

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**

REPUBLIQUE DU MALI
UN peuple - Un But - Une Foi

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



**FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**



ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°.....

MEMOIRE

**EVALUATION DE LA PRATIQUE DE LA
SEDATION AU SERVICE DE REANIMATION DU
CHU GABRIEL TOURE**

Présenté et soutenu publiquement le 22/02/2024 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Dr COULIBALY Benjamin.

**Pour obtenir le Diplôme d'Etude Spécialisée
D'Anesthésie-Réanimation**

Jury

Président : M. KEITA Mohamed (Professeur)

Membres : M. Dembélé Aladji Seidou (Professeur)

Co-Directeur : M. KOITA Siriman (Maitre de conférences)

Directeur de Mémoire : Pr Diop Thiorno Madane (Maitre de conférences)

COLLEGE DES ENSEIGNANTS DE LA FILIERE ANESTHESIE- REANIMATION

Professeurs :

- Docteur Abdoulaye DIALLO (Retraité)
- Docteur Col. Abdoulaye DIALLO (Retraité)
- Docteur Youssouf COULIBALY
- Docteur Djibo Mahamane DIANGO
- Docteur Broulaye SAMAKE
- Docteur Mohamed KEITA
- Docteur Aladji Seidou DEMBELE
- Docteur Nouhoum DIANI

Maitre de conférences Agrégé

- Docteur Moustapha MANGANE
- Docteur Thierno Madane DIOP
- Docteur Mahamadoun COULIBALY
- Docteur Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE

Maitre de conférences

- Docteur DOUMBIA Dieneba
- Docteur Seydina Alioune BEYE
- Docteur Hammadoun DICKO
- Docteur Mamadou Karim TOURE
- Docteur Siriman Abdoulaye KOITA
- Docteur Mamadou Chiad CISSE
- Docteur Daouda DIALLO
- Docteur Abdoulaye TRAORE

Maitre- assistants

- Docteur Fadima Koureissi TALL

Enseignants Associés

- Neurologie : Pr Youssoufa MAIGA
- Gastro-entérologie : Pr Moussa DIARRA T – Pr Anselme KONATE
- Infectiologie : Pr Daouda K MINTA
- Cardiologie : Pr DIALL Ilo B – Pr MENTA Ichaka- Dr Ibrahima SANGARE
- Interniste / Chirurgien : Pr YENA Sadio
- Otorhinolaryngologie : Pr KEITA Mohamed A

Enseignant non permanents

- Professeur Hawa Meyer KEITA Paris (France)

DEDICACE

Je dédie ce travail à

Dieu

Seigneur, je suis dans la joie car tu as manifesté ta puissance dans ma vie.

Mon désir est de faire ta volonté chaque jour de ma vie. Fortifie ma foi et mon espérance en toi. A toi seul la gloire Seigneur !

Mon papa

Issiaka COULIBALY

Nous avons appris de toi l'humilité, la modestie et le sens de la responsabilité.

Papa, l'éducation que tu nous as donnée, a fait de nous ce que nous sommes aujourd'hui. Ce travail est le fruit des efforts que tu as fournis pour nous.

Que Dieu te bénisse, qu'il t'accorde une bonne santé et une longue vie.

Ma maman

Rébéka COULIBALY

Maman, merci pour tout ce que tu as fait pour moi, mes frères et mes sœurs.

Je m'en souviendrai pendant le reste de ma vie.

Que Dieu te bénisse, qu'il t'accorde une bonne santé et une longue vie.

Mon épouse

Hawa DIARRA

Merci de m'avoir soutenu dans la prière, que Dieu te bénisse.

Mes frères et sœurs

Timothé, Daniel, Jérémie, Ibrahima, Kanouya, Katérine, Shère dite

Batoma

Vous m'avez toujours soutenu dans la prière, vous m'avez encouragé et vous m'avez donné des conseils pour la réussite de ce travail.

Que Dieu vous bénisse.

Mes enfants, neveux et Nièces

Grace, Daniel, Cephaste, Ade, Isaac, Thimothé, Emmanuel, Prospère, David, Salomon, Jean, Ana Rébéka

Vous me donnez la joie de vivre et de faire vivre. Ayez la soif du savoir et que ce travail puisse vous servir de source d'inspiration et d'exemple.

Que Dieu vous protège.

REMERCIEMENTS

A notre maitre

Pr Diango djibo Mahamane

Merci cher maitre de nous avoir permis d'apprendre à vos côtés, de par vos qualités intellectuelles et pédagogiques.

