



La Lettre Médicale du Congo

Magazine d'expression des professionnels de la santé du Congo

N°006

Mars 2019

La lettre de la rédaction

Mesdames et Messieurs,

Chères Consœurs, Chers Confrères,

Le Comité de rédaction a le plaisir de vous annoncer la parution du sixième numéro de la Lettre Médicale du Congo.

Cette revue diffusée exclusivement en ligne se veut être un mode d'expression de l'ensemble des professionnels de santé. Son but est de favoriser les échanges et de faire partager à la communauté médicale et paramédicale les expériences professionnelles en vue d'une amélioration des pratiques de chacun.

Le comité de rédaction a également le plaisir de vous informer que La Lettre Médicale du Congo est désormais répertoriée dans l'**Index Medicus Africain** accessible à l'adresse suivante : <http://Indexmedicus.afro.who.int/>.

Cette base de données est gérée par la bibliothèque du bureau régional de l'OMS depuis 1993. Elle permet de répertorier les publications africaines pour faciliter une visibilité mondiale et encourager les publications locales.

Vous trouverez ci-après les instructions aux auteurs permettant de soumettre des travaux, conformément aux recommandations internationales.

En souhaitant une bonne réception de ce magazine en ligne, veuillez croire en l'expression de nos salutations cordiales et confraternelles.

Rédacteurs en chef :

Pôle chirurgical : Dr Jean Patrice Binuani.Angers, France.

Pôle médical : Dr Patrice Serge Ganga-Zandzou...Roubaix, France.

Responsable de la publication :

Dr Richard Bibi. Tours, France.

Responsable de la communication

Dr Florian Diakabana. Paris, France.

Membres de la rédaction:

Dr Jean Claude Ban.....Evreux, France

Dr Bertin Ebikili.....Le Mans, France

Dr Daniel Mbey.....Pontivy, France

Dr Raymond Mizele.....Orléans, France

Pr Alain Mouanga.....Brazzaville, Congo

Dr Roland Rizet.....Brazzaville, Congo

Pr Paulette Yapi Yapo....Abidjan, Côte d'Ivoire

Dr Hubert Ythier.....Roubaix, France

Dr Lionel-Ange Pougui.....Gatineau, Canada

Dr Monique L. Goma.....Baltimore, USA



Instructions aux auteurs

La lettre médicale du Congo publie des articles originaux, des éditoriaux, des articles de revue, des cas cliniques, des notes techniques et des lettres à la rédaction.

Les articles doivent être soumis par voie électronique au comité de rédaction :

lalettremedicaleducongo@gmail.com

• **Politique de conflit d'intérêt** : un conflit d'intérêt se présente lorsque l'auteur entretient une relation, notamment d'ordre financier, avec un organisme ou une société commerciale pouvant influencer son travail. Pour publier un article dans le Journal, les auteurs doivent divulguer tout conflit d'intérêt, réel ou potentiel, en lien avec leur sujet, par l'intermédiaire du « Formulaire auteur » qui leur est envoyé par l'éditeur. Les affiliations des auteurs, y compris leurs liens aux entreprises dont les produits sont cités dans l'article, doivent apparaître dans la page de titre du manuscrit. Le Journal peut décider de ne pas publier un article sur la base de ces informations. La déclaration de conflit d'intérêt est publiée dans le Journal.

• **Vie privée et consentement éclairé des patients** : la vie privée des patients doit être respectée. Toute information d'identification (nom, référence hospitalière, etc.) doit être supprimée du texte comme des figures avant publication. Si une information permettant l'identification du patient est impérative à des fins scientifiques, elle doit s'accompagner d'un consentement éclairé écrit de la personne (ou de son tuteur). Dans le cas de l'utilisation d'une photographie présentant le visage d'un patient, le consentement éclairé de ce dernier est requis, l'anonymat complet étant dès lors difficile à mettre en œuvre.

Manuscrit

Les manuscrits complets sont soumis au format Word.

