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

www.jaccrafrica.com ISSN 1859-5138 Open access

Article original

Morbidité et mortalité en anesthésie-réanimation pour chirurgie cranio encéphalique dans la ville de Kinshasa

Morbiditis and mortality in anesthesia-resuscitation for cranioencephalic surgery in the city of Kinshasa

E Bivula[1,2], R N'sinabau[1*], M Bulabula[1], JP Ilunga[1]

Résumé

Contexte : Les complications précoces après une chirurgie intracrânienne sont fréquentes. L'objectif de cette étude est de déterminer la morbi-mortalité de l'Anesthésie-Réanimation en chirurgie intracrânienne à Kinshasa.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude transversale, pendant la période allant de Janvier à Décembre 2019. Elle a inclus les patients ayant bénéficié d'une chirurgie intracrânienne et ayant séjourné par la suite en Réanimation.

Résultats : Sur les 73 patients colligés, il y avait 53 hommes (72,6%) et 20 femmes (27,4%) avec un sex ratio de 2,6 (H/F). L'âge moyen était de 40,9 ±23,4 ans. Les comorbidités étaient retrouvées chez 32,9% des patients (l'HTA chez 27,4%). La majorité de patients avait un GCS < 8/15 (37%) ; une mydriase était observée chez 42,5%, le déficit moteur était observé chez 68,5% de patients. Les AVC hémorragiques représentaient 31,5% suivi des hématomes (24,7%). Tous les patients ont bénéficié d'une anesthésie générale. Les complications rencontrées étaient les infections (46,6%) et le déficit neurologique (38,4%). La proportion des décès était de 76,7% ayant pour facteurs associés : l'âge≥55ans, l'antécédent d'anesthésie, le GCS effondré, l'hypoxie, l'anémie, l'infection et la qualification de l'anesthésiste.

Conclusion : La morbi-mortalité de l'anesthésie-réanimation pour chirurgie intracrânienne demeure importante.

Mots-clés : Anesthésie-réanimation, morbi-mortalité, chirurgie intracrânienne, Kinshasa.

Abstract

Context: The early complications after an intracranial surgery are frequent. The objective was to determine the morbimortality of the Anesthesia-Reanimation in intracranial surgery to Kinshasa. Methodology: It is about a cross-sectional study, for the period from January to December 2019.It included the patients having profited from an intracranial surgery and having remained thereafter in Reanimation.

Results: On the 73 colliged patients, there were 53 men (72, 6%) and 20 women (27,4%) with a sex ratio of 2,6 (H/F).The average age was of 40, 9 ±23, 4 years with (0-80 years).The comorbidities were

found at 32, 9% of patients (the HTA at 27, 4%).The majority had GCS < 8/15 (37%) then, one noted a mydriase at 42, 5% with a driving deficit (68, 5%). The hemorrhagic AVC accounted for 31, 5% follow-up of the hematomas (24, 7%).All the patients profited under general anesthesia. The complications met werethe infections (46, 6%) and the neurological deficit (38, 4%).The proportion of the deaths was 76, 7% having for associated factors the âge≥55ans, the antecedent of anesthesia, the broken-down GCS, hypoxia, anemia, the infection and the qualification of the anesthetist. Conclusion: the morbimortality of the anesthesia-reanimation for intracranial surgery remains significant.

Keywords: anesthesia-reanimation, morbimortality, intracranial surgery and Kinshasa

Introduction

La Neurochirurgie est une spécialité qui a connu un essor considérable durant ce dernier demi-siècle essentiellement avec l'arrivée de la tomodensitométrie cérébrale, de l'imagerie par résonance magnétique et surtout avec les progrès de l'Anesthésie-Réanimation [1]. Malgré cet essor, les complications précoces après une chirurgie intracrânienne sont fréquentes et variées [2]. Ces complications précoces peuvent consister en des troubles respiratoires, douleur, hypertension artérielle, frissons, nausées et vomissements, mais les plus importantes en termes de gravité neurologique sont d'incidence plus faible, de l'ordre de 13 à 27% [3].

Du fait de ces complications, il est recommandé d'admettre le patient dans un Service de Réanimation, généralement pour les premières 24 heures post chirurgie. La raison principale de cette admission est de permettre la détection rapide et le traitement adapté de complications postopératoires graves.

