



*Article original*

**Prise en charge anesthésique des patientes opérées en urgence à l'hôpital universitaire de Gynécologie obstétrique Befelatanana de Madagascar**

Anaesthetic management of patients undergoing emergency surgery at Gynecologic and Obstetric of Befelatanana ,Madagascar

TA Rafanomezantsoa<sup>1\*</sup>, OJ Harioly Nirina<sup>2</sup>, H Rabarisoa<sup>1</sup>, R Hery Andrianampanalinarivo<sup>1</sup>, T A Rajaonera<sup>3</sup>, S Rabesalama<sup>4</sup>

**Résumé**

**Introduction :** La prise en charge des patientes opérées en urgence est un concept qui permet aux personnels de santé de prendre en compte toutes les gravités et les degrés d'urgence au sein du service des urgences gynécologie et obstétricale. Les objectifs de cette étude étaient de voir la prise en charge anesthésique des urgences en milieu gynéco-obstétrical.

**Méthodologie :** Nous avons mené une étude, rétrospective, descriptive, transversale, d'une durée de six mois. Nous avons colligé 968 patientes admises ayant nécessité une intervention chirurgicale en urgence.

**Résultats :** La majorité des interventions en chirurgie gynéco-obstétricale d'urgence est l'opération césarienne (90%) et 28% des femmes opérées en urgence au CHU/GOB avaient un âge entre 24 à 28 ans. La rachianesthésie était la technique la plus utilisée.

Le délai écoulé entre l'admission et la prise en charge est de 60 à 120 min dans 57% des interventions et les décès sont liés au retard de

prise en charge ( $p=0,03$ ).

**Conclusion :** Les urgences obstétricales sont fréquentes. La quête d'une réduction de la morbi-mortalité doit tenir compte de la nécessité d'une précocité de la prise en charge en plus des autres facteurs influents la qualité des soins.

**Mots-clés :** anesthésie, gynécologie-obstétrique, prise en charge, Antananarivo, urgence.

**Abstract**

**Introduction:** Management of patients is a concept that allows health personnel to take into account all the gravity and urgency levels in the emergency gynecology and obstetrics. The aims of this study are to describe the anesthetic management of gynecological obstetric emergencies.

**Methods:** We did a retrospective descriptive study during six months. We collected 968 patients admitted who required emergency surgery.

**Results:** Most of the emergency surgeries in gynecology obstetric is the caesarean section (90%) and 28% of women operated in emergency at the

CHU / GOB were aged between 24-28 years. Spinal anesthesia was the most used anesthetic technique. The delay between admission and support is about 60 to 120 minutes in 57% of procedures and mortality was related to delay in receiving adequate treatment ( $p=0.03$ ).

**Conclusion:** Obstetric emergencies are common situations. Reducing morbidity and mortality associated with obstetric emergencies depends on improving the quality of care and early treatment may make a difference.

**Keywords:** Anesthesia, obstetrics and gynecology, care, emergency, Antananarivo

---

## Introduction

Le rôle de l'anesthésiste-réanimateur pour une intervention gynéco-obstétricale urgente est nécessaire pour des raisons de pronostic maternel et/ou fœtal. Une réponse adaptée et rapide permettrait d'assurer le bien-être de l'enfant et de la mère[1].

En Afrique, les urgences gynéco-obstétricales seraient responsables de 30 à 98% de la mortalité maternelle globale [2], le manque d'infrastructures et d'équipements médicaux est un frein à l'organisation de l'urgence anesthésique gynéco-obstétricale [3]. L'anesthésie pour urgences, dans le contexte africain, est dominée par les pathologies en rapport avec la croissance démographique, la pauvreté, le développement urbain et le contexte socioéconomique défavorable. A cela, s'ajoutent la pathologie infectieuse et le problème lié à l'état des structures de santé, ne répondant généralement pas aux normes reconnues [4].