Puisse Dieu vous donner longue vie.

A notre maitre

Pr Broulaye samaké

Merci pour tout ce que j'ai appris à coté de vous

A nos maitres

Pr Diop.T.M, Pr Mangané .M, Pr Maiga.A, Dr Kassogué .A, Dr Gambi.A, Dr Soumaré.A, Dr Coulibaly.A, Dr Sanogo,Dr Traore A,Dr Badimi ,Dr BAGAYOGO

Vous m'avez aidé à chaque fois que j'en avais besoin vous nous avez enseigné la rigueur et l'engagement dans le travail.

Puisse Dieu vous accordez le meilleur et longue vie.

A mes collègues

Merci pour votre franche collaboration.

A mes cadets

Merci pour le respect et la confiance.

Aux infirmiers du service

Je vous remercie pour les moments passés ensemble.

Aux techniciens de surface

Merci pour tout vous faites un travail exceptionnel.

A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'élaboration de ce travail et dont les noms ont été oubliés plus haut.

A ma Patrie et terre d'accueil le Mali...

Merci

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ATICE : Adaptation to the Intensive Care Environment

AVC : Accident vasculaire cérébral

AVP : Accident de la voie publique

BPCO : Accident de la voie publique

BPS: Behavioural pain scale

CBV : Coups et blessures volontaires

CNMAR : Complications neuromyopathiques par atteinte respiratoire

CPK : Créatinephosphokinase

CV : Capacité vitale

DARMU : Département d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence

DES : Docteur en spécialisation

DCI : Dénomination Commune Internationale

ECG Electrocardiogramme

EEG : Electroencéphalogramme

EMG : Electromyogramme

ENS : Echelle numérique simplifiée

EVA : Echelle visuel analogique

EP : Embolie pulmonaire

EVS : Echelle verbale simple

FiO₂ : Fraction inspiratoire en oxygène

FR : Fréquence respiratoire

GCS : Glasgow coma Scale

HTA : Hypertension artérielle

HTIC : Hypertension intracrânienne

HypoTA : Hypotension Artérielle

IOTA : Institut d'Ophtalmologie d'Afrique de l'Ouest

NMR : Neur myopathie de réanimation

MRC : Maladie respiratoire chronique

MTEV : Maladie thromboembolique veineuse

PaO2 Pression artérielle en oxygène

CPOT : Critical Care Pain Observation Tool

PAVM : Pneumonie acquise sous ventilation mécanique

PEC : Prise en charge

PEP : Pression expiratoire positive

PIC : Pression Intracrânienne

PPC : Pression de perfusion cérébrale

RAU : Rétention aigue d'urine

RIM : Réponse idiomusculaire

ROT : Reflexe ostéotendineux

SDRA Syndrome de détresse respiratoire aigue

SFAR : Société française d'anesthésie et réanimation

SPO2 : Saturation partielle en oxygène

SRLF : Saturation partielle en oxygène

TCG : Traumatismes crâniens graves

TCE : Traumatisme cranio encéphalique

TA : Tension artérielle

TVP : Tension artérielle

VM : Ventilation mécanique

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	13
I. OBJECTIF GENERALE.....	15
II. OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	15
III. MATERIELS ET METHODES.....	16
1. Cadre et lieu d'étude.....	17
2. Population d'étude.....	18
3. Echantillonnage.....	18
4. Type d'étude.....	18
5. Période d'étude.....	18
6. Critère d'inclusion.....	18
7. Critère de non inclusion.....	18
8. Test statistique.....	18
9. Aspect éthique.....	19
10. Collecte et traitement des données.....	19
IV. RESULTATS.....	20
V. COMMENTAIRE ET DISCUSSIONS.....	38
1. Epidémiologie.....	38
2. Aspect sociodémographique.....	38
3. Aspect clinique.....	39
4. Pratique de la sédation.....	39
CONCLUSION	45
RECOMMANDATION	46
REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE.....	47
ANNEXE.....	48