En France, une étude menée à l'hôpital Pitié Salpêtrière a montré que 1,6% des patients ayant subi une craniotomie a présenté une méningite nosocomiale [4]. Une étude multicentrique menée aux USA en 2005 a montré que, la mortalité était de 2,9% venant de 4,8% en 1988 chez les patients opérés d'une tumeur cérébrale [5].

En Afrique, plus précisément au Maroc, Awattif [6] a mené une étude sur les complications postopératoires neurochirurgicales qui a montré une morbidité neurochirurgicale de 34,5%. Au Togo, Egbohou (2017) a trouvé un taux de mortalité à 9,5% en réanimation des patients opérés des méningiomes [7]. En République Démocratique du Congo (RDC), une étude menée par MBONGO et coll en 2015 a montré que 68,3% des traumatismes crânio encéphaliques (TCE) étaient des TCE graves ; les lésions crânio encéphaliques à potentiel chirurgical (90%) sont dominées par les hématomes intracérébraux (64%). De ces patients, seuls 6,6% ont pu bénéficier d'un traitement chirurgical [8].

Même si le médecin anesthésiste a peu de contrôle sur les conséquences de la lésion neurochirurgicale primaire, il influence directement le résultat final. Il contribue à réduire la mortalité et la morbidité, par un choix précis de la technique anesthésique, une sélection méticuleuse des agents anesthésiques et une conduite adéquate de la réanimation per et postopératoire [2].

Bien que l'activité neuroanesthésique soit en pleine évolution dans nos milieux, les travaux en République Démocratique du Congo (RDC) sont rares et les problèmes liés à l'activité des différents services sont mal connus. Ainsi, l'objectif de la présente étude est de déterminer la morbi-mortalité de l'Anesthésie-Réanimation en chirurgie intracrânienne à Kinshasa.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude transversale qui recherche les facteurs associés à la morbi-mortalité en Anesthésie-Réanimation pour chirurgie intracrânienne dans l'optique de proposer des mesures correctives.

La présente étude s'est déroulée dans quatre hôpitaux de la ville province de Kinshasa, à savoir Les Cliniques Universitaires de Kinshasa, Le Centre Hospitalier Monkole, L'Hôpital Marie Biamba-Mutombo, La

Clinique Ngaliema.

Elle a couvert une période de 12 mois allant de Janvier à Décembre 2019. Le choix de ces hôpitaux était conditionné par la présence d'au moins un neurochirurgien et d'un médecin spécialiste en anesthésie et réanimation ou d'un interne en anesthésie et réanimation. L'institution médicale devait disposer d'un service de Neurochirurgie et d'un service d'Anesthésie-Réanimation. En autre, elle devait être en partenariat avec le Département d'Anesthésie et Réanimation des CUK.

La population de l'étude était constituée des patients ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale intracrânienne pendant la période d'étude dans les hôpitaux sélectionnés.

Cette étude a utilisé un échantillonnage exhaustif : tous les patients ayant bénéficié d'une chirurgie intracrânienne dans les formations médicales retenues.

L'étude a inclus tous les patients opérés pour chirurgie intracrânienne en urgence ou programmée quel que soit l'âge, le sexe et l'indication opératoire et ayant séjourné par la suite à l'unité de Réanimation. Cette étude a exclu tous les patients ayant un dossier médical incomplet ou inexploitable, ne contenant pas les variables nécessaires à l'étude.

Les matériels ci-dessous ont servi pour la réalisation de cette étude :

- Les registres des patients d'hospitalisation, du bloc opératoire et de la salle de réveil ;
- La fiche de collecte des données ;
- Les dossiers médicaux des patients ;
- La fiche de CPA ;
- L'ordinateur et le flash disque

Nous avons utilisé la technique documentaire pour la collecte des données. Et cela après avoir procédé à l'élaboration du protocole de recherche, lequel a été soumis au comité scientifique du Département dont l'analyse et les critiques ont permis l'obtention de la version finale. Nous avons procédé à la collecte des données. Les données obtenues à partir de dossiers des patients ont été enregistrées sur la fiche de collecte, qui était préalablement établie pour la circonstance.

