Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 1859-5138 Open access

Article original

Analgésie péridurale après thoracotomie chez l'adulte à l'Hôpital du Mali : une étude préliminaire descriptive à propos de 18 cas

Epidural analgesia after thoracotomy in adults at the Mali Hospital: a preliminary descriptive study of 18 cases

A Sidibe*[1], SA Beye[2], FK Tall[3], C Diallo[1], H Dicko[4], K Sangho[1], M Coulibaly[1], AI Drame[1], K Tembine[1], M Coulibaly[5], H Almeïmoune[6], N Diani[1]

Résumé

Objectif : Evaluer l'analgésie péridurale après thoracotomie chez l'adulte.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude observationnelle et prospective sur une période de six (6) mois. Elle a concerné les patients adultes des deux sexes admis pour thoracotomie en urgence ou en chirurgie élective avec consentement éclairé. La saisie et l'analyse des données ont été faites avec Word 2016 et SPSS 22.

Résultats : Durant la période d'étude, 18 patients répondaient sur 28 thoracotomies réalisées soit 64,3%. La fréquence était de 1,2 thoracotomie par semaine. L'âge moyen était de 35,4 ± 14,3 ans. Le sexe ratio était de : 2. Le traumatisme représentait 38,9%. Six (6) patients avaient un indice de masse corporel (IMC) moins de 18,5. La classe ASA 2 représentait 66,7%. Le niveau de pose du cathéter péridural était T6-T5 et médiane. L'induction de l'anesthésie générale (AG) était faite par le thiopental, le fentanyl et le vecuronium chez 15 patients. Une hypotension a été observée chez 9 patients. La chirurgie a duré 224,8 ± 88 minutes. L'anesthésie a duré : 242,8 ± 79 minutes avec un réveil calme. En post opératoire, la consommation de morphine était de 28,3 ± 14,1 mg. La durée entre la chirurgie et la déambulation était de : 3,1 ± 0,8 jours. Une hypotension a été observée chez 4 patients. La durée de séjour hospitalier était de 13,6 jours ± 5,9. Le coût global de l'analgésie était de : 254444,4 ± 26395,7 FCFA avec une bonne à excellente satisfaction des patients.

Conclusion : L'analgésie péridurale thoracique est une technique à promouvoir après thoracotomie.

Mots-clés : Thoracotomie-Analgésie péridurale-Mali.

Abstract

Objective: To evaluate epidural analgesia after thoracotomy in adults.

Methodology: This was an observational and prospective study conducted over a period of six (6) months. It involved adult patients of both sexes admitted for emergency or elective thoracotomy with informed consent. Data collection and analysis were performed using Word 2016 and SPSS 22.

Results: During the study period, 18 patients were included out of 28 thoracotomies performed representing 64.3%. The frequency was 1.2 thoracotomies per week. The average age was 35.4 ± 14.3 years. The sex ratio was 2. Trauma represented 38.9%. Six (6) patients had a body mass index (BMI) less than 18.5. ASA class 2 represented 66.7%. The level of epidural catheter placement was T6-T5 and median. General anesthesia (GA) was induced with thiopental, fentanyl, and vecuronium in 15 patients. Hypotension was observed in 9 patients. The surgery lasted 224.8 ± 88 minutes. Anesthesia lasted: 242.8 ± 79 minutes with a calm recovery. Postoperatively, morphine consumption was 28.3 ± 14.1 mg. The duration between surgery and ambulation was: 3.1 ± 0.8 days. Hypotension was observed in 4 patients. The length of hospital stay was 13.6 ± 5.9 days. The overall cost of analgesia was: 254444.4 ± 26395.7 FCFA with good to excellent patient satisfaction.

Conclusion: Thoracic epidural analgesia is a technique to be promoted, particularly after thoracotomy.

Keywords: Thoracotomy - Epidural analgesia - Mali.