La disposition du manuscrit est la suivante :

- page de titre ;
- résumés et mots-clés ;
- texte comprenant :
 - 1) Introduction, 2) Patients et méthodes, 3) Résultats, 4) Discussion dans le cas des articles originaux,
 - 1) Introduction, 2) Observation, 3) Discussion, 4) Conclusion pour les cas cliniques;
- références, tableaux et légendes des figures.

La longueur maximale des manuscrits dactylographiés (figures et références exclues) dépend de la rubrique de publication :

- articles originaux : 15 pages ;
- éditoriaux : 6 pages ;
- articles de revue : 20 pages ;
- cas cliniques : 4 pages ;
- lettres à la rédaction : 2 pages.



Numéroter les références, les illustrations et les tableaux en fonction de leur ordre d'apparition dans le texte et en utilisant des chiffres arabes.

Limiter le nombre d'abréviations, définir le terme complet correspondant lors de sa première apparition dans le texte et éviter l'emploi des abréviations dans le titre et le résumé.

Citer les entreprises pharmaceutiques ou biomédicales dont le matériel est mentionné dans le texte en indiquant, entre parenthèses, le nom de l'entreprise et sa localisation géographique. Indiquer les remerciements et les sources de financement en fin de texte.

Page de titre

La page de titre inclut le titre de l'article, le prénom et le nom de chaque auteur, le nom des services et des institutions d'où provient le travail, le nom, l'adresse, le téléphone, l'adresse mail et/ou le fax de l'auteur correspondant.

Résumés et mots-clés

Un résumé en français et/ou anglais n'excédant pas 200 mots accompagnent le manuscrit. Ce résumé sera structuré de la façon suivante : objectif ; méthodes ; résultats ; conclusion. Les résumés des articles de revue, cas cliniques et notes techniques n'ont pas besoin d'être structurés. Pour ces deux derniers types d'articles, la longueur du résumé ne doit pas excéder 75 mots.

Références

Les références sont numérotées dans l'ordre d'apparition dans le texte (chiffres arabes entre crochets). Les communications personnelles, manuscrits en préparation et autres données non publiées ne doivent pas figurer dans la liste des références mais seront cités dans le texte entre parenthèses. Le nombre de références est limité à 20 pour les articles originaux, 8 pour les cas cliniques et 5 pour les notes techniques. Les titres des journaux sont abrégés selon l'Index Medicus. Les références sont présentées dans le format dit « de Vancouver » :

- **Périodiques** : Fedoruk LM, Jamieson WR, Ling H et al. Predictors of recurrence and reoperation for prosthetic valve endocarditis after valve replacement surgery for native valve endocarditis. J Thorac Cardiovasc Surg 2009 ; 137 : 326-33.

Indiquer tous les auteurs jusqu'à 6 ; lorsqu'il y a plus de 6 auteurs, citer les 3 premiers suivis de la mention « et al. ».

- **Livres**: Shields TW, LoCicero J, Reed CE, Feins RH, eds. General thoracic surgery. 7th ed. Baltimore : Lippincott Williams & Wilkins, 2009.

- **Chapitre d'un livre**:

Fox KAA. Reperfusion injury. A clinical perspective. In : Yellon DM, Jennings RB, eds. Myocardial protection : The pathophysiology of reperfusion and reperfusion injury. New York : Raven Press Ltd, 1992 : 151-63.

Si la référence est un résumé, celui-ci doit être identifié en tant que tel par la mention « Abstract », figurant entre parenthèses après la page correspondante.

Tableaux

Ils sont numérotés en chiffres arabes dans l'ordre de leur première citation dans le texte.

Le contenu des tableaux ne doit pas faire double emploi avec celui du texte. Les abréviations figurant dans un tableau seront définies en bas de celui-ci. Le tableau est accompagné d'un titre explicatif.