Pour tout patient inclus, les données suivantes ont été recueillies :

Les données sociodémographiques : Age ; Sexe : masculin ou féminin ; Financement de soins : mutuelle de santé, société et la famille ; Statut marital : marié, célibataire, veuf, et divorcé; Profession : fonctionnaire, chômeur, libéral et débrouillard; Institution de provenance : cas transféré ou cas venu directement ; Les données cliniques et anesthésiques ; Plaintes à l'admission ; Comorbidités : hypertension artérielle, diabète sucré, tuberculose, Indication opératoire ; Type d'intervention ; Classification ASA ; Type d'anesthésie ; Protocole anesthésique utilisé ; Durée de l'intervention ; Qualification de l'opérateur ; Qualification de l'anesthésiste ; Complications per-opératoires ; Traitement en réanimation : Suppléance ventilatoire (paramètres VM) ; Issue vitale : survivant et décédé ; Durée de séjour en Réanimation.

Les données collectées ont subi un contrôle de qualité sous la responsabilité du superviseur. Ce contrôle a consisté à vérifier l'exactitude des observations et la complétude des fiches. Les fiches de collecte de données ont été réceptionnées et recontrôlées puis numérotées. Les observations étaient codifiées à l'aide d'un guide de codification préétabli. Toutes les données ont été recueillies et saisies à l'aide d'un tableau Excel 2013, puis analysées via le logiciel SPSS 22.0. Les résultats ont été exprimés sous forme de moyenne ± écart-type pour les variables quantitatives ou de pourcentage avec l'intervalle de confiance à 95% pour les variables qualitatives. Les facteurs associés à la mortalité ont été identifiés par la régression logistique. L'association entre chaque facteur testé et la mortalité a été estimée au moyen d'odds ratio (OR) et de son intervalle de confiance à 95%. Le seuil de signification était fixé à 5%.

Résultats

Provenance des patients

Au cours de la présente étude, nous avons recensé au total 386 dossiers des patients ayant été opérés dans les hôpitaux retenus. Parmi ces patients, 90

avaient bénéficié d'une chirurgie intracrânienne en urgence ou programmée et 296 des autres modalités chirurgicales.

Sur le total des patients opérés pour chirurgie intracrânienne, 17 dossiers incomplets ont été écartés et 73 dossiers retenus car contenant tous les paramètres retenus pour l'étude.

Sur les 73 patients colligés au cours de cette étude, 38 patients, soit 52,1% provenaient des Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK), 17 patients, soit 23,3% de la Clinique Ngaliema ; 14 patients, soit 19% du Centre Hospitalier Monkole et 4 patients, soit 5,5% de l'Hôpital Biamba Marie Mutombo.

Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

Sur l'ensemble des patients retenus, il y avait au total 53 hommes (72,6%) et 20 femmes (227,4%) avec un sex ratio de 2,6 (H/F). Les patients colligés étaient âgés en moyenne de 40,9 ±23,4 ans avec les extrêmes de 0 et 80 ans. Comparativement, les hommes étaient en moyenne moins âgés que les femmes (37 ans versus 51 ans). La plupart des patients avaient un âge compris entre 45 et 68 ans, soit 39,7% des cas. La proportion des célibataires était de 71,2% et la quasi-totalité n'avait pas d'emploi (80,8%).

Données cliniques de la population d'étude

Il ressort du présent tableau que la proportion des patients ayant des comorbidités était de 32,9% dont essentiellement l'HTA (27,4%) et 16,4% des patients avaient déjà bénéficié d'un acte chirurgical sous anesthésie. Dans plus de la moitié des cas, l'intervention était programmée.

La majorité des patients avait un état général altéré, soit 3% des cas avec un GCS de moins de 8/15, soit 37% des cas. L'examen pupillaire était pathologique dans 52,1% montrant essentiellement une mydriase (42,5%). La proportion des patients présentant de déficit moteur était de 68,5% essentiellement, l'hémiplégie (34,2%).

Données paracliniques de la population

Il se dégage du présent tableau que la moyenne d'hémoglobine chez nos patients était de 12,6g/dl avec une glycémie moyenne de 148,5mg/dl. Tous les patients avaient réalisé un ct scan cérébral, qui montrait essentiellement un AVC hémorragique (31,5%) et des hématomes (24,7%). Les proportions des patients ayant présenté les tumeurs et l'hydrocéphalie étaient de 16,4% pour chacun.

Prise en charge chirurgicale des patients

Il ressort que plus de la moitié des interventions était programmée (56,2%). La dérivation ventriculaire externe (DVE) et l'évacuation étaient les gestes les plus pratiqués dans respectivement 31,5% et 21,9% des cas.