Introduction

La thoracotomie est une ouverture chirurgicale du thorax. Elle est à l'origine d'une douleur postopératoire (DPO) intense et prolongée. Cette douleur est produite par l'agression chirurgicale. Elle est véhiculée par les rameaux primaires des racines postérieures médullaires et les nerfs intercostaux. Les douleurs projetées scapulaires sont véhiculées par le nerf phrénique [1]. Elle évolue souvent vers une douleur chronique, handicapante pendant des mois voire des années chez la moitié des patients en un an [1]. La douleur aiguë post opératoire est un frein majeur à la réhabilitation et à la kinésithérapie respiratoire. Elle expose à la survenue de complications : d'atélectasies, de pneumopathies et de détresses respiratoires, ainsi qu'à une consommation en excès d'opioïde [2]. L'analgésie postopératoire est une composante importante en chirurgie thoracique. De nombreuses techniques d'analgésie sont proposées [3]. L'analgésie péridurale thoracique (APT) a été longtemps considérée comme le « Gold Standard » pour les chirurgies majeures en raison de la qualité de l'analgésie procurée et de l'épargne morphinique [2]. Cependant, elle exposait à quelques complications: la réalisation difficile avec un taux d'échecs à la pose de 20 à 30 %, une hypotension, une rétention urinaire, des nausées et vomissement [2]. En France il y a 10 ans, le taux de réalisation de l'APT était de 41 % dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) [3]. Au Mali, le taux de réalisation de l'APT était de 17 % au CHU du Point G [1]. Constatant ce faible taux de réalisation, cette étude a été initiée afin d'évaluer l'analgésie péridurale dans la prise en charge de la douleur après thoracotomie chez l'adulte.

Méthodologie

Notre étude s'est déroulée sur une période de six (6) mois (Août 2023-Janvier 2024) dans le département d'anesthésie-réanimation et le Service de chirurgie thoracique du CHU Hôpital du Mali. L'hôpital du Mali est un hôpital de référence nationale.

Type d'étude : Il s'agissait d'une étude descriptive non interventionnelle à collecte prospective de l'APT après thoracotomie. Elle a concerné les patients ASA I ou II, des deux sexes, d'âge supérieur ou égal à 18 ans, sans notion de douleur chronique antérieure admis au bloc opératoire pour une thoracotomie avec un consentement éclairé. Nous n'avons pas inclus: les cas d'allergie aux morphiniques, aux produits anesthésiques locaux ou autres analgésiques ou antiinflammatoires utilisés et les cas d'échec de la technique de catheterisme peridural.

Le déroulement de l'étude : Le recrutement des patients se faisait à la consultation d'anesthésie programmée ou en urgence. Les objectifs de l'étude et la méthodologie leur ont été expliqués (en particulier la méthode d'évaluation de la douleur : échelle visuelle analogique: EVA), la technique de ponction et la procédure chirurgicale. Après ces explications, le consentement éclairé à participer à l'étude a été

recueilli et mentionné sur la fiche d'anesthésie. Une fiche de collecte et de surveillance postopératoire individuelle ont été élaborées. Au bloc opératoire, le patient était installé après checklist. Un monitorage multiparamétrique, une prise de voie veineuse périphérique ou centrale ou les deux en fonction de l'etat hémodynamique ont été réalisés. La surveillance était assurée par un électrocardioscope avec mesure de la fréquence cardiaque (FC), de l'électrocardiogramme (ECG), la pression artérielle non invasive (PANI), la saturation pulsée en oxygène (SPO2) , la fréquence respiratoire (FR) et la conscience. Une prémédication était faite en fonction du degré de coopération. Après la pose du cathéter, une dose de 4-6ml était injectée dans l'espace péridural avant l'induction de l'AG. La concentraction était la bupivacaine 0,125% associée au fentanyl 2,25 µg/ml. L'antibiotique était administré 30 à 45 minutes avant l'incision. En post opératoire, l'analgésie a consisté à:

- 4-6ml/H de bupivacaine 0,125% + fentanyl 2,25µg/ml pendant les premières 24 heures puis 4-6ml/2H pendant 48 heures.
- La perfusion du Néfopam 20mg + 1g de Paracétamol avait débuté, si le score EVA était supérieur ou égale à 4.