La prise en charge anesthésique des urgences chirurgicales impose donc au médecin

anesthésiste-réanimateur une réflexion approfondie, prenant en compte toutes les particularités du contexte où il se situe. Par ailleurs, hormis le retard à la consultation et le diagnostic tardif qui ont une implication péjorative pour le malade, la survie du patient nécessite une gestion concertée de la situation entre l'anesthésiste-réanimateur et le chirurgien [5,6].

À Madagascar peu d'études ont été réalisées sur la prise en charge anesthésique des patientes opérées en urgence au sein du service de gynéco-obstétrique dont l'incidence ne semble pas précisément connue.

Nos objectifs étaient d'identifier les urgences gynéco-obstétricales et d'évaluer la prise en charge anesthésique de ces urgences.

## Méthodologie

Nous avons mené une étude rétrospective qui s'est déroulée dans les Services des Urgences et du Bloc Opératoire du Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie Obstétrique Befelatanana (CHUGOB), de janvier à juin 2015. Toutes les patientes admises, opérées pour urgence pendant la période ont été incluses.

Les paramètres étudiés étaient les suivants : les caractéristiques sociodémographiques des parturientes, les antécédents, les données de l'évaluation préopératoire, les indications opératoires, les types d'intervention, les données anesthésiques, le délai écoulé entre l'indication et le début d'intervention, les incidents per-opératoires, les complications post-opératoires, la morbi-mortalité maternelles liées à ces interventions.

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel XLSTAT.

---

Les textes et les tableaux ont été saisis à l'aide du logiciel MS Word 2013. Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentage (%) et les variables quantitatives en moyennes.

## Résultats

Durant notre période d'étude nous avons colligé 968 urgences sur les 1383 interventions, soit une fréquence de 70%.

La majorité des femmes opérées en urgence au CHU/GOB était dans la tranche d'âge de 24 à 28 ans avec une proportion de 28%. L'âge moyen des patientes était de 28,21 ans avec des extrêmes de 14 et 61 ans.

Environ la totalité, 90%, des femmes opérées en urgence appartiennent à la classe 1 de l'American Society of Anesthesiologists (ASA) d'après les données des évaluations pré-anesthésiques.

Concernant la technique anesthésique, l'anesthésie loco-régionale (ALR) prédomine car elle occupe 56% des cas, ensuite l'anesthésie générale (AG) 32% et la sédation dans 12%. La césarienne était l'intervention chirurgicale la plus fréquente (67%). Les types d'interventions sont résumés dans le tableau I.

Le tableau II, montre le temps de prise en charge : la majorité des femmes opérées en urgence ont eu leurs interventions retardées avec 57% entre 60 à 120 minutes.

La morbi-mortalité liée à ces interventions : nous avons noté au cours de l'étude 6 décès maternels dont deux en per-opératoire et 4 dans les 72 heures post-opératoires.

Les principales causes de décès étaient représentées par les chocs septiques et les hémorragies induisant un choc hypovolémique (p=0,03).

Tableau I : Répartition selon la nature de l'intervention

Intervention	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Césarienne	649	67%
Laparotomie (GEU, torsion kyste, pelvipéritonite, ...)	271	28%
Curetage	48	5%

Tableau II : Délai de prise en charge des urgences

Délai (minutes)	Effectif (n)	Pourcentage (%)
<60	387	40,0
60 - 120	552	57,0
>120	29	3,0

## Discussion

Notre objectif était d'étudier les types d'anesthésie pratiqués pour urgence dans un centre de gynécologie obstétrique ainsi que le délai de prise en charge de ces interventions.

Concernant l'âge de nos patientes, nos résultats sont proches de ceux rapportés par Blaise Adelin

Tchaou et al [7] au Bénin, Toumi et al [8] en Tunisie en 2011. Les âges moyens retrouvés par ces auteurs étaient respectivement à  $26,7 \pm 6,2$  ans avec des extrêmes de 15 et 45 ans et  $30,1 \pm 5,5$  ans. Il ressort de nos résultats que la majorité des patientes étaient de classe ASA 1 (90% des cas). Ces résultats sont proches de ceux de Ouro-Bang'na et al [9] et Mahoungou et al [10] qui avaient trouvé respectivement des taux de 85% et de 89% pour les patients ASA 1, contre 15% et 9% pour les patients ASA 3 et ASA 4.