Prise en charge anesthésique

Il ressort de ce tableau que la plupart des patients étaient classés ASA 1 (31,5%) et plus de la moitié des interventions était programmée (56,2%). Tous les patients ont bénéficié de l'anesthésie générale et 65,8% d'un support ventilatoire en Réanimation. Dans la plupart des cas, l'acte anesthésique était posé par un MAR (63%) et toutes les interventions étaient réalisées par un neurochirurgien.

La quasi-totalité des patients avait bénéficié de l'osmothérapie (68,5%), l'hypnotique (86,3%), curare (80,2%) et analgésique (64,4%).

Evolution post thérapeutique des patients

Tableau I : Evolution post thérapeutique de la population d'étude

Variables	Effectif (n=73)	%
Complications		
Infection	34	46,6
Déficit neurologique	28	38,4
Détresse respiratoire : Hypoxie	16	21,9
Troubles hydro-électrolytiques	17	23,3
Hypernatrémie	7	9,6
Hypokaliémie	3	4,1
Hypernatrémie + hypokaliémie	7	9,6
Hypotension	3	4,1
Issue vitale		
Survivant	17	23,3
Décès	56	76,7

Ce tableau montre que les infections et les troubles hydro-électrolytiques étaient les complications les plus rencontrées, soit 4,6% et 38,4% des cas. La

proportion des patients décédés était de 76,7%.

Recherche des facteurs associés à la mortalité chez les patients opérés pour chirurgie intracrânienne.

- Profil des patients et issue vitale

Tableau II : Profil des patients et issue vitale

Variables	Tous	Issue vitale		P
	n=73	Survivant n=17	Décès n=56	
Age (ans)				**0,026**
≤55 ans	48	15(31,2)	33(68,8)	
>55 ans	25	2(8)	23(92)	
Sexe				**0,004**
Féminin	20	0	20(100)	
Masculin	53	17(32,1)	36(67,9)	
Nature de l'intervention				**0,388**
Programmée	41	8(19,5)	33(80,5)	
Urgence	32	9(28,1)	23(71,9)	
Statut marital				**0,483**
Marié	20	3(15)	17(85)	
Célibataire	52	14(26,9)	38(73,1)	
Veuve/veuf	1	0	1(100)	
Profession				**0,855**
Sans emploi	59	14(23,7)	45(76,3)	
Employé	14	3(21,4)	11(78,6)	
Notion d'anesthésie				**0,037**
Non	61	17(27,9)	44(72,1)	
Oui	12	0	12(100)	
Notion de chirurgie				**0,878**
Non	61	14(23)	47(77)	
Oui	12	3(25)	9(75)	
Comorbidités				**0,406**
Non	49	10(20,4)	39(79,6)	
Oui	24	7(29,2)	17(70,8)	
ASA				**0,441**
1	4	1(25)	3(75)	
2	18	7(38,9)	11(61,1)	
3	14	2(14,3)	12(85,7)	
4	18	4(22,2)	14(77,8)	

Il ressort du présent tableau que les proportions des décès étaient significativement élevées chez les patients de plus de 55 ans (92%, p=0,026), de sexe masculin (92% p=0,004) et ayant bénéficié d'une anesthésie antérieurement (100% p=0,037). Les autres variables n'ont pas montré de différences significatives (p>0,05).

Tableau III : Renseignements cliniques des patients et issue vitale

Variables	Tous	Issue vitale		P
	n=73	Survivant n=17	Décès n=56	
Diagnostic				
AVC H	23	3(13)	20(86,9)	**0,097**
Hématome	18	5(27,8)	13(72,2)	
Embarrure	6	1(16,7)	5(83,3)	
Tumeur	14	2(14,3)	12(85,7)	
Hydrocéphalie	12	6(50)	6(50)	
Glasgow				
>8	27	6	21	**0,001**
≤8	46	11(47,8)	35(76,1)	
Hypoxie				
Non	60	17	43	**0,028**
Oui	13	0	13(100)	
Anémie				
Non	60	11	49	**0,048**
Oui	13	6(46,2)	7(53,8)	
Infection				
Non	39	10	29	**0,010**
Oui	34	7(20,6)	27(79,4)	
Déficit neurologique				
Non	45	12	33	**0,387**
Oui	28	5(17,9)	23(82,1)	
Troubles hydroélectrolytiques				
Non	56	14	42	**0,530**
Oui	17	3(17,6)	14(82,4)	
Hypotension				
Non	64	16	48	**0,356**
Oui	9	1(11,1)	8(88,9)	
Qualité anesthésiste				
Assistant	7	6(13)	7(100)	**<0,001**
MAR	46	011(55)	40(87)	
MAR + assistant	20		9(45)	