Le critère de jugement principal était l'intensité de la douleur (évaluée selon l'EVA en position statique et en position dynamique durant les 48 premières heures en postopératoire). Les critères de jugement secondaires étaient : le score moyen de la douleur en fonction de la période de l'évaluation (H0, H2, H6, H12, H24, H48), la consommation de morphine en postopératoire, l'incidence des effets secondaires (nausées, vomissements postopératoires, rétention urinaire, prurit, paresthésie, évènements liés à la pose et à l'utilisation du cathéter péridurale, instabilité hémodynamique), le coût de la prise en charge et de l'analgésie. Les données ont été recueillies à travers une fiche d'enquête préétablie. Les variables étudiées étaient : l'âge, le sexe, le poids, les données cliniques (les étiologies des pathologies, les évènements survenus, le score EVA en position staitique et dynamique à : H0, H2, H6, H12, H24, H48), la consommation morphinique, le délai de la réhabilitation, les complications survenues, l'évolution, la satisfaction des patients, la durée d'hospitalisation et les coûts. La saisie et l'analyse des données ont été faites avec Word 2016 et SPSS 22. Les variables qualitatives ont été exprimées en fréquence et en pourcentage. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne, écart-type ou en médiane selon la courbe de la distribution.

Considérations éthiques: Après validation du protocole, les patients ont bénéficié d'une information détaillée sur le protocole d'étude. Le but de l'étude, les procédures chirurgicales et les risques éventuels ont été expliqués. Le consentement éclairé avait été demandé et obtenu. Les patients avaient la possibilité de quitter l'étude à tout moment. La confidentialité et l'anonymat des données ont été respectés.

- **Définitions opérationnelles :**

La réhabilitation post opératoire : Est un concept des années 90 qui consiste à une accélération rapide du processus de convalescence. L'objectif est de permettre au patient de recouvrir le plus rapidement possible ses capacités physiques et psychiques [4].

L'échelle visuelle analogique (EVA) : est un score qui évalue la douleur. Ellle se fait par une réglette. La reglette dispose d'un curseur et d'une face malade. Elle porte les mentions sur les deux extrémités « absence de douleur » ou « douleur intense ou insupportable » et une face évaluateur. L'interprétation était faite de la manière suivante :

- 0-3 : la douleur faible,
- 4-7 : douleur modérée,
- 8-10 : Forte à insupportable.

Le coût: est l'ensemble des incidences financières liées à la prise en charge:

Coût global : ce sont les dépenses directes liées à la prise en charge (ordonnance opératoire, acte chirurgical, acte anesthesique et le coût de l'hospitalisation).

Coût de l'analgésie : c'est le coût lié à l'analgésie (prix du matériel de cathéterisme péridural; prix des produits anesthésiques locaux et les morphiniques).

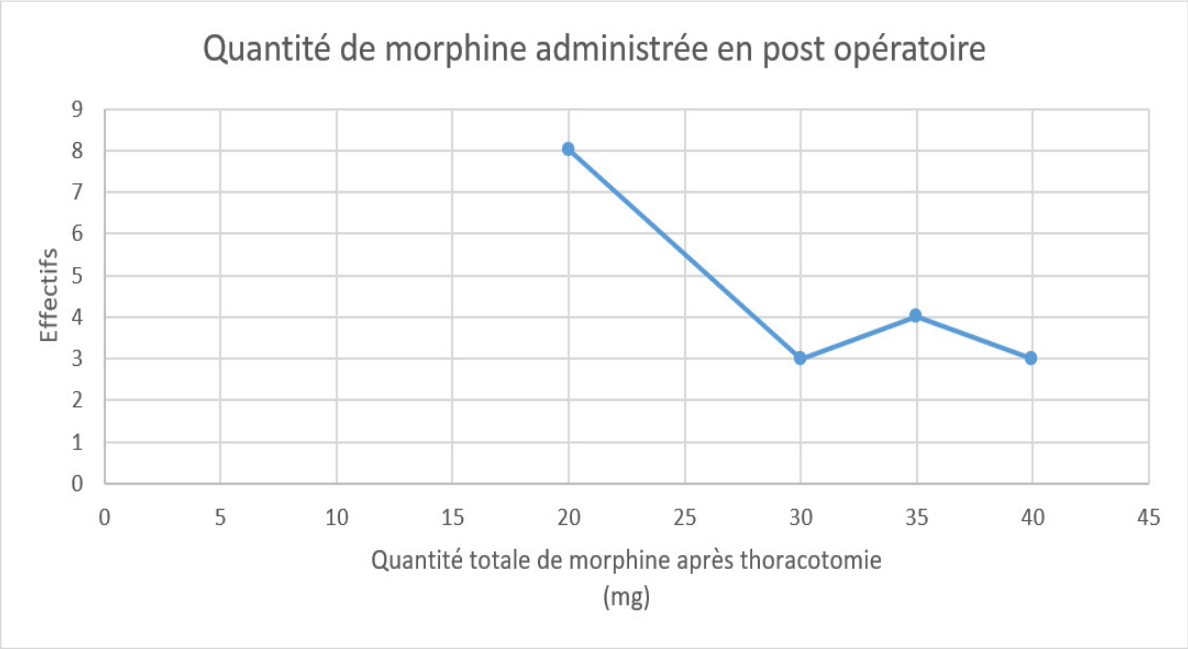
La satisfaction : La satisfaction était déterminée en fonction du ressenti global de la douleur au cours des