Figures et illustrations

Les schémas, figures, photos et autres illustrations sont numérotés en chiffres arabes dans l'ordre de leur première citation dans le texte. Ils doivent être soumis sous format jpeg haute définition (300 dpi). Chaque figure comporte un titre explicatif

Sommaire

Lettre de la rédaction

Instructions aux auteurs

Sommaire

Billet du comité de rédaction

ÉDITORIAL

- Expérience d'intégration d'un médecin étranger dans le système médical canadien.
LA. Poungui

ARTICLES MEDICAUX

- Bref aperçu du système américain d'assurance soins de santé.
ML.Goma.
- Suivi et encadrement de la personne vieillissante à domicile : Etude à Libreville et Owendo.
JP Wemo Kanyama, A Loko, H Immongault, C Essone, F Noungui, Y Bela.
- Maladie de Kawasaki : Expérience à propos de 30 cas pédiatriques.
PS Ganga-Zandzou, E Cixous, M Becart, G Vaksman.
- Rachianesthésie pour le cerclage du col utérin.
J Koné, M K Touré, D Doumbia, M Coulibaly, S Tall, H Albachar, D Camara, E Traoré, D E Traoré, A Diallo.
- Accoucher autrement: un retour à la nature pour une prise en charge différente de la naissance.
A Gentil, B André, M. Makosso.

CAS CLINIQUE

- Accès d'euphorie au réveil d'une sédation avec le propofol.
D Doumbia, J Koné, M K Touré, R B Niangado, M Coulibaly, B Diallo, H Dicko, E Traoré, D M Djibo, A Diallo.

Contact



Billet du comité de rédaction

Depuis près de 5 ans d'existence, la vocation panafricaine de La Lettre Médicale du Congo a été exprimée, à travers le contenu de ses précédents numéros. Au terme de ces premières années d'expérience, son évolution vers une plus large diffusion s'avère aujourd'hui nécessaire.

Dans cette optique, le comité de rédaction se voit renforcer par de nouveaux membres résidents aux États-Unis et au Canada. En effet, ce comité a pour ambition d'élargir son lectorat, au-delà des frontières de l'Afrique et du vieux continent. Et, conformément à cette évolution, la possibilité de publication d'articles rédigés en anglais dans les prochains numéros est envisageable.

Toutefois, la présentation de la revue auprès d'instances universitaires africaines nous paraît tout aussi indispensable, pour entretenir sa vocation première.

Ce présent numéro composé d'un éditorial et d'articles médicaux, nous ouvre un accès et une vision vers de nouveaux horizons, en accueillant des auteurs exerçant outre-Atlantique.

Ainsi, dans son éditorial, L-A Pounqui nous fait part, à travers son expérience d'installation au Canada, du parcours d'un médecin ayant obtenu son diplôme de médecine hors Canada et USA. Sa réflexion nous apporte un éclairage particulier sur les modalités de validation des études médicales et d'exercice de la médecine au Canada.

Aussi ML Goma, exerçant aux USA, nous dresse un aperçu du système américain d'assurances en soins de santé. On peut ainsi se rendre compte de la complexité et du coût des soins de santé dans un pays considéré comme l'une des plus grandes puissances économiques au monde.

Dans le domaine de la santé publique, JP Wemo Kanyama et al. nous présentent leurs résultats d'une étude sur le suivi et l'encadrement de la personne vieillissante à domicile réalisée dans la province de l'Estuaire au Gabon.



Concernant les articles médicaux, **PS Ganga-Zandzou** et al. nous rapportent leur expérience de la prise en charge de la maladie de Kawasaki chez l'enfant, première cause de cardiopathie acquise de l'enfant en Europe et en Asie.

Au terme d'une étude menée au Mali, **J Koné** et al. nous montrent l'intérêt de la rachianesthésie réalisée avec des faibles doses de bupivacaïne lors d'actes de cerclage du col utérin chez des patientes obèses.

A Gentil et al. nous font part de leur expérience de l'accouchement selon une méthode qualifiée de retour à la nature, illustrée par des témoignages de parents qui en ont bénéficié.