Il ressort du présent tableau que les proportions des décès étaient significativement élevées chez les patients avec un GCS effondré (76,1% p=0,001), hypoxique (100% p=0,0028), l'anémie (53,8% p=0,048), l'infection (79,4% p=0,010); et lorsque l'anesthésie était conduite par un assistant (100% p<0,001). Les autres variables n'ont pas montré des différences significatives (p>0,05).

Facteurs associés à une issue fatale chez les patients ayant bénéficié d'une chirurgie intracrânienne

Tableau IV : Facteurs associés à la mortalité chez les patients ayant bénéficié d'une chirurgie intracrânienne

Facteurs associés	Analyse univariée		Analyse multivariée	
	P	OR (IC95%)	P	ORa (IC95%)
Age (ans)				
≤55 ans		1		1
>55 ans	0,026	3,9(0,9-15,7)	0,022	5,2(1,1-25,1)
Sexe				
Féminin		1		1
Masculin	0,004	1,4(1,2-1,7)	0,413	0,2(0,01-1,1)
Notion d'anesthésie				
Non		1		1
Oui	0,037	1,7(1,2-2,9)	0,300	1,1(0,9-1,2)
Glasgow				
>8		1		1
≤8	0,001	2,3(1,1-4,3)	0,001	3,6(1,9-6,3)
Hypoxie				
Non		1		1
Oui	0.028	1,5(1,1-3,1)	0,005	3,5(1,5-7,2)
Anémie				
Non		1		1
Oui	0.048	2,1(1,2-4,3)	0,021	4,1(1,9-9,3)
Infection				
Non		1		1
Oui	0,010	2,1(1,1-3,6)	0,001	3,7(2,1-5,9)
Qualité anesthésiste				
MAR		1		1
Assistant	<0,001	1,9(1,2-2,8)	<0,001	2,1(1,1-3,7)

En analyse univariée, les facteurs associés à la mortalité chez les patients ayant bénéficié d'une chirurgie intracrânienne étaient ; l'âge de plus de 55 ans, le sexe masculin, le GCS effondré, l'hypoxie, l'anémie, l'infection et la qualification de l'anesthésiste (assistant).

En analyse multivariée, la force d'association observée en univariée n'avait persisté que pour l'âge de plus de 55 ans, l'antécédent d'anesthésie, le GCS effondré, l'hypoxie, l'anémie, l'infection et la qualification de l'anesthésiste (assistant).

Discussion

Les données sociodémographiques de la population d'étude

Notre étude est constituée d'une population adulte dont la tranche d'âge entre 45 et 68 ans est la plus fréquente avec une incidence de 39,7% des cas. Cette fréquence est différente de celle de Timbely [1] au Mali, qui a trouvé une tranche d'âge dominante entre 16 et 40 ans. Cette différence est due au fait que son étude a pris en compte toutes les pathologies neurochirurgicales, dont la plus fréquentes était l'embarrure. Cette pathologie au Mali, selon Sidibe et coll, touchait majoritairement les jeunes. Ceci est lié à la prédominance d'embarrures comme lésions, qui par ailleurs survenaient après souvent un accident de moto. Et l'on sait que ce sont les jeunes qui sont les plus grands usagers des motos [9].

Une prédominance masculine était retrouvée chez nos patients avec un sexe ratio de 2,6(H/F), cette prédominance est aussi retrouvée chez Timbely [1]. Ceci s'explique par le fait que les Gliomes, les Embarrures et les AVC sont des pathologies retrouvées plus chez les hommes que chez les femmes.

Renseignements cliniques

Dans cette étude, nous constatons que les patients n'ayant pas de comorbidités ont constitué le groupe le plus important, soit 67,1% contre 32,9 % des patients avec comorbidités. Et dans ce dernier groupe, l'HTA a constitué la comorbidité la plus représentée avec 27,4%. Ce constat est aussi le même que dans l'étude de Benlahsen [2] au Maroc et Timbely au Mali [1]. Ceci peut s'explique par le fait que l'HTA est l'atteinte cardiovasculaire la plus fréquente dans la population; près de 30% d'adultes en souffrent. En ce qui concerne la nature des interventions, les programmées sont prédominantes que les urgentes; ce constat est identique dans l'étude de Timbely [1]. Cela s'explique par le fait que son étude était plus constituée des embarrures tandis que dans la nôtre, la pathologie prédominante est l'AVC hémorragique. Nos patients devaient plutôt être pris en charge en urgence. Mais du fait qu'ils devaient réunir certaines conditions (KIT opératoire anesthésique et chirurgical) pour être opérés, tenant en compte la pauvreté de la population, ces patients ont été opérés de manière programmée.