48 premières heures. Elle était laissée à l' appréciation des patients. Elle était cotée à :

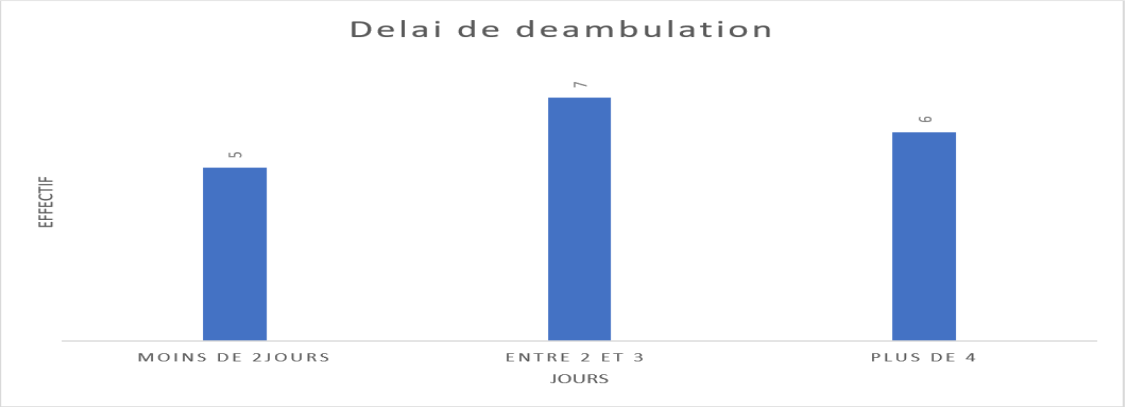
- Excellente,
- Bonne,
- Passable
- Non satisfait.

Résultats

Durant la période d'étude, 18 (dix-huit) patients répondaient à nos critères sur 28 (vingt-huit) thoracotomies réalisées (64,3%) . La fréquence était de 1,2 thoracotomie par semaine. L'âge moyen était de 35,6 ± 13,9 ans. Le sex-ratio était de 2. Les traumatismes représentaient 38,9%. Six (6) patients avaient un IMC moins de 18,5 kg/m2. Le tableau I illustre les données sociodémographiques, anthropométriques et les causes de la thoracotomie. Douze (12) patients étaient ASA 2. Le niveau de pose était T6-T5 chez 9 (neuf) patients et médiane chez 13 (treize) patients. L'induction de l'AG était faite par le thiopental, le fentanyl et le vecuronium chez 15 (quinze) patients. Une hypotension a été observée chez 9 (neuf) patients. Le tableau II, illustre le niveau de pose, la technique de pose du cathéter et les évènements per opératoires. La chirurgie a duré 224,8 ± 88 minutes. L'anesthésie a duré : 242,8 ± 79 minutes avec un réveil calme sans incident chez 16 (seize) patients et un score d'Aldrete : 7,4 ± 2,1. En post opératoire, L'EVA à H0 était de 3,3 ± 1,3 avec des extrêmes de 1 à 5, à H12 : 1,9 ± 1, avec des extrêmes de 0 à 3, à H24 statique : 1,7± 0,8 avec des extrêmes de 0 à 3, à H24 dynamique : 2,8 ± 0,9 avec des extrêmes de 1 à 4. L'EVA à H48 statique était de 1,5± 0,7 avec des extrêmes de 0 à 3. L'EVA à H48 (dynamique) était de 2,5 ± 0,7 avec des extrêmes de 1 à 4. Le tableau III illustre l'évolution de l'EVA à H0, H24 et H48. La consommation de morphine sur 48 heures était de 28,3 ± 14,1 mg. La figure 1, illustre la consommation de morphine en post opératoire. La durée entre la chirurgie et la déambulation était de : 3,1 ± 0,8 jours. La figure 2, illustre le délai entre la chirurgie et la déambulation. Une hypotension a été observée chez 4 (quatre) patients. Une infection du site opératoire (ISO) a été observée chez 2 (deux) patients. L'évolution était favorable chez 17 (dix-sept) patients. La durée de séjour hospitalier était de 13,6 jours ± 5,9. Le coût global était de : 254444,4 ± 26395,7 FCFA avec une bonne à excellente satisfaction. Le tableau IV, illustre les complications survenues, l'évolution et la satisfaction des patients.