Enfin, **D Doumbia** et al. décrivent à travers un cas clinique, un effet secondaire rarement observé après utilisation de propofol lors d'une sédation pour procédure endoscopique au Mali.

Nous vous en souhaitons une agréable lecture.

Le Comité de rédaction



Expérience d'intégration d'un médecin étranger dans le système médical canadien.

Lionel-Ange Pougui MD FRCSC LMCC

Chef de département de gynécologie-obstétrique du Centre Intégré de Santé et des Services Sociaux de l'Outaouais.

Gynécologue-obstétricien pratiquant au Québec depuis 2009, j'aimerais vous faire part de mon cursus pour édifier les étudiants sur les études médicales au Canada.

En effet, après des études pré-universitaires à Brazzaville, j'ai entrepris mes études de médecine à Casablanca au Maroc, avec un volet d'internat à Paris. Après l'obtention d'un diplôme de médecine générale en 1998 à Casablanca, mon parcours de vie m'a conduit au Québec en 2000, où j'ai d'abord réussi l'examen d'évaluation du conseil médical du Canada, puis le Licencié of the Medical Council of Canada part 1 (LMCC 1). Souhaitant faire une spécialisation, et ayant au préalable un diplôme de généraliste, ma voie d'issue était de pouvoir être admis dans une faculté de médecine. Dans les années 2000, les universités du Québec offraient 8 places aux profils comme le mien (diplôme hors Canada et USA, plus réussite à l'examen d'évaluation), sous conditions de qualité des candidats et d'une entrevue de sélection avec les 3 facultés de médecine de la province. J'ai été sélectionné en 2002 par l'université Laval (ville de Québec) d'où j'ai obtenu, après 18 mois d'externat et un examen, un second diplôme de doctorat en médecine en 2004. Il faut préciser que mon genre de profil, est exempté des 3 ans de cours théoriques (appelés pré cliniques) qui précèdent les 18 mois d'externat (appelé étape clinique). Par la suite j'ai été soumis au programme de résidence en gynécologie-obstétrique et complété cette formation en 2009. Depuis 2009, j'exerce à l'hôpital de Gatineau, en qualité de chef du département régional de gynécologie-obstétrique.

Les études de médecine au Canada durent donc environ 5 ans pour l'obtention du doctorat en médecine (MD), et entre 2 à 6 ans supplémentaires pour compléter sa formation de médecin de famille ou spécialiste.

La voie que j'ai choisie est particulière, car après la réussite à l'examen d'évaluation, j'aurais pu opter pour un permis restrictif, ou une demande de résidence en médecine de famille (liens web des différentes étapes).



Le permis restrictif est octroyé à un généraliste ou un spécialiste, après satisfaction des conditions requises. La restriction implique que vous devez travailler pendant un minimum de 5 ans dans un hôpital donné qui vous aura préalablement parrainé. Au bout de 5 ans, toutes les restrictions sur votre lieu de pratique sont levées et vous êtes libre de travailler où bon vous semble. Cette voie est idéale pour ceux ayant déjà une spécialité.

La demande en résidence en médecine familiale est celle choisie par ceux qui, en arrivant au Canada, sont généralistes ou encore pour ceux déjà spécialistes mais désirant réorienter leur carrière.

Pour toutes ces démarches, avoir une très bonne note à l'examen d'évaluation vous aidera à vous distinguer, car les demandes sont nombreuses (Afrique, Asie, Moyen orient...). Cet examen est basé sur les matières de base ainsi que sur des questions d'éthique et de statistique. Une préparation minutieuse est vivement conseillée.

La médecine au Canada est très contingentée (quotas), c'est ce qui détermine le nombre de places attribuées aux étudiants canadiens et à ceux qui ont un diplôme hors Canada et USA. Du fait de ces quotas, les canadiens qui entrent en médecine sont ceux ayant d'excellentes notes pré universitaires, ou encore certains universitaires ayant de bonnes notes qui décident de se réorienter en médecine.