Par contre, Lanexaire et al [11] en France soulignaient que 4% de leurs patientes étaient de classe ASA 4 et 5. La qualité du plateau technique et la disponibilité de personnel qualifié en Europe expliquent la possibilité d'effectuer des interventions chirurgicales en urgence chez des patientes très gravement atteintes.

En ce qui concerne la nature des interventions, la césarienne a été la plus fréquente. Le même constat a été fait par Toumi et al [8].

Dans notre série il n'y a pas eu d'anesthésie péridurale (APD), l'ALR était limitée à la rachianesthésie. Le même constat a été fait au Togo en 2005 par Ouro-Bang'na et al [9]. Par contre dans les pays où l'analgésie obstétricale est très développée les proportions de césariennes en urgence sous anesthésie péridurale sont élevées. Dans l'étude réalisée par Lahmy [12] en France la majorité des césariennes (53,9 %) réalisées en urgence l'était sous anesthésie péridurale [13].

En France, le délai décision-naissance a pu être raccourci par une amélioration des processus organisationnels.

En outre, les hôpitaux ont pu disposer du matériel, du personnel et de l'organisation permettant de réagir de façon optimale devant l'urgence. Si une

raison telle que la surcharge du personnel, le manque de salle disponible pouvaient amener à allonger le délai d'attente, les patientes devraient en être informées et un transfert anténatal médicalisé devrait être rapidement effectué vers un centre pouvant les recevoir immédiatement [14].

La mortalité maternelle enregistrée dans notre série est inférieur à celui rapporté par Diallo, au Mali (1,5%). Les urgences obstétricales sont à l'origine de la grande majorité des décès maternels dans le monde [15].

## Conclusion

Cette étude prospective, descriptive transversale nous a permis d'identifier les urgences gynéco-obstétricales et d'évaluer les délais de prise en charge des patientes en urgence.

Avant de prendre en charge les patientes opérées en urgence, il faut identifier et classer les urgences gynécologique et obstétricale sur les plans anesthésique et chirurgical.

La prise en charge anesthésique des femmes opérées en urgences au CHU/GOB, est conditionnée par des différentes raisons, par exemple le délai de la prise en charge, elle peut mettre en jeu la vie de la mère et/ou du nouveau-né.

Ces délais pourraient être minimisés par la mise en place des techniciens et des personnels qualifiés ainsi que du matériel, des médicaments et par le renforcement des équipes médico-chirurgicales au sein de l'établissement. La pratique anesthésique dépend également des praticiens mais aussi avec l'état, la collaboration des patientes, pour minimiser les risques anesthésiques des patientes.

**\*Correspondance**

Rafanomezantsoa Toky Andriamahefa

(tokyrea@yahoo.fr)

Reçu : 30 Jan, 2018 ; Accepté : 20 Mars, 2018 ; Publié : 30 Mars, 2018

<sup>1</sup>Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana, Antananarivo, Madagascar

<sup>2</sup>Service Centre Hospitalier Universitaire Morafeno, Toamasina, Madagascar