La figure 1 : la consommation de morphine en post opératoire



La figure 2 : délai entre la chirurgie et la déambulation.

Tableau I : Données sociodémographiques, anthropométriques et les causes de la thoracotomie

Age		
Tranche d'Age (année)	**Effectif**	**Pourcentage**
18 – 20	2	11,1%
21 – 30	4	22,2%
31 – 40	8	44,4%
41 – 50	2	11,1%
Plus de 50	2	11,1%
Total	18	100%
L'âge moyen était de 35,56 ± 13,886 extrêmes (18 ans et 68 ans)		
Sexe		
Sexe	**Effectif**	**Pourcentage**
Masculin	12	66,7%
Féminin	6	33,3%
Total	18	100%
Le sexe masculin prédominait avec un ratio de 2.		
Indice de masse corporelle (IMC) des patients		
Indice de masse corporelle (IMC) des patients	**Effectif**	**Pourcentage**
Moins de 18,5 kg/m^2	6	33,3%
18,5 – 25 kg/m^2	11	61,1%
26 – 30 kg/m^2	1	5,6%
Total	18	100%
IMC moyen était de 20,6 ± 2,3		
Les étiologies		
Etiologie	**Effectif**	**Pourcentage**
Iatrogénie	2	11,1%
Infectieuse	6	33,3%
Traumatique	7	38,9%
Tumorale	3	16,7%
Total	18	100%
Les étiologies traumatiques représentaient 38.88%.		

Tableau II : le niveau, la technique de pose du cathéter péridural et les évènements per opératoire.

Niveau du cathétérisme péridural thoracique		
Niveau du cathétérisme	**Effectif**	**Pourcentage**
T7-T6	5	27,8%
T6-T5	9	50%
T5-T4	4	22,2%
Total	18	100%
Technique du cathétérisme péridural thoracique		
Technique du cathétérisme	**Effectif**	**Pourcentage**
Médiane	13	72,2%
Paramédiane	5	27,8%
Total	18	100%
Les évènements indésirables per opératoires		
Evènement indésirable	**Effectif**	**Pourcentage**
Néant	9	50%
Hypo TA	9	50%
Total	18	100%

Tableau III : l'évolution de EVA à H0, H24 et H48

Score EVA à H0		
EVA	**Effectif**	**Pourcentage**
1-3	8	44,4%
4-6	10	55,6%
Total	18	100%
L'EVA moyenne à H0 : 3,3 ± 1,3 avec des extrêmes de 1 à 5.		
EVA à H24 à la position statique (repos)		
EVA	**Effectif**	**Pourcentage**
0	1	5,6%
1-3	17	94,4%
Total	18	100%
L'EVA à H24 statique : 1,7± 0,8 avec des extrêmes de 0 à 3.		
EVA à H48 à la position dynamique		
EVA	**Effectif**	**Pourcentage**
1-3	17	72,2%
4-6	1	27,8%
Total	18	100%
L'EVA à H48 (dynamique) : 2,5 ± 0,7 avec des extrêmes de 1 à 4.		