Une fois admis dans un programme de formation en médecine au Canada, vous avez les obligations déontologiques auxquelles vos collègues canadiens sont soumis, mais vous jouissez également des mêmes droits qu'eux. Une fois admis, vous n'êtes plus un médecin étranger, mais un médecin comme vos collègues ayant été formés ici. Vous serez jugés sur vos attitudes, vos compétences, votre professionnalisme, votre esprit de collaboration.

Les médecins au Canada sont soumis à une obligation de formation médicale continue (congrès, cours, revues de littérature, club de lectures, lectures...).

Les médecins au Canada ne sont pas des fonctionnaires, mais plutôt des travailleurs autonomes. Ils sont néanmoins rémunérés par les gouvernements provinciaux. Les soins de santé sont couverts de façon universelle pour tous les citoyens canadiens et les résidents permanents du Canada. Tout le monde a une carte d'assurance maladie délivrée gratuitement par sa province de résidence. La personne la présente à sa visite en cabinet médical privé ou à l'hôpital et le médecin est payé par une agence gouvernementale qui est sous la responsabilité du ministère de la santé provincial. Cette assurance couvre tous les soins et examens complémentaires nécessaires à l'évaluation de la condition du patient, ainsi que tous les médicaments nécessaires pendant son hospitalisation. Il est par contre possible que certains actes médicaux spécifiques, tels que la circoncision sans raison médicale, ne soient pas couverts par l'assurance de santé publique s'agissant d'actes non urgents.



Les médicaments en pharmacies communautaires sont partiellement ou totalement couverts par l'assurance maladie publique, selon le revenu annuel de la personne et son statut professionnel. Par exemple, les travailleurs autonomes sont tenus par la loi à avoir une assurance médicale privée, complémentaire de leur assurance publique. À l'inverse, les personnes à très faibles revenus payent très peu ou pas du tout leurs médicaments.

Liens utiles

1. Recrutement Santé Québec
<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/medecine-au-quebec/diplomes-internationaux/etape-1/>
2. QUELS SONT LES CRITÈRES D'ADMISSION DES FACULTÉS DE MÉDECINE CANADIENNES?
<https://afmc.ca/fr/node/336>
3. LA MÉDECINE AU QUÉBEC
<http://www.fmeg.ca/nouvelles-et-communiques/la-medecine-au-quebec/>



Articles Médicaux

Bref aperçu du système américain d'assurance soins de santé.

Monique L. Goma, MD

Cigna HealthSpring Baltimore, MD. USA

Parmi les systèmes de santé des pays les plus avancés industriellement et économiquement considérés comme les plus riches au monde, celui des Etats Unis et son mode de financement sont inédits. Il s'agit au mieux d'un amalgame entre un système de santé national à payeur unique et une caisse d'assurance maladie universelle à payeurs multiples.

En 2014, 48% du financement des soins de santé provenait de fonds privés, dont 28% des ménages et 20% des entreprises privées. Le gouvernement fédéral américain s'est acquitté de 28% des coûts de l'assurance maladie et les gouvernements des États ainsi que les administrations locales ont fourni près de 20% du financement.

Selon les statistiques publiées par le gouvernement fédéral en 2014, sur une population de 283,2 millions d'habitants, près de 90% avait un type d'assurance maladie et 66% des employés étaient couverts par un régime privé d'assurance maladie. Grâce au gouvernement fédéral américain, qui est le principal fournisseur de fonds de l'assurance maladie, 115,4 millions de personnes ont bénéficié d'une couverture médicale en 2014 par l'intermédiaire de Medicare (50,5 millions), Medicaid (61,65 millions) et de l'Administration des anciens combattants et des soins de santé militaires (14,4 millions)[1, 2]. Il est important de noter qu'environ 32,9 millions de personnes dans la population américaine ne bénéficient d'aucune assurance maladie.