Examen physique des patients

Notre étude montre que 63% des patients avaient un état général altéré par un coma et puis 37% avaient un GCS inférieur ou égal à 8/15. Ces données sont différentes de celles de Timbely qui a trouvé que 2,3% des patients ayant un GCS inférieur ou égal à 8/15. Ceci s'explique par le fait que dans son étude, la pathologie la plus prédominante était les Embarrures pour lesquelles les patients sont souvent conscients, par rapport aux AVC où l'altération de l'état de conscience est rapide.

Cinquante et deux pourcents de la population de notre étude avaient une anisocorie. Ces données sont différentes de celles de Benlahsen qui sont de 9,7% [2]. Cette différence est due au fait que l'AVC est une pathologie aigue, l'organisme n'a pas le temps de s'adapter; tandis que les Gliomes sont des processus à long terme, l'organisme a le temps de s'adapter. Notre population est constituée essentiellement des patients classés ASA 1 à 31,5% et plus de la moitié des interventions était programmée soit 56,2%. Ces résultats sont différents de ceux de Benlahsen qui a trouvé que 44% des patients étaient ASA 2 [2] .

Cette situation s'explique par le fait que l'âge moyen de sa population d'étude était de 52,4 ans et plus on avance en âge, plus on a des comorbidités.

La majorité des patients de notre étude a eu à bénéficier d'une osmothérapie et ce dans une proportion de 65%. Ce résultat s'explique par le fait que la pathologie la plus fréquente était l'AVC et ce dernier s'accompagne souvent d'une HTIC. Pour obtenir une détente, on fait l'osmothérapie. Ce résultat est différent de celui de Timbely qui a trouvé 5% des cas (1), étant donné que chez lui la pathologie la plus fréquente était l'embarrure et l'HTIC est souvent rare.

Données paracliniques

La majorité de nos patients a réalisé le scanner cérébral, par contre aucun patient n'a pu réaliser L'IRM. Concernant le scanner, c'est le même constat fait par Ilunga et coll dans notre milieu [10]. Ceci pourrait s'explique par le fait que le Maroc et l'Algérie ont un niveau d'équipement élevé par rapport à la RDC et au Mali, ce qui fait que l'accès à l'IRM est facile dans ces deux premiers pays.

Prise en charge

Le sévoflurane et le propofol ont constitué les drogues anesthésiques (Hypnotiques) les plus utilisées, respectivement dans une proportion de 79,5% et de 16%. Ces résultats diffèrent de ceux de Timbely qui a trouvé 43% d'Isoflurane [1]. Ceci s'explique par le fait qu'il y a quelques années déjà, la Kétamine était contre indiquée en chirurgie intracrânienne, les embarrures étant pariétales; raison pour laquelle elle a été utilisée à forte fréquence dans l'étude de Timbely (1). Mais, il faut retenir aussi que la plupart des machines anesthésiques utilisées à Kinshasa ne possèdent pas de vaporisateurs d'Isoflurane.

Facteurs associés à une issue fatale chez les patients ayant bénéficié d'une chirurgie intracrânienne :

- *Age*

Dans cette étude, nous avons trouvé que l'âge est un facteur associé à la mortalité. Ceci a été aussi trouvé chez Ait Rai [11].

- *Sexe*

Dans notre étude, le sexe masculin était associé à la mortalité. Ceci a été aussi trouvé chez Ait Rai [11] ; cela peut être expliqué par le fait que le sexe masculin est prédominant dans les deux études.

- *GCS ≤ 8/15*

Le GCS ≤ 8 a été associé à la mortalité. Ce résultat concorde avec celui de Ait Rai (2016) qui a aussi trouvé que le GCS effondré était un facteur associé à la mortalité. En effet, le GCS évalue l'état de conscience du patient. Plus le GCS est bas, plus le patient est dans un coma profond et par conséquent plus la mortalité est élevée.