Tableau IV : les complications survenues, l'évolution et la satisfaction des patients

Complications survenues		
Complications	**Effectif**	**Pourcentage**
Néant	12	66,7%
Hypo TA	4	22,2%
ISO	2	11,1%
Total	18	100%
Evolution des patients		
Evolution	**Effectif**	**Pourcentage**
Favorable	17	94,4%
Décès	1	5,6%
Total	18	100%
Satisfaction des patients		
Satisfaction	**Effectif**	**Pourcentage**
Excellente	3	16,7%
Bonne	10	55,6%
Passable	5	27,8%
Non satisfait	0	0%
Total	18	100%

Discussion

A travers cette étude observationnelle, prospective, descriptive et mono centrique, nous évaluons l'APT dans la prise en charge de la douleur après thoracotomie chez l'adulte au Mali. Elle nous a permis une épargne morphinique, réduire les évènements indésirables, la durée d'hospitalisation. La bonne satisfaction des patients est un témoigne de l'atteinte de nos objectifs. Durant notre période d'étude, l'APT a été faite dans 64,3%. En France [4], 76% des CHU de référence en chirurgie thoracique réalisaient 3 thoracotomies par semaine. L'APT était réalisée dans 41% [4]. Dans notre étude, la fréquence de la thoracotomie était de 1,2 par semaine.

Age et Sexe : Dans notre étude, l'âge moyen était de 35,6 ± 13,9 ans avec des extrêmes de 18 et 68 ans. Au CHU du Point G, l'âge moyen était de 38,87 ± 17,3 ans, avec des extrêmes de 14 ans et de 70 ans [5]. En Tunisie [6], l'âge moyen était de 49 ± 32 ans. Coulibaly S avait trouvé une moyenne d'âge de 30,97 ans avec les extrêmes de 2 et 82 ans [7]. Les indications de la thoracotomie concernaient tous les âges. Notre étude s'adressait uniquement aux adultes. D'autres auteurs [5, 7,8] ont trouvé une prédominance masculine comme dans notre étude. Le sex- ratio variait de 1,6 à 2,2. Le taux élevé du sexe masculin dans notre étude s'expliquerait par le fait que : dans notre société les sujets jeunes de sexe masculin par leurs activités quotidiennes (secteur informel), demandaient une plus grande mobilité. Ils sont plus exposés aux risques d'accident, de traumatismes et d'infections.

Les étiologies : Dans notre étude, les causes étaient traumatiques suivies des causes infectieuses. Au CHU du Point G, les causes étaient infectieuses (42,5%) [5]. En Côte d'Ivoire, la pathologie infectieuse dominait suivie des tumeurs [9]. Les causes de thoracotomie

sont dominées par les traumatismes, les infections en particulier les séquelles de tuberculose et les tumeurs dans nos contextes.

Anesthésie : Dans notre étude, l'IMC moyen était de 20,6 ± 2,3. En Côte d'Ivoire, IMC moyen était de 23,45 ± 4,15 dans le groupe APT [9]. Le score ASA Physical Status est une estimation des risques opératoires. Cette estimation est indépendante de l'âge du patient et du type de chirurgie. Le score ASA est l'une des classifications les plus utilisées en anesthésie. Il repose sur la recherche de deux éléments : l'absence ou la présence d'une maladie systémique et l'évaluation de son degré de sévérité [10]. Dans notre étude, la classe ASA 2 prédominait (66,7%). KomguemTagne M, avait trouvé 69,6% des patients ASA 2 [8]. En Tunisie, Kammoun avait trouvé 63,63% des patients ASA 1[6]. Dans notre contexte, les facteurs socio-culturels font que la thoracotomie est indiquée le plus souvent après une atteinte systémique. Le niveau de pose du cathéter était entre T5-T6 chez 9 (neuf) patients. Au CHU du Point G, le niveau de pose du cathéter péridural était entre T5-T6 dans 74%. Dans notre étude, l'induction anesthésique était faite par le thiopental, fentanyl et vecuronium dans 83,3% (15 patients). Au CHU du Point G [5], le propofol était plus utilisé à l'induction (59%) suivi par le Thiopental (25,30%), le vecuromium et le fentanyl à 88,8%. Dans notre étude, le choix du thiopental s'expliquait par le fait que le propofol était en rupture pendant une longue durée de la période de l'étude. Le thiopental associé aux effets vasodilateurs des anesthésiques locaux pouvaient être responsables de l'hypotension. Dans notre étude, la moitié de nos patients a présenté une hypotension. Le fentanyl a été la morphine utilisée dans notre étude, en Côte d'Ivoire [9] et en Tunisie [6]. La disponibilité de ce morphinique et surtout sa durée d'action étaient des avantages pour son utilisation au cours de la thoracotomie. En Côte d'Ivoire, la durée de la chirurgie était de 255 ± 84 minutes [9] versus 224,8 ± 88 minutes dans notre étude. L'anesthésie a duré 242 ± 79,1 minutes. La durée de la chirurgie et de l'anesthésie étaient fonctions de: l'indication opératoire, la technique opératoire, l'expérience du chirurgien, l'état clinique du patient et la préparation du malade. Dans notre étude, le réveil était calme chez 13 (treize) patients (88,9%) versus 44,8% au CHU du Point G [5]. La douleur par sa manifestation sympathique était une cause fréquente de réveil agité, d'instabilité hémodynamique et de complications respiratoires. Notre réveil calme, sans incident s'expliquerait par l'absence de la douleur due à la bonne qualité de l'analgésie produite par l'APT.