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Répartition des patients selon l'âge.....	21
Tableau 2: Répartition des patients selon le sexe	22
Tableau 3: Répartition des patients selon le motif d'admission	23
Tableau 4: Répartition des patients selon le diagnostic	24
Tableau 5: Répartition des patients selon l'indication de la sédation	25
Tableau 6: répartition des patients selon le début de la sédation	26
Tableau 7: répartition des patients selon le début de la sédation	27
Tableau 8: Répartition des malades selon la durée de la sédation	28
Tableau 9: Répartition des patients selon la durée de la ventilation.....	29
Tableau 10: Répartition des patients selon l'intensité de la sédation	30
Tableau 11: Répartition des patients selon l'intensité de la douleur	31
Tableau 12: Répartition des patients selon le type de complication liée à la sédation.....	32
Tableau 13: Répartition des patients selon leur évolution.....	33
Tableau 14: répartition des malades selon la cause du décès	34
Tableau 15: répartition des malades le service de transfert secondaire	35
Tableau 16 : répartition l'évolution des patients en fonction de la durée de la sédation	36
Tableau 17 : répartition de l'évolution des patients en fonction du type de complication.....	37
Tableau 18 : répartition de l'évolution des patients en fonction des molécules utilisés	38
Tableau 19 : répartition de l'évolution des patients en fonction du diagnostic.....	39

INTRODUCTION

L'environnement de la réanimation ne constitue pas une atmosphère propice au confort physique et psychique du patient. Celui-ci est exposé à de multiples stimulations douloureuses, auditives ou psychiques traumatisantes dont les conséquences sur la morbidité commencent à être évaluées.[1]

Chez les patients en soins intensifs, une analgésie et une sédation adéquates augmentent le confort et facilitent les examens diagnostiques ainsi que les interventions thérapeutiques. L'analgésie et la sédation peuvent influencer le nombre des pneumonies, des délires, des états d'agitation et des extubations accidentelles.[2]

La sédation en réanimation se définit par l'utilisation de moyens médicamenteux ou non, dans le but de diminuer l'anxiété, d'assurer une analgésie satisfaisante et de faciliter l'adaptation au respirateur.[3]

La sédation est utilisée chez la majorité des patients intubés ventilés à la phase initiale de la réanimation. Elle est administrée afin d'éviter la souffrance des patients en situation critique recevant des thérapeutiques invasives. La sédation influence le pronostic si elle est trop profonde ou trop prolongée par apport à une situation donnée : augmentation de la durée de sevrage ventilatoire, de séjour en réanimation et à l'hôpital, incidence plus élevée de complications.[4]

La problématique de la sédation rejoint celle de la ventilation mécanique en de nombreux points. Dès l'intubation endotrachéale, une induction anesthésique est le plus souvent nécessaire, poursuivie dans la majorité des cas par une sédation médicamenteuse dans le concept de l'« adaptation du patient au ventilateur ».[5]

Les objectifs de la sédation ont été établis par des recommandations de pratique clinique, proposées par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) et par la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF).[3]

L'importance du rapport risque/bénéfice de la sédation en réanimation est considérable :

Aux États-Unis, l'administration d'agents pharmacologiques (hypnotiques et analgésiques) à visée sédative est réalisée chez 92 % des patients en réanimation.

En France et aux États-Unis, les sociétés savantes ont tenté récemment de définir des recommandations précises en termes d'objectifs et de moyens de sédation.

Une des difficultés majeures rencontrées par ces groupes de travail a été la pauvreté des études de niveau de preuve suffisant permettant d'étayer des recommandations en termes d'objectifs et de choix de molécules. Par ailleurs, peu de données sont disponibles sur l'impact de véritables stratégies de sédation sur le devenir des patients. Ceci explique probablement en partie qu'un grand nombre de patients ont un niveau de sédation jugé inapproprié, par défaut ou par excès.

D'autres difficultés pratiques consistaient à trouver un niveau idéal de sédation pour chaque patient avec comme conséquence un rapport coût/bénéfice non connu au préalable

Les enjeux de la sédation et de l'analgésie en réanimation sont l'élaboration de stratégies de mesure et d'interventions thérapeutiques développées en commun par le personnel médical et soignant (procédures écrites). L'évaluation du rapport coût/bénéfice de ces stratégies permettra sans doute d'améliorer au minimum la durée de ventilation et de séjour des patients[6]

Le niveau de sédation à atteindre chez un patient donné évolue généralement au cours du temps.[1]

C'est dans le contexte visant à améliorer notre pratique de la sédation, que nous avons initié cette étude.