Les États-Unis dépensent, par tête d'habitant, plus du double du montant moyen de 3 453 dollars dépensés par les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Le coût élevé des soins de santé est le principal facteur limitant l'accès d'une grande partie de la population aux soins médicaux. Par comparaison avec les travailleurs des pays de l'OCDE qui perçoivent un salaire en-dessous de la moyenne, il y a lieu de s'attendre à ce que ceux des États-Unis évitent d'aller chez le médecin pour des visites de routine, ne fassent pas les tests nécessaires et ne suivent pas les traitements recommandés, n'achètent pas les médicaments prescrits et ne se rendent pas régulièrement chez l'ophtalmologue ou chez le dentiste.



Il n'existe pas de consensus sur l'identification d'un seul facteur à l'origine de l'augmentation du coût des soins de santé aux États-Unis. Pour autant, les experts s'accordent sur trois facteurs principaux.

1. Les nouvelles technologies pour les modalités de traitement et les médicaments sur ordonnance qui sont chers et très demandés, même lorsqu'ils ne sont guère efficaces, contribuent pour beaucoup aux coûts de la santé.
2. L'augmentation de l'incidence des maladies chroniques telles que l'obésité, le diabète sucré, l'hypertension, dont la gestion est coûteuse, et les complications qui leur sont associées, ont un impact direct sur le coût des soins de santé.
3. Les coûts administratifs de l'assurance soins de santé contribuent sensiblement aux coûts des soins de santé.

L'accessibilité à l'assurance soins de santé est inégale en raison de la hausse des primes d'assurance et de la baisse de la qualité des polices d'assurance.

Les primes moyennes annuelles par famille ont augmenté de 11% entre 1999 et 2005, mais cette hausse s'est stabilisée à 5% par an entre 2005 et 2010. Le taux de franchise continue de croître, la franchise pour la couverture d'une personne étant passée à 67% entre 2010 et 2015, un taux supérieur à l'inflation et à l'augmentation des gains des travailleurs.

Les obstacles à l'accès à l'assurance soins de santé ont des conséquences dramatiques sur l'économie américaine puisque son coût annuel est estimé entre 124 et 248 milliards de dollars. Cette estimation reflète le coût de la diminution de la durée de vie des non-assurés et de la perte de productivité du même groupe.

Soins de santé destinés aux personnes à faibles revenus et à la population non assurée.

En 1946, le Congrès américain a adopté la loi Hill-Burton sur les soins de santé gratuits ou à coût réduit qui prévoyait des subventions et des prêts à faible taux d'intérêt pour la construction et la modernisation d'hôpitaux, de maisons de retraite et autres établissements de santé en échange d'un traitement gratuit ou à coût réduit des autochtones à faibles revenus dans la région où se trouvent ces installations[3].

L'Affordable Care Act, (Mars 2010 - Loi sur la protection des patients et les soins de santé), une avancée législative majeure de l'administration de Barack Obama, permet de réduire le fardeau financier imposé à la population américaine assurée ; ceci, en raison du traitement réservé à la population non assurée en restructurant le système d'assurance par l'obligation pour toute personne de souscrire une assurance maladie[4].

Malgré les coûts et les restrictions liés à l'obtention d'une assurance soins de santé, certains programmes nationaux offrent aux pauvres et aux personnes à faibles revenus, des paiements gratuits ou réduits pour les services de santé. La National Association of Free and Charitable Clinic (NAFC- Association nationale des cliniques gratuites et caritatives) est une

organisation à but non lucratif qui fournit des soins de santé aux personnes sans assurance et à celles qui n'ont pas accès aux soins de santé primaires, aux soins spécialisés et aux médicaments délivrés sur ordonnance[5]. Aux États-Unis, la NAFC compte 12 000 établissements.

Les gouvernements locaux et ceux des comtés gèrent des programmes d'assistance médicale qui offrent aux résidents non assurés ou sous-assurés des plans de paiement échelonnés ou la gratuité des soins. NeedyMeds.org, une organisation à but non lucratif, aide les patients à trouver des programmes d'assistance à l'achat des médicaments et met un répertoire de plus de 10 000 cliniques à la disposition de ceux qui ne peuvent pas payer le coût total des soins de santé.