En post opératoire : La consommation de morphine était moindre. L'APT procurait une analgésie de meilleure qualité dès les premières heures post opératoires. Les scores EVA au repos, à la toux et à l'effort étaient nettement meilleurs. Notre étude a permis d'obtenir des scores EVA inférieurs à 30 au repos et à 40 à la toux et à la mobilisation, notamment lors de la physiothérapie incitative. En France [2], dans toutes les études cliniques, l'APT donnait un meilleur profil inflammatoire (biomarqueurs moins élevés : protéine réactive C, formule leucocytaire, interleukines IL-6, IL-2, IL-12p70, IL-10, IL-4, et IL-17, facteur de nécrose tumorale TNF-a, interféron IFNg), préservait l'immunité cellulaire (cellule lymphocytaire Natural Killer et CD8), et réduisait le stress métabolique (élévation plasmatique plus faible du cortisol, du glucose et de l'insuline). L'APT réduisait les scores de douleur (–1 point, échelle de 0 à 10), le recours aux opiacés (5 à 10 mg iv / 24 h), la réponse inflammatoire et le stress chirurgical. Tous ces éléments facilitaient la récupération postopératoire (durée d'iléus et de séjour) [2]. En Côte d'Ivoire, une couverture antalgique optimale, l'amélioration de la contractilité diaphragmatique, l'optimisation de la compliance aux exercices respiratoires, la diminution des défaillances respiratoires, la réduction de la durée de séjour, la réduction de l'incidence des douleurs chroniques ont été observées. Sur la fonction respiratoire, une méta analyse a conclu que chez les patients subissant une chirurgie abdominale ou thoracique, l'APT diminuait le risque de pneumonie post opératoire par rapport à l'analgésie systémique [9]. Dans notre étude, la durée entre la chirurgie et la

déambulation était de : 3,1 ± 0,8 jours avec un séjour hospitalier de 13,6 jours ± 5,9 jours.

Complications : Dans notre étude, douze (12) patients n'ont pas fait de complications. Quatre (4) patients sur dix-huit (18) ont fait une hypotension. Nous n'avons pas eu recours aux vasopresseurs. En Côte d'Ivoire, les effets secondaires hémodynamiques étaient : hypotension artérielle (PAS < 90 mmHg) et bradycardie (FC < 60/mn) au cours de l'APT [9]. L'incidence de l'hypotension artérielle était de 23,3 %. Ils sont liés aux anesthésiques locaux. Cette incidence élevée de l'hypotension artérielle dans le groupe APT continue en Côte d'Ivoire a été expliquée par une consommation totale élevée d'anesthésiques locaux. La bupivacaïne à la concentration de 0,125 % et à débit d'infusion de 10 ml/h n'augmenterait pas l'incidence de l'hypotension artérielle [11]. Dans la série ivoirienne, le débit de perfusion était de 12ml/h pour la même concentration de bupivacaïne (0,125 %). Les effets secondaires liés aux morphiniques sont retrouvés dans les deux groupes avec une incidence plus élevée des nausées et vomissements dans le groupe morphine IVSE (20 %) [9]. En France [2], la réalisation difficile (20 à 30 % d'échecs à la pose), l'hypotension (15 à 20 %), la rétention urinaire (30 %),les nausées et vomissements ont été observées. Dans notre étude, la satisfaction des patients était de bonne à excellente dans 72,3%.