I. OBJECTIF GENERALE

Evaluer la pratique de la sédation dans le service de réanimation du CHU Gabriel TOURE

II. OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Identifier les indications de la sédation dans le service de réanimation du CHU Gabriel TOURE
- Identifier les produits de sédation utilisés dans le service de réanimation du CHU Gabriel TOURE
- Déterminer le pronostic des patients sédatisés en réanimation du CHU Gabriel TOURE

III. MATERIELS ET METHODES

1. Cadre d'étude et lieu d'étude

Notre travail a été réalisé au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Gabriel TOURE de Bamako dans le service de réanimation.

Le CHU Gabriel TOURE est un ancien dispensaire du district de Bamako, devenu Institution Hospitalière le 17 Février 1959 et portant le nom d'un étudiant de médecine décédé des suites de la peste contractée auprès d'un de ses malades. Il est situé en Commune III du district de Bamako ; limité à l'Est par le CHU IOTA, à l'Ouest par l'Ecole Nationale d'Ingénierie, au Nord par l'Etat -Major des Armées et au Sud par la gare du chemin de fer.

C'est un hôpital de troisième niveau de la pyramide sanitaire du Mali, il se compose d'une administration générale, un service de maintenance, un laboratoire d'analyses médicales, une pharmacie hospitalière, une morgue, un service d'imagerie et de médecine nucléaire, dix services de Médecine, quatre services de chirurgie et un service d'Anesthésie-Réanimation et Urgence

Le Service de Réanimation

Il fait partie du Département d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence (DARMU).

C'est une unité de réanimation polyvalente (médicale et Chirurgicale).

Il compte six (06) bureaux :

- Un (01) bureau pour le Chef de Service
- Un (01) bureau pour les autres médecins anesthésistes réanimateurs ;
- Un (01) bureau pour la Secrétaire
- Un (01) bureau pour les D.E.S
- Un (01) bureau pour la Major

- Un (01) bureau pour les Internes et Thésards
- Un (01) salle de surveillance des patients
- Cinq (05) Salles d'hospitalisation contenant au total 08 lits

Le Service de Réanimation dispose de :

- Huit (08) scopes multiparamétriques
- Dix (10) Seringues auto-pousseuses
- Deux (02) insufflateurs manuels
- Un (01) trousse à intubation
- Cinq (05) aspirateurs fonctionnels
- Un (1) réfrigérateur pour conservation des médicaments et produits sanguin
- Huit (08) respirateurs

Un (01) stérilisateur

- Quatre (04) barboteurs pour oxygénation nasale

Le service de Réanimation est constitué de personnel suivant :

- Un chef du Service
- Cinq (03) médecins anesthésistes-réanimateurs
- La major du service
- Dix-neuf (19) infirmiers
- Onze (11) Aides-soignants
- Cinq (05) techniciens de surfaces

2. Population d'étude :

Tous patients admis dans le service de réanimation du CHU Gabriel TOURE durant notre période d'étude.

3. Echantillonnage :

Notre taille de l'échantillon est égale à 120 cas

4. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive, prospective et analytique qui a été réalisée au service de réanimation du CHU Gabriel TOURE, elle vise à évaluer la pratique de la sédation en réanimation du CHU Gabriel TOURE.

5. Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée en 6 mois du 01 Juillet au 31 Décembre 2023.

6. Critère d'inclusion :

Tout patient admis en réanimation pour la prise en charge d'une pathologie médicale ou chirurgicale ayant nécessité une sédation.

7. Critère de non inclusion :

Tous patients admis en réanimation non ventilés, ainsi que les patients admis en post-opératoire extubés en surveillance post interventionnelle ou en service de réanimation dans les heures qui suivent.

8. Test statistique

a) Variables qualitatives

Sexe, Motif d'hospitalisation, Antécédents, Indications, Agent sédatif utilisé, Agent Analgésique utilisé, Evolution, Syndrome de sevrage.

b) Variables quantitatives

Score de sédation, Score BPS, score RASS, Durée de sédation, Durée ventilation mécanique, Durée de séjour en réanimation.

9. Aspect éthique

Notre étude a été avec l'accord du Comité éthique du CHU Gabriel TOURE.