- *Infection, Hypoxie, Anémie*

L'hypoxie, l'Anémie et l'infection qui a pour maître symptôme la fièvre ont été trouvées comme des facteurs associés à la mortalité. Elles sont considérées comme des ACSOS. Les recommandations exigent un taux d'Hb supérieur ou égal à 10 g/dL et une Spo2 à 92%. Les patients qui ne remplissent pas ces critères étaient exposés à un risque élevé de mortalité.

- *Qualité de l'Anesthésiste*

L'anesthésie en neurochirurgie est délicate ; elle exige que l'anesthésiste soit un spécialiste pour que le risque de mortalité ne soit pas élevé.

Conclusion

Au terme de cette étude, nous pouvons retenir que la chirurgie intracrânienne demeure une technique assez spéciale et nécessite une bonne expertise aussi bien du côté anesthésique que chirurgical. Ces malades qui subissent cette intervention nécessitent des soins de réanimation appropriés en vue de faire une surveillance continuelle et éviter ainsi les éventuelles complications qui pourront mettre en péril la vie du malade.

***Correspondance**

Rais Nsinabau

rnsinabau@gmail.com

Disponible en ligne : 22 Septembre 2023

1 : Cliniques universitaires de Kinshasa, département d'anesthésie réanimation, faculté de médecine université de Kinshasa

2 : Centre Hospitalier de Provins

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2023

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Timbely H. Anesthésie en Neurochirurgie au CHU de Gabriel TOURE: Evaluation de pratique. Thèse) ; Bamako ; 2013. bibliosnate.ml

[2] Benlahsen M. Complications post opératoires après chirurgie intracrânienne; Université Mohamed Thèse; Rabat ; 2017, 182p

[3] Payen JF, Rhondali O, Oddoux M, Francony G. Où admettre en postopératoire le patient Opéré d'une chirurgie intracrânienne ? Pôle d'Anesthésie-Réanimation, Hôpital Michallon. 38043 Grenoble ; MAPAR 2012, 158-161

[4] Korineck AM. Prophylaxie des méningites en Neurochirurgie;Bulletin épidémiologique hebdomadairede l'In VS, 2007 ; 45(1) : 45-9

[5] Fred G. Barker II, William T.Curry Jr and Bob S. Carter. Surgery for primary supratentorial brain tumors in the United States, 1988 to 2000: The effect of provider caseload and centralization of care Neuro-oncology January 2005, 49-63

[6] Awatif S. Les complications post opératoires en neurochirurgie au CHU Ibn Rachid. Thèse de médecine au Maroc. Université Hassan, faculté de médecine et de pharmacie, Casablanca 2005 ; N° P140

[7] Egbohou P, Mouzou T, Beketi K, Kpelao E, Moumouni AK, Sama HD. Les Méningiomes intracrâniens opérés au CHU SylvaniusOlympio de Lomé: Aspects anesthésiologiques et complications à propos de 21 cas;PanaAfricanMedical Journal;2017 ; (28) : 28-42

[8] Mbongo TA, Molua AA, Dongo MR, Ntsambi EG, Kilembe MA et Bidingija MJ. Profil clinico-scannographique des traumatismes crânio encéphaliques aigus de l'adulte à Kinshasa; Mali medical; 2015 ;2(30);44-8.

[9] Sidibe S, Diallo A et Toure M. Apport de la tomodensitométrie dans la prise en charge des traumatismes cranio encéphaliques à Bamako; Mali Médical.2005 ; 1 et 2(30) : 33-35

[10] Ilunga JP, Mbombo W, Manzombi J, Batuli D, Kilembe A. Aperçu des pathologies neurochirurgicales intracrâniennes suivies en réanimation des Cliniques Universitaires de Kinshasa, Ann. Afr. Med.Juin 2016 ; 3(9) : 23

[11] Ait Rai A. La mortalité du patient neurochirurgical en réanimation. Thèse de médecine au Maroc. Université cadi ayyad, faculté de médecine et de pharmacie, Marrakech 2016 ; N° 162. Wd.fmpm.uca.ma

Pour citer cet article :

E Bivula, R N'sinabau, M Bulabula, JP Ilunga. Morbidité et mortalité en anesthésie-réanimation pour chirurgie cranio encéphalique dans la ville de Kinshasa. Jaccr Africa 2023; 7(3): 236-245