Dans le cadre de programme tel que l'initiative Direct Primary Care Provider (DPCP - Prestataire direct de soins de santé primaire) par le biais des médecins de soins primaires, les patients paient des frais mensuels peu élevés en échange de visites médicales illimitées et bénéficient de réductions pour les examens de laboratoire et les médicaments [6].

Des programmes destinés à couvrir le coût des médicaments, un facteur important du coût total des soins de santé, sont offerts aux patients pauvres et à faibles revenus. Ces derniers sont encouragés à plutôt choisir des médicaments génériques. Le programme de pharmacie de détail de la chaîne de magasins Walmart propose des médicaments au prix de 4 dollars par ordonnance, médicaments figurant sur une liste accessible sur leur site internet. MyRxCoupons.com et NeedyMeds.org proposent des programmes qui permettent de réduire le fardeau des médicaments délivrés sur ordonnance au profit des personnes démunies, non assurées ou à faibles revenus.

REFERENCES

1. Krinsky S, Ryan AM, Mijanovich T, Blustein J. Variation in Payment Rates under Medicare's Inpatient Prospective Payment System. Health Serv Res. 2017 Apr ; 52 (2) : 676-696.
2. Sommers BD, Grabowski DC What Is Medicaid? More Than Meets the Eye. JAMA. 2017 Aug 22;318(8):695-696.
3. Mason DJ. Promoting the Health of Families and Communities : A Moral Imperative. Hastings Cent Rep. 2016 Sep;46 Suppl 1:S48-51.
4. McIntyre A, Song Z. The US Affordable Care Act : Reflections and directions at the close of a decade. PLoS Med. 2019 Feb 26 ; 16 (2) : e1002752.



5. Khadavi MJ, Matthews RL, Gottlieb K, Conway R, Davis W, Parker JC. Access to musculoskeletal specialists and resources in free and charitable clinics: a survey of clinic directors. PM R. 2013 Jun ; 5 (6): 510-2.
6. Peterson K, Helfand M, Humphrey L, Christensen V, Carson S. Evidence Brief: Effectiveness of Intensive Primary Care Programs. VA Evidence Synthesis Program Evidence Briefs [Internet]. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US); 2013 Feb : 2011.



Suivi et encadrement de la personne vieillissante à domicile : Etude à Libreville et Owendo.

JP Wemo Kanyama, A Loko, H Immongault, C Essone, F Noungui, Y Bela.

Association d'aide et de soins à domicile pour personnes âgées du Gabon.

Siège Social au 1^{er} étage du Complexe Scolaire Jean-Paul II, Quartier Akébé plaine.

1. INTRODUCTION

Les personnes âgées constituent avec les femmes enceintes et les enfants des personnes vulnérables. Depuis des années, de nombreuses actions de santé publique ont été orientées vers l'amélioration de l'état de santé des enfants et des femmes enceintes comme en témoignent les objectifs du millénaire pour le développement [1]. Au Gabon, les personnes âgées sont confrontées à de nombreux aléas, la pauvreté, l'isolement et surtout les difficultés d'accès aux soins de santé. Elles connaissent des conditions de vie précaires, comptant essentiellement sur une solidarité familiale et communautaire de plus en plus incertaine en raison de la récession économique, devenant ainsi une charge pour la société. Pour en limiter les conséquences, l'Etat et la Société Civile ont initié un certain nombre d'actions qui concourent à la protection sociale de la personne âgée. Cependant, ces actions restent encore très insuffisantes en particulier sur le plan sanitaire. En effet, de nombreux textes sur le plan législatif et réglementaire ont été arrêtés sur la protection sociale des personnes âgées, mais les actions sur leur prise en charge restent encore limitées [2-5]. Une implication particulière auprès de cette frange de population s'avère donc nécessaire. En l'absence de programmes sanitaires spécifiques, il nous a paru utile de nous intéresser aux personnes âgées pour cibler les problèmes particuliers de cette population qui n'avait jusqu'à présent suscité que peu d