Les informations recueillies seront confidentielles

10. Collecte et traitement des données

Les données ont été recueillies à partir de la fiche d'enquête

La saisie et l'analyse des données ont été réalisée sur le logiciel SPSS version 27.0.0.0 (190)

V. RESULTATS

Tableau 1 : Age

AGE	EFFECTIF	POURCENTAGE
O-14	7	8,6
15-34	31	38,3
35-60	35	43,2
Sup a 60	8	9,9
TOTAL	81	100,0

La tranche d'Age **35-60** était la plus représentée avec **43 ,2 %** des cas

Tableau 2 :Sexe

SEXE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Masculin	30	37,0
Féminin	51	63,0
TOTAL	81	100,0

Le sexe **féminin** était le plus représenté avec **63,0%** des cas

Sexe Ratio :0,58

Tableau 3 :Motif d'admission

MOTIF D'ADMISSION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Instabilité hémodynamique	38	46,9
Altération de la conscience	28	34,6
Détresse respiratoire	1	1,2
Crise convulsive	10	12,3
Brulure	4	4,9
TOTAL	81	100,0

L'**instabilité hémodynamique** était la plus représentée avec **46,9 %** des cas

Tableau 4 : Diagnostics

DIAGNOSTICS	EFFECTIF	POURCENTAGES
Éclampsie	14	17,3
Traumatisme crânien grave	7	8,6
Polytraumatisme	7	8,6
Paludisme grave	2	2,5
AVC	8	9,9
Choc septique	17	21,0
Choc hémorragique	13	16,0
Arrêt cardiorespiratoire récupéré	4	4,9
Brulure	5	6,2
Autres	4	4,9
TOTAL	81	100,0

Le **choc septique** était le plus représenté avec **21,0 %** des cas

Tableau 5 :Indication de la sédation

INDICATION DE LA SEDATION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Instabilité hémodynamique	45	55,6
Détresse respiratoire	4	4,9
Alteration de la conscience	32	39,5
TOTAL	81	100,0

L'instabilité hémodynamique était la plus représentée avec 55,6 % de cas

Tableau 6 : Début de la sédation

DEBUT DE LA SEDATION	EFFECTIF	POURCENTAGE
A l'admission	72	88,9
Après 24h	6	7,4
Après 48h	1	1,2
Après 72 h	2	2,5
TOTAL	81	100,0

Les patients sédatisés à l'admission étaient majoritaires à 88 ,9 % des cas

Tableau 7 : Molécules utilisés

MOLECULES UTILISE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Midazolam/Fentanyl	44	54,3
Kétamine/Fentanyl	24	29,6
Propofol/fentanyl	3	3,7
Thiopental/Fentanyl	10	12,3
TOTAL	81	100,0

Midazolam et Fentanyl étaient les molécules utilisées les plus représentées avec **54,3 %**

Tableau 8 :Durée de la sédation

DUREE DE LA SEDATION	EFFECTIF	POURCENTAGE
24h	23	28,4
48h	28	34,6
72h	20	24,7
5J	3	3,7
Supérieur à 7jours	7	8,6
TOTAL	81	100,0

Les patients sédatisés pendant 48 heures étaient majoritaire à 34,6 % des cas

Tableau 9 : Durée de la ventilation

DUREE DE VENTILATION	EFFECTIF	POURCENTAGE
1-3 jours	65	80,2
4-7 jours	7	8,6
7 à 10 jours	7	8,6
Supérieur à 10 jours	2	2,5
TOTAL	81	100,0

La durée de ventilation de 1 à 3 jours était la plus représentée avec 80,2 %

Tableau 10 ; Score RASS

SCORE RASS	EFFECTIF	POURCENTAGE
+4 combatifs	1	1,2
+ 1 ne tient pas en place	1	1,2
-2 Diminution légère de la vigilance	6	7,4
-3 Diminution modéré de la vigilance	36	44,4
-4 Diminution profonde de la vigilance	34	42,0
-5 Non réveillable	3	3,7
TOTAL	81	100,0

Le Score RASS était coté à (-3) chez **44,4%** des patients

Tableau 11 : Score BPS

SCORE BPS	EFFECTIF	POURCENTAGE
3-5	10	12,3
6-10	22	27,2
10-12	49	60,5
TOTAL	81	100,0

Le Score BPS était coté entre (10 – 12) chez **60,5 %** des patients

Tableau 12 : Types de complication

TYPES DE COMPLICATION	EFFECTIF	POURCENTAGE
PAVM	7	8,6
Escarres	2	2,5
Sténose trachéale	1	1,2
Infection urinaire	2	2,5
TOTAL	12	14,8

La PAVM était le plus représentée avec **8,6 %**

Tableau 13 : Evolution du patient

EVOLUTION DU PATIENT	EFFECTIF	POURCENTAGE
Transfert	35	43,2
Décès	45	55,6
Sortie	1	1,2
TOTAL	81	100,0

