 – Y.AUROY, MC.LAXENAIRE, F. CLERGUF, PEQUINDOT, E. JOUGLA, A. LIENHART.

Anesthésie en obstétrique; Annales Français anesthésie – réanimation 1998, 17: 1342-6 C ELSEVIER, Paris.

7 – JOHN C, SNOW M.D.

Manuel d'anesthésie; 2 Edit, 1991, 2-7-8-10-11-12-13-14-30.

8 – DOUMBIA (Dr) DIENEBA.

Technique d'ALR, place actuelle et perspectives d'avenir pour un pays en voie de développement : le Mali, Mémoire de Fin d'étude Toulouse 1990.

9 – Cissé BOUARE.

Activité anesthésiologique à l'hôpital régional Nianankoro Fomba de Ségou bilan de juin 2005 à Mai 2006 Thèse méd 2008 No 265.

10 – SAY M.

Les urgences obstétricales à l'hôpital. SOMINE DOLO de Mopti 140 cas thèse méd 2005, No 120.

11 – DJOMKOUÉ MONKAM CHRISTELLE CAROLE

Incidents et accidents (événements indésirable) au cours de l'anesthésie au CHU Gabriel Touré à propos de 2695cas thèse méd 2011 No 12.

12 –. SHOEFLER- P, DOMINIQUE- CH, WEBER B :

Anesthésie pour césarienne en urgence. Conférence d'actualisation. SFAR1991 33 (5) pp:321-337.

13 – DIARRA (Mme) Y. D.

Résultats de l'étude des césariennes au CSRef Commune IV du District de Bamako en 2005. A propos de 200 cas. Thèse méd Bko 2006; 62P; 235.

14 – DIALLO A et COLL.

Pratique de l'anesthésie péridurale au Mali, à propos de 1780 cas.

Médecin d'Afrique Noire 2000, 47 (12).

15 – Société Française d'Anesthésie et de Réanimation.

Recommandation concernant la surveillance des patients en cours d'anesthésie.

Janvier 1994 2^{ème} édition.

16 – DIALLO A, GOÏTA D, DIALLO FS, COULIBALY AS, DOLO AI, OUATTARA K.

Etude de l'anesthésie péridurale en pratique de ville au Mali. Mali Médical, 1997.

Tome XII : 31 – 32.

17 – HAMZA J.

Souffrance fœtale aigue : point de vue de l'anesthésiste, 1996, pp309 – 26

18- DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE DU MALI, CELLULE SANTE DE LA REPRODUCTION, DEPARTEMENT DE CESARIENNE :

Donnée statistique de l'évaluation de la césarienne en 2005.

19 – LAWALE (T).

Prise en charge anesthésiologie des urgences gynécologiques et obstétricales à la Maternité lagune de Cotonou. Thèse Med. Cotonou 1997 N°725.

20 – CATHERINE T.

Evaluation de la qualité de l'anesthésie a l'hôpital Gabriel Toure. Thèse de méd, Bamako, 2006- M- 98.

21– KONE A.

Etude comparative de la césarienne classique et de la césarienne de misgav ladach. A propos de 164 cas au CHU Gabriel TOURE de Janvier 2002 à Septembre 2003. Thèse med Bko 2005 -100 P ; 75

22. TEGUETE I.

Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité du CHU de Point G en 1991 -1993. Thèse méd, Bko, 1996 N°17.

23-. . J.SIMO MOYO et ALL.

Anesthésie et césarienne à propos de 50 cas au CHU de Yaoundé (Cameroun). Médecine d’Afrique noire: 1996, 43 (7).

24 – CHOBLI M, ADNET P.

Pratique Anesthésique en Afrique subsaharienne. Ann Fr Anesth Réanim, 1997; 16, 6:234.

25 -LUCA DN, YENTIS SM, KINSELLA SM, HOLDCROFT A, MAY AE, WEE M, et AL.

Urgency of caesarean section a new classification. J R Soc Med 2000; 93: 346-50.

26 – BOUVIER et COLL M.A.

La Mortalité maternelle : un perçu sur la situation mondiale. Revue Centre International de l’enfance. Paris, 1990 n 187/188 p 6

27 – G François, M. CARA, R. Deleuze, M. pois vert.

Médecine d’urgence d’anesthésie et de Réa 3e Edition Masson 1980.

28 – I.N.S.P.A.

Etat de la population mondiale en 2004 santé maternelle <http://www.Inspa.org.swp>
2002/français. (ch. 7/ Page 12)

29 – MAIGA (Dr) I.A et COLL.