Coûts : En Côte d'Ivoire, le coût de l'APT était plus élevé. Les coûts variaient de 47643 FCFA et 84551 FCFA [9]. Dans notre étude, le cout moyen de l'APT était : 47194,44 FCFA ± 4599,04. Le coût global moyen était de : 254444,4 ± 26395,7 FCFA.

Conclusion

La prise en charge de la douleur postopératoire après thoracotomie constitue un grand défi dans nos services à cause de multiples facteurs. Nous avons observé la bonne qualité de l'analgésie produite par la pose de cathéter péridural thoracique, une épargne morphinique, une réduction : des évènements indésirables, les complications, la durée d'hospitalisation avec une satisfaction bonne à exceIlente des patients et une déambulation précoce. Il s'agissait d'une étude inaugurale qui devrait être poursuivie avec un plus grand échantillon pour confirmer ces résultats.

***Correspondance**

Amadou Sidibé

beidysi7@yahoo.fr

Disponible en ligne : 30 Mai 2025

1 : Département d'Anesthésie de Réanimation et de Médecine d'Urgence CHU « Hôpital du Mali » Bamako (Mali).

2 : Service d'Anesthésie et de Réanimation Clinique Périnatale Mohamed VI de Bamako (Mali).

3 : Département d'Anesthésie de Réanimation et de la Médecine d'Urgence CHU de Kati (Kati).

4 : Département d'Anesthésie de Réanimation et de la Médecine d'Urgence CHU du Point G Bamako (Mali).

5 : Département d'Anesthésie de Réanimation et de la Médecine d'Urgence CHU "Hôpital mère-enfant le Luxembourg" de Bamako (Mali).

6 : Département d'Anesthésie de Réanimation et de la Médecine d'Urgence CHU Gabriel TOURE Bamako (Mali).

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2025

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Ouédraogo N. Analgésie post-opératoire en chirurgie thoracique en Afrique au Sud du Sahara en 2021. Rev Afr Anesth Med Urg. 2021;26(1):1–2.

[2] Gricourt Y, Vialatte PB, Akkari Z, et al. Péridurale

thoracique analgésique. Anesth Réanim. 2023;9(1):40–7.

[3] Gayraud G, Bastien O, Taheri H, et al. Enquête sur les pratiques françaises d'analgésie en chirurgie thoracique. Ann Fr Anesth Réanim. 2013;32(10):684–90.

[4] Solier M, Liu N, Fischler M. Enquête sur les pratiques d'analgésie après thoracotomie. Ann Fr Anesth Réanim. 2004;23(7):681–8.

[5] Maïga SAKN. Chirurgie thoracique : évaluation de la prise en charge anesthésiologique au CHU du Point G [thèse]. Bamako: Faculté de Médecine; 2013.

[6] Kammoun W, Mestiri T, Miraoui W, et al. Intérêt de l'analgésie péridurale autocontrôlée en chirurgie thoracique. Tunisie Médicale. 2008;86(2):144–9.

[7] Coulibaly S, Maïga AA, Maïga IB, et al. Décortications pulmonaires en Afrique Subsaharienne : une série de 145 cas à l'Hôpital du Mali. JCSM. 2023;3(1):44–52.

[8] Komguem Tagne M. L'intubation sélective en chirurgie thoracique à l'hôpital du Point G. Notre première expérience [thèse]. Bamako: Faculté de Médecine; 2006.

[9] Kohou KL, Kouamé KJ, Ouédé R, et al. Analgésie post-opératoire en chirurgie thoracique. Rev Afr Anesth Med Urg. 2020;25(3):4–10.

[10] Bula-Bula IM, Kamanda R, Mukuna P, et al. Lecture critique de l'ASA status score : analyse d'une enquête menée au cours d'un congrès SARANF. Rev Afr Anesth Med Urg. 2016;21(2):47–50.

[11] Hansdottir V, Bake B, Nordberg G. The analgesic efficacy and adverse effects of continuous epidural sufentanil and bupivacaine infusion after thoracotomy. Anesth Analg. 1996;83:394–400.

Pour citer cet article :

A Sidibe, SA Beye, FK Tall, C Diallo, H Dicko, K Sangho et al. Analgésie péridurale après thoracotomie chez l'adulte à l'Hôpital du Mali : une étude préliminaire descriptive à propos de 18 cas. Jaccr Africa 2025; 9(2): 248-257

https://doi.org/10.70065/2592.jaccrAfri.001L013005