Les patients décédés au cours de la sédation étaient majoritaires avec **55,6 %** des cas

Tableau 14 : Cause de décès

CAUSE DU DECES	EFFECTIF	POURCENTAGE
Choc septique	35	43,2
Choc hémorragique	10	12,3
TOTAL	45	55,6

Le choc septique était la plus représentée avec **43,2 %**

Tableau 15 :Service d'accueil

SERVICE D'ACCUEIL	EFFECTIF	POURCENTAGE
Gynécologie	19	23,5
Chirurgie générale	7	8,6
Traumatologie	1	1,2
Neurologie	1	1,2
Neurologie chirurgie	1	1,2
Gastrologie	1	1,2
TOTAL	35	43,2

Les patientes transférées au service de la gynécologie étaient majoritaires avec **23,5 %**

Tableau 16 Evolution des patients

Evolution des patients				
Durée de sédation	Transfert	Décès	Sortie	Total
24h	11	11	1	23
48h	13	15	0	28
72h	9	11	0	20
5J	1	2	0	3
Supérieur a 7jours	1	6	0	7
Totale	35	45	1	81

K2 : 5,621

P : 0,040

Il existe un lien statistiquement significatif entre la durée de la sédation et les décès

Tableau 17 : Evolution des patients selon le Type de complication

Type de complication	Evolution des patients		Total
	Transfert	Décès	
PAVM	2	5	7
Escarres	0	2	2
Sténose trachéale	0	1	1
Infection urinaire	0	2	2
Total	2	10	12

K2 : 1,714

P : 0,318

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre le type de complication et les décès

Tableau 18 : Evolution des patients selon les molécules utilisées

Molécules utilisées	Evolution des patients			Total
	Transfert	Décès	Sortie	
Midazolam /Fentanyl	17	27	0	44
Kétamine/Fentanyl	10	14	0	24
Propofol/Fentanyl	1	2	0	3
Thiopental/Fentanyl	7	2	1	10
Total	35	45	1	81

K2 : 11,69

P : 0,05

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre les molécules utilisées et le décès des patients

Tableau 19 : Evolution des patients selon les diagnostics

Diagnostics	Evolution des patients			Total
	transfert	décès	sortie	
Eclampsie	8	5	1	14
Traumatisme crânien Grave	3	4	0	7
Polytraumatisme	2	5	0	7
Paludisme grave	0	2	0	2
AVC	3	5	0	8
Choc septique	8	9	0	17
Choc hémorragique	7	6	0	13
ACR	1	3	0	4
Brulure	2	3	0	5
Autres	1	3	0	4
Total	35	45	1	81

K2 :10 ,59

P : 0, O30

Il existe un lien statistiquement significatif entre le diagnostic et le décès des patients

VI. COMMENTAIRE ET DISCUSSIONS

1) Epidémiologie

Nous avons colligé 293 patients durant cette période dont 81 patients répondaient nos critères d'inclusion qui ont participé à l'étude avec le résultat suivant :

2) Aspect sociodémographique

Age

L'âge moyen était de 33,02 ans avec des extrêmes allant de 2 ans à 72 ans.

La tranche d'âge la plus représentée était celle de (35-60) ans soit un taux de 43,2%.

Ce résultat est différent de celui de Siby K[7] qui avait retrouvé une tranche d'âge de (16 – 30) ans avec une prédominance à 45,70 %

Cela peut s'expliquer par la fréquence élevée du traumatisme crânien dans son étude qui touche la tranche d'âge active.

Sexe

Le sexe féminin était majoritaire avec 63,0 %. Ce résultat est différent de celui de Siby k[7] qui avait reçu 65,2 % de sexe masculin et de celui de Zeroual N[8] qui avait retrouvé 68,25 % de sexe masculin .

Cela pourrait s'expliquer par la fréquence élevée des admissions en provenance du service de la gynécologie.

3) Aspect clinique

Le motif d'admission

Au cours de notre étude, l'instabilité hémodynamique était majoritaire avec 46,9 % des cas. Ce résultat est différent de celui de Siby K[7] qui a observé une prédominance de traumatisme crânien grave avec 30,4% de cas

Cela pourrait s'expliquer par la provenance des patients dont la plupart provenait du bloc opératoire ou dans un contexte infectieux

Le diagnostic

Au cours de notre étude, le choc septique était le plus représenté avec 21,0%.