Santé de la mère et de l'enfant au Mali EDS III ; Mali 2001.

30 – G.FRANCOIS, M. CARA, R. DELEUZE, M. POISVERT.

Médecine d'Urgence d'Anesthésie et de Réanimation 3ème Edition Masson. 1980

31 – BENHAMOU D.

Modification physiologiques de la femme enceinte et conséquences pour
l'anesthésie. Ier Ed Infirmières Anesthésiste Paris, 1993 P. 1-11.

32 – RIVIER M, BENGALY M : activités anesthésiques à l'hôpital de Kati bilan
de 12 mai Thèse med Bko, 2008, M- 460.

33 – C.C ARVIEUX, et COLL.

Anesthésie pour césarienne en Urgence (Conférence d'actualisation 2001, P-9-25).
2001 – Editions Scientifiques et médicales Elsevier SAS, et Sfar.

34– PETER J. D.

La surveillance du réveil post anesthésique. Faculté de médecine – U.L.P –
Strasbourg – France 2003.

35 – CAMARA S, (Epouse Kaba).

Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique, bilans de 2e Année d'étude au
CHU de Cocody. Thèse Med D'Abidjan 1986 n° 714, 151p.

36 – BARRIER G.

Anesthésie – Réanimation en obstétrique

Encyl. Med Chir. (Paris, France) Anesthésie. 36595 Cl 0, 3,24p.

37 – DIARRA FL.

Etude de l’anesthésie dans la césarienne en urgence à l’HGT. A propos de 80 cas
thèse méd. Bko, 2001, M- 91.

38 –. FRANCOIS G, CARA M et COLL.

Précis d’anesthésie. Deuxième édition revue et corrigée. Masson, Paris, New York,
Barcelone, Milan, Mexico, Sao Paulo; Page 2; 327.

39- M.CHOBLI (Pr) et COLL.

Pronostic maternel selon le type d’anesthésie pour la césarienne en milieu urbain au
Benin/Source OMS de 2001 à 2002. Clinique Universitaire de Gynécologie et
d’Obstétrique (CUGO) département d’Anesthésie et de Réanimation FSS 01BP586
Cotonou.

<http://www.gfmer.Ch/membres/GFmer/PDF/Anesthésie>, Addison. 2006

40-COULIBALY I G.

Césarienne dans le service de gyneco-obstétrique du CHU de Gabriel Touré de
Bamako (Mali) 1992-1996. A propos de 3314 CAS, 1999, N°85.

IX- ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

IDENTIFICATION DE LA PATIENTE/RENSEIGNEMENTS GENERAUX :

{Q1} N° Fiche /__ / __ / __ / __ /

{Q2} Age : /__ / ans

{Q3} Profession : 1 = Femme au foyer ; 2 = aide – ménagère ;

3=Commerçante ;

4 =Fonctionnaire ; 5 = élève ; 6 = Etudiante ;

7 = Autre à préciser

{Q4} Résidence : 1= Nara ville ; 2= Autre à préciser

{Q6} Statut matrimonial : 1= Célibataire ; 2= Mariée ; 3=Veuve ; 4 =

Divorcée

{Q7} Type de scolarisation : 1=Ecole coranique 2= Ecole francophone

3= Non scolarisée

{Q7 bis} niveau de scolarisation : 1=PRIMAIRE ; 2= SECONDAIRE ;

3= SUPERIEUR

{Q8} ETHNIE : 1 = Maure ; 2 = Soninké ; 3 = Peulh ; 4 = Bamanan;

5 = Songhoi ; 6 = Senoufo ; 7 = Minianka ; 8 = Bobo ; 9 = Dogon ;

10 = Autre à préciser

{Q9} Date d'entrée : /__ / __ / ____ / ; Date de sortie : /__ / __ / ____ /

{Q10} : Délai entre début du travail obstétrical et l'intervention chirurgicale :

/__ / heure(s)

{Q11} Durée de l'intervention : /__ / mn (s)

{Q12} Durée de l'anesthésie : /__ / mn (s)

ANTECEDENTS PERSONNELS :

ATCD Médicaux :

- {Q13} HTA 1= oui, 2 = non
{Q14} Drépanocytose : 1= oui, 2 = non
{Q15} Asthme 1= oui, 2 = non
{Q16} Hépatite : 1= oui, 2 = non
{Q17} Diabète : 1 = oui, 2 = non
{Q18} Autre à préciser.....

ATCD CHIRURGICAUX ET GYNECAUX OBSTETRICAUX

- {Q19} césarienne 1 = oui ; 2 = non
{Q20} Myomectomie : 1 = oui; 2 = non
{Q21} a = Gestité
b= Parité

ATCD ANESTHESIOLOGIQUE

- {Q22} AG : 1 = oui, 2 = non
{Q23} ALR : 1 = oui; 2 = non

Si oui quel type

a : Péridurale, b : Rachianesthésie

EXAMEN CLINIQUE INITIAL :

- {Q24} Etat général : 1=bon ; 2 = passable ; 3 = altéré
{Q25} Conjonctive : 1 = bien colorée, 2 = moyennement colorée, 3 = Pâle
{Q26} Température : , °C
{Q 27} TA : / cmhg
{Q28} Pouls : puls/mn
{Q29} Poids : Kg
{Q30} TAILLE : , mètre
{Q31} Auscultation cardiaque :

BDC : battements/mn

{Q32} Auscultations pulmonaire :

- Fréquence respiratoire : cycles/mn

- SPO2: %

EXAMEN PARACLINIQUE INITIAL :

{Q33} Groupe sanguin : 1 = oui ; 2 = non

Si oui,

Type groupe : 1 = A ; 2 = B ; 3 = O ; 4 = AB

rhésus : 1 = positif ; 2 = négatif

{Q34} : Taux Hb : g/dl

{Q35} : Taux Hte: %

{Q36} : GLYCEMIE: mmol/l ou g/l

{Q37} : CREATININEMIE: mol/l

IMAGERIE :

{Q38} : Echographie obstétricale: 1 = oui ; 2 = non

{Q 39} : si oui

RESULTAT : _____

{Q40} Type d'urgence obstétrical : 1 = Urgence Absolue ; 2 = Urgence Relative

CLASSIFICATION ASA : 1 = ASA1 ; 2 = ASA2 ; 3 = ASA3 ; 4 = ASA4 ;

5 = ASA5

U = si patiente opérée en urgence

INDICATION OPERATOIRE :

{Q41} Dystocie mécanique: 1 = oui ou 2 = non

Si oui quel type

a = BGR ; b = DFP ; c = présentation vicieuse ; d = bassin limité

{Q42} : Dystocie Dynamique 1 = oui, 2 = non

Si oui quel type

a = Dilatation stationnaire, b = travail prolongé

{Q43} : placenta prævia 1=oui ; 2= non

{Q44} : Hématome rétro placentaire : 1 = oui, 2 = non

{Q45} : souffrance foétale: 1 = oui, 2 = non

Si oui a : aigue ; b : chronique.

{Q46} : hémorragie de la délivrance:1 = oui, 2 = non

{ Q47} : Rupture uterine:1 = oui, 2 = non

{ Q48} : prérupture uterine:1 = oui, 2 = non

{ Q49}: Pré eclampsie:1 = oui, 2 = non

{Q50} : éclampsie: 1 = oui, 2 = non

{Q51} : Grossesse extra utérine (GEU) 1=oui ; 2= non.

CONDITIONNEMENT PRE - OPERATOIRE :

{Q52} : Sonde nasogastrique:1 = oui; 2 = non

{Q53} : Voie veineuse : 1 = oui, 2 = non.

{Q54} : Sonde urinaire: 1 = oui ; 2 = non

{Q55} : Perfusion: 1 = oui ; 2 = non

Si oui quel type de soluté : 1 = S. Glucosé 5% ; 2 = S. Glucosé 10% ;

3 = S. Salé 0,9% ; 4 = Ringer Lactate ; 5

= Gélosulfine ;

{Q56} : Transfusion: 1 = oui ; 2 = non

SI OUI : 1 = - Iso groupe - Iso rhésus ; 2 = - Non Iso groupe - Iso rhésus

3 = - QUANTITE: ml/24heures

INDICATION DU TYPE D'ANESTHESIE

{Q57} : AG 1 = oui, 2 = non

si oui quels sont les produits utilisés

a = Atropine, b = Ketamine, c = Thiopental, d = Diazepam, e = Cuirare

{Q58} : Péridurale 1 = oui, 2 = non

si oui quels sont les produits utilisés

a= lidocaine, b = bupivacaine, c= adjuvent

{Q59} : Rachianesthésie 1=oui ; 2=non

si oui quels sont les produits utilisés

a= bupivacaine□, b = adjuvent

{Q60} : **DOSE DE PRODUIT:**

Type de produit	Dose induction(cc)	Dose entretien(cc)	Dose totale reçue(cc)
Kétamine			
Thiopental			
Diprivan			
Diazépam			
Atropine			
Lidocaïne			
Bupivacaine			
Ephédrine			
Ro pivacaine			
Adrenaline			
Transfusion - groupe - rhésus			

{Q61} : **SURVEILLANCE PEROPERATOIRE**

Paramètre	Prémédicat n	Après induction 10 – 15 mn	Entretien						
			30	45	60	75	90	105	120
TA									
Pouls									
FC									
FR									
Etat de conscience									

{Q 62} Complication 1 = oui, 2 = non

Si oui :

A : complication immédiates 1 = oui, 2 = non

Type de complication immédiate	Heures de Survenue	Prise en charge
Difficultés d'intubation		
Laryngospasme		
Bronchospasme		
Réveil		
Hémorragie		
Hypovolemie		
Troubles respiratoires		
Syndrome de mendelson		

B : Complications retardées 1 = oui, 2 = non

Type de complications retardées	Heures de Survenue	Prise en charge
Céphalées		
Vomissement		
Algies pelviennes		
Paresthésie MI		
Rétention d'urine		
Risque méningé (méningite)		
Allergie		
Autre à préciser		

{Q63} Incidents Anesthésiologiques: 1= oui, 2= non

Si oui quel type

Type incident	Heure de survenu	Prise en charge
Hypotension		
Arrêt cardiaque		
Hypersalivation		
Bradycardie		
Nausées		
Tachycardie		
Frisson		
Autres		

{Q64} : Accidents Anesthésiologiques: 1 = non, 2 = non

Si oui quel type:

Type accident	Heure de survenu	Prise en charge
Décès		
Brèche dure mère		
Collapsus		
Detresse respiratoire		
Atteintes des nerfs périferique		
Traumatisme dentaire		
Inflammation du site d'injection du produit		
Traumatisme veine épidur (réflux du sang)		
Infection du LCR		
Autres		

{Q65} : SUIVIE POST OPERATOIRE

Paramètres	H1	H2	H3	H4	H5	H6
Score de réveil d'aldrette	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Lévée de b ALR						
-oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T°C :	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> °c	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> °C	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> °C	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> °C	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> °C	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> °C
FC	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
bts/mn						
- Pouls	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
puls/mn						
FR	<input type="text"/> <input type="text"/> cycles/ n	<input type="text"/> <input type="text"/> cycles/ n	<input type="text"/> <input type="text"/> cycles/ n	<input type="text"/> <input type="text"/> cycles/ n	<input type="text"/> <input type="text"/> cycles/ n	<input type="text"/> <input type="text"/> cycles/ n
TA	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>
Diurèse	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ml	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m
- Globe de sécurité utérin :						
- oui :						
- non :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

{Q66} SUIVIE POST OPERATOIRE (SUITE)

Paramètres	H1	H2	H3	H4	H5	H6
Transfusion						
- oui :						
- non :	<input type="checkbox"/>					
Type de groupe :	<input type="checkbox"/>					
A	<input type="checkbox"/>					
B	<input type="checkbox"/>					
AB	<input type="checkbox"/>					
O	<input type="checkbox"/>					
Rhésus :						
+	<input type="checkbox"/>					
-	<input type="checkbox"/>					
Douleur :						
EVS :	<input type="checkbox"/>					

Paramètres	H7	H8	H9	H10	H11	H12
Score de réveil d'aldrette	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Lévé de b ALR						
-oui	<input type="checkbox"/>					
-non	<input type="checkbox"/>					
T°C :	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> °C	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> °C	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> °C	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> °C	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> °C	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> °C
FC	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
bts/mn						
- Pouls	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
puls/mn						
FR	<input type="text"/> <input type="text"/> cycles/ n					
TA	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>					
Diurèse	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m
- Globe de sécurité utérin :						
- oui :						
- non :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

Prise en charge anesthésiologique des urgences obstétricales au Csref de Nara: Evaluation des pratiques

Paramètres	H7	H8	H9	H10	H11	H12
Transfusion						
- oui :						
- non :	<input type="checkbox"/>					
Type de groupe :	<input type="checkbox"/>					
A	<input type="checkbox"/>					
B	<input type="checkbox"/>					
AB	<input type="checkbox"/>					
O	<input type="checkbox"/>					
Rhésus :						
+	<input type="checkbox"/>					
-	<input type="checkbox"/>					
Douleur :						
EVS :	<input type="checkbox"/>					

Prise en charge anesthésiologique des urgences obstétricales au Csref de Nara: Evaluation des pratiques

Paramètres	H13	H14	H15	H16	H17	H18
Score de réveil d'aldrette	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Lévéé de b ALR						
-oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T°C :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> °C
FC	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Pouls	bts/mn <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> puls/mn	bts/mn <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> puls/mn	bts/mn <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> puls/mn	bts/mn <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> puls/mn	bts/mn <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> puls/mn	bts/mn <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> puls/mn
FR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cycles/ n	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cycles/ n	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cycles/ n	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cycles/ n	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cycles/ n	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cycles/ n
TA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Diurèse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ml	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m
- Globe de sécurité utérin :						
- oui :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- non :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prise en charge anesthésiologique des urgences obstétricales au Csref de Nara: Evaluation des pratiques

Paramètres	H13	H14	H15	H16	H17	H18
Transfusion :						
- oui :						
- non :	<input type="checkbox"/>					
Type de groupe :	<input type="checkbox"/>					
A	<input type="checkbox"/>					
B	<input type="checkbox"/>					
AB	<input type="checkbox"/>					
O	<input type="checkbox"/>					
Rhésus :						
+	<input type="checkbox"/>					
-	<input type="checkbox"/>					
Douleur :						
EVS :	<input type="checkbox"/>					

Prise en charge anesthésiologique des urgences obstétricales au Csref de Nara: Evaluation des pratiques

Paramètres	H19	H20	H21	H22	H23	H24
Score de réveil d'aldrette	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Lévé de b ALR						
-oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T°C :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> °C
FC	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bts/mn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bts/mn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bts/mn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bts/mn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bts/mn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bts/mn
- Pouls	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> puls/mn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> puls/mn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> puls/mn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> puls/mn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> puls/mn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> puls/mn
FR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cycles/ n	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cycles/ n	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cycles/ n	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cycles/ n	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cycles/ n	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cycles/ n
TA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Duirèse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ml	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m
- Globe de sécurité utérin :						
- oui :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- non :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prise en charge anesthésiologique des urgences obstétricales au Csref de Nara: Evaluation des pratiques

Paramètres	H19	H20	H21	H22	H23	H24
Transfusion :						
- oui :						
- non :	<input type="checkbox"/>					
Type de groupe :	<input type="checkbox"/>					
A	<input type="checkbox"/>					
B	<input type="checkbox"/>					
AB	<input type="checkbox"/>					
O	<input type="checkbox"/>					
Rhésus :						
+	<input type="checkbox"/>					
-	<input type="checkbox"/>					
Douleur :						
EVS :	<input type="checkbox"/>					

Fiche signalétique

Nom: BAH

Prénom: BABA

Pays d'origine : MALI

Ville ou pays de soutenance : Bamako (Mali)

Titre de la thèse: prise en charge anesthésiologique des urgences obstétricales au Csref de Nara : Evaluation des pratiques

Année universitaire 2010-2011.

Lieu de dépôt: Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Centre d'intérêt: Anesthésie, Chirurgie, Urgence obstétricale.

Résumé :

Objectif : L'objectif était d'évaluer les pratiques anesthésiologique dans la prise en charge des urgences obstétricales au CSRef de Nara, de déterminer la fréquence des urgences obstétricales, de répertorier les techniques anesthésiques, déterminer les évènements indésirables liés à l'anesthésie pour urgences obstétricales.

L'étude était prospective et descriptive portant sur une population de 81cas pendant une période de 08 mois : de juillet 2011 à Mars 2012.

L'anesthésie en urgence obstétricale est une anesthésie difficile. Le choix d'une technique d'anesthésie doit tenir compte du degré d'urgence, de l'état de la mère et de l'état du fœtus.

Les patientes admises au bloc opératoire pour urgences obstétricales étaient majoritairement jeunes avec un âge moyen de **23,82**. L'anesthésie générale était la seule technique utilisée. Nos patientes ont été opérées sans intubation et ni d'oxygène. La kétamine et le thiopental étaient les produits anesthésiques utilisés. Nous avons enregistré au cours de l'étude 67cas d'EI, soit **82,7%**. Parmi ces derniers, les vomissements isolés étaient prédominantes avec **26,0%**.

Nous n'avons pas enregistré de décès maternel.

Mots clés : Anesthésie, chirurgie, urgence obstétricale, Nara.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

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

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y manque.

Je le jure !