<sup>3</sup>Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo, Madagascar

<sup>4</sup>Centre Hospitalier Universitaire Analakinina, Toamasina, Madagascar

© Journal of african clinical cases and reviews 2018

**Conflit d'intérêt:** Aucun

**Références**

- [1] Ka SALL B, KANE O, DIOF E, BEYE M.D. Les urgences dans un centre hospitalier et universitaire en milieu tropical. Le point de vue de l'anesthésiste-réanimateur, *Med. Trop* 62, 2002, p.247-250
- [2] CHOBLO M. Accueil des urgences dans les hôpitaux d'Afrique francophone au sud du Sahara. Le modèle du CHU de Cotonou. *Revue africaine de Médecine d'urgence et d'Anesthésie-Réanimation*, 1999, 4, p.11-17
- [3] ASUMANU E, RICHARDSON R. Improving emergency attendance and mortality: the case for unit separation, *West African Journal of Medicine* 28, 2009, p. 28-32
- [4] TOURE C.T., DIENG M. Urgence en milieu tropical : état des lieux. L'exemple des urgences chirurgicales du Sénégal. *Méd. Trop.* 62, 2002, p 237-241.
- [5] HSIA RY, MBEMBATI NA, MACFARLANE S, KRUK M.E. Access to emergency and surgical care in Sub-Saharan Africa: The infra-structure gap. *Health policy Plan* 27, 2012, p234-244.
- [6] TRAORÉ A, OUEDRAOGO HZ, SONDO B, GUISSOU I.P. Les urgences médicales au Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou : profil et prise en charge des patientes. *Cahiers d'études et de recherche francophones/Santé* 12 (3) 2002(juil.- sept.), p 307-312.
- [7] TCHAOU BA, HOUNKPONOU NFM, SALIFOU K, ZOUMENOU E, CHOBLO M. Les urgences obstétricales à

l'hôpital universitaire de Parakou au Bénin : aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs. *European Scientific Journal*. March 2015 edition vol.11, No.9.

- [8] S. TOUMI, B. GAFSI, ML. AISSAOUI, J. BEN SALEM, M. LOUZI, L. GRATI. Césarienne en urgence : choix de la technique anesthésique en fonction du délai décision-extraction. *J. Magh. A. Réa. Med.Urg.- 2005 ; XXIX : 277.*
- [9] OURO-BANG'NA M, EGBOHOU P, SAMA H, TOMTA K, AHOUEANGBEVI S, CHOBLO M. Pratique anesthésique dans un hôpital régional (niveau 2) au Togo. Etude rétrospective à propos de 1100 cas. *Méd. Afr Noire*. 2009 ; 5612 : 645-51.
- [10] MAHOUNGOU-GUIMBI KC, ODZEBE ASW, MASSAMBA MIABAOU D, ELE N, SOUSSA RG, DIOUF E. Anesthésie au cours des urgences chirurgicales au CHU de Brazzaville, Congo. *Rev Afr. Anesth Méd Urg* 2011 ; 16 : 16-22.
- [11] LAXENAIRE MC, AUROY Y, CLERGUE F, PÉQUIGNOT F, JOUGLA E, LIENHART. Anesthésie en Urgence. *Ann Fr Anesth Réanim* 1998 ; 17 : 1352-62.
- [12] LAHMY-DEDDOUCHE O. Morbidité maternelle associée aux césariennes programmées et réalisées en urgence : étude prospective entre avril 2006 et avril 2007 dans le C.H.R de Versailles. Thèse de médecine, université Paris-Val-De-Marne 2, Paris ; 2008.
- [13] BONKOUNGOU P.Z, KINDA B, KAFANDO Y, SIMPORÉ A, SANOU J, THIÉBA B, OUEDRAOGO NAZINIGOUBA. Anaesthetic management of obstetrical emergencies at Yalgado Ouédraogo teaching hospital of Ouagadougou. *RAMUR Tome* 18 n°2 – 2013.
- [14] OMS : Rapport sur la santé dans le monde 2005. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. <http://www.who.int/whr/2005/fr/>.
- [15] DIOUF E. Contribution des anesthésistes réanimateurs à la réduction de la mortalité maternelle *Rev af Anesth Med Urg*. 2011 ; 16 :1-3.

**Pour citer cet article :**

Rafanomezantsoa Toky Andriamahefa, Harioly Nirinam Marie Osé Judicael, Randrianirina Andrimpitia et al. Prise en charge anesthésique des patients opérés en urgence à l'hôpital universitaire de Gynécologie obstétrique Befelatanana de Madagascar. *Jaccr Africa* 2018; 2(1): 191-196.