Ce résultat est différent de celui de Zeroual N[8] qui a retrouvé le traumatismes crâniens graves avec un taux de 25,58%

Cela pourrait s'expliquer par la fréquence élevée des infections qui évoluent vers un choc septique.

L'indication de la sédation

Au cours de notre étude, l'instabilité hémodynamique était la plus représentée avec 55,6 % des cas .Ce résultat est synonyme à celui de Zeroual N [8] qui a observé un taux d'instabilité hémodynamique de 35% des cas

Cela pourrait s'expliquer par l'intérêt de la sédation au cours de la prise en charge de l'instabilité hémodynamique

4) Pratique de la sédation

Le début de la sédation

Au cours de notre étude 88,9 % des patients ont été sédaté à l'admission.

Ce résultat est proche de celui de ZEROUAL N[8] qui a observé 82 % des patients sédatés à l'admission

Cela montre l'intérêt de la sédation au cours d'une ventilation invasive pour l'adaptation du patient au respirateur

Les molécules utilisées

Midazolam et Fentanyl étaient les molécules utilisées les plus représentées avec 54,3 %. Ce résultat est similaire à celui de Siby K[7] qui a observé l'utilisation de midazolam et de fentanyl dans 84,78% des cas

Cela pourrait s'expliquer par l'accessibilité de ces produits et l'état hémodynamique de nos patients

Durée de la sédation

Au cours de notre étude 34,6% de nos patients ont fait une sédation de 48h.

Ce résultat est différent à celui de Siby K[7] qui a observé une durée de sédation de 4 jours dans 89,2% des cas

Cela pourrait s'expliquer par l'évolution des patients sous sédation

Evaluation de la sédation

Au cours de notre études, le score de RASS a été utilisé pour l'évaluation de la sédation et 44,4% des patients avaient un score de RASS a (-3). Ce résultat est différent de celui de Siby K[7] qui observé l'utilisation du score de Ramsay pour évaluation de la sédation

Complication liée à la sédation

Au cours de notre étude nous avons observé un taux de PAVM avec 8,6%.

Ce résultat est proche à celui de Siby K[7] qui a observé un taux de 15,22% de patients sédatisés et ventilés ont fait une PAVM

Cela pourrait s'expliquer par la durée de ventilation mécanique dépassant 7 jours dans chez plus de 10 % de nos patients.

Evolution des patients

Au cours de notre étude, 55,6 % des patients sont décédés sous sédation.

Ce résultat est proche à celui de Zeroual N [8]qui a observé un décès de 62% cas. Cela pourrait s'expliquer par le pronostic des patients admis en réanimation et la fréquence élevée de la survenue des complications au cours de leur hospitalisation

Cause du décès

Au cours de notre étude, le choc septique était la plus représentée avec 43,2 % cas. Ce résultat est proche de celui de Siby K [7] 63,0% de cas.

Cela pourrait s'expliquer par la gravité du tableau clinique évoluant souvent vers un état de choc réfractaire associé aussi des germes multi résistants en milieu hospitalier en cas de choc septique

CONCLUSION

La sédation en réanimation constitue une approche préventive mais aussi thérapeutique considérable et courante.

Elle existe dès lors que la ventilation mécanique invasive est instaurée.

L'arrêt de la ventilation mécanique qui est l'objectif de la réanimation, passe par une optimisation préalable du couplage sédation-ventilation :

Sédation la moins profonde possible allant de pair avec des réglages du ventilateurs adaptés au patient.

Son utilisation à bon escient, à dose suffisante permet une protection des organes vitaux, une meilleure adaptation a des thérapeutiques invasives et désagréable liées aux soins de réanimation.

La prise en charge du trouble neurologique et des instabilités hémodynamiques représentent les indications principales de sédation.

Le midazolam est l'hypnotique de choix et également l'agent sédatif le plus utilisé en association avec le fentanyl compte tenu de son accessibilité ainsi que de sa maniabilité.

RECOMMADATIONS

❖ Aux Autorités Sanitaires :

- Doter le service de réanimation en appareils de stérilisation efficaces pour les systèmes de ventilation mécanique
- L'équipement des services de réanimation en moyens de diagnostic et thérapeutique performants.
- Mettre à la disposition des quantités suffisantes, des agents sédatifs variés
- Assurer la formation d'agents qualifiés dans la PEC des patients sédatisés et ventilés.

Aux Personnels de Santé :

- Appliquer les recommandations pour la pratique clinique de la sédation en Réanimation.
- Respecter les règles d'hygiène et d'asepsie hospitalière

REFERENCE BIBLIOGRAPHIE

1. la_s_dation_et_analg_sie_en_r_a.pdf.
2. RMS_2499_1942.pdf.
3. Sédation en réanimation de l'adulte. EMC - Anesthésie-Réanimation. 1 juill 2005;2(3):185-203.
4. 2022 Akrouit et al., Sedation en réanimation.pdf.
5. Sedation_et_modalites_du_sevrage_ventilatoire_un_c.pdf.
6. la_s_dation_et_analg_sie_en_r_a.pdf.
7. Siby K. evaluation de la sedation au service de reanimation :CHU GABRIEL TOURE [these]. [Bamako]: USTTB; 2022.
8. Nesrine ZEROUAL. Les techniques de la sédation en réanimation au sein du service de réanimation Hôpital Militaire Avicenne Marrakech [these]. [MARRAKECH]: FACULTE DE LA MEDECINE ET DE PHARMACIE DE MARRAKECH; 2017.

ANNEXE

FICHE D'ENQUETE

Age : 1-14 15-34 35-60 sup a 60

Sexe : F M Motif d'admission

DIAGNOSTIC Indication de la sédation :

Début de la sédation :

Admission : Oui Non

Après 24H : Oui Non

Après 48H : Oui Non

.....

Molécules utilisées :

Hypnotiques : Propofol thiopental midazolam kétamine

Morphiniques : morphine fentanyl sulfentanyl

Curares : norcuron atracurium

Durée de sédation : 0-24h 24h-48h 2-4j 4-7 j
sup à 7 j

Durée de ventilation mécanique :

Durée de séjour en réanimation :

L'évaluation de la sédation régulière : OUI NON

L'évaluation de la douleur régulière : oui non

Echelles de sédation (Niveau de vigilance		Echelles de douleur (intensité de la douleur)
RASS		BPS

Incidents au cours de la sédation :

Agitation : oui non

Extubation accidentelle : nombre ;.....

Douleur Tachycardie Bradycardie Hypertension

Hypotension Réveil partiel Réveil complet Absence de réveil

Complications de l'alitement prolongé favorisées par la sédation :

PAVM

Infection urinaire Escarres

MTVE Rétention aiguë d'urine

Autres complications

.....

Incident au cours de la sédation : Oui Non

Type d'incident au cours de la sédation : retard de réveil ; extubation
accidentelle ; plicature de la sonde d'intubation

Évolution des patients :

Transfert dans un service Décès : oui non

Causes décès : Choc septique arrêt brutale ; choc hémorragique

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : COULIBALY

Prénom : Benjamin

Date et lieu de naissance : 14 /07 /1988 à N'Torosso

Titre : Evaluation de la pratique de sédation au service de réanimation du CHU Gabriel TOURE

Année académique : 2023 2024

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

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

Secteur d'intérêt : Département d'anesthésie-réanimation, médecine d'urgence et médecine légale.

Résumé :

La sédation et l'analgésie sont des composantes importantes du traitement des patients de réanimation ventilés mécaniquement.

Il existe actuellement une large gamme d'agents pharmacologiques disponibles pour les besoins variés de ce groupe hétérogène de patients.

L'objectif de notre étude était d'évaluer la pratique de la sédation dans le service de réanimation du CHU Gabriel TOURE.

Il s'agissait d'une étude analytique, descriptive avec collecte prospective des données de tous les patients admis en réanimation de l'Hôpital Gabriel TOURE pour la prise en charge d'une pathologie médicale ou chirurgicale ayant nécessité le recours à la sédation sur une période allant du 01er Juillet 2023 au 31 Décembre 2023.

Au terme de notre étude, 81 patients ont été retenus soit 27,64 % sur un total d'admission de 293 avec un âge moyen de 33,02 ans et une prédominance féminine.

Les diagnostics d'admission des patients sédatisés étaient dominés par le choc septique avec 21,0 % cas.

Les principales indications de sédation étaient les instabilités hémodynamiques avec 55,6% des cas.

L'association Midazolam-Fentanyl était la plus utilisée avec 54,3 % de cas.

Les complications de l'alitement prolongé favorisées par la sédation et la ventilation étaient dominées par les pneumopathies acquises sous ventilation mécanique avec 8,6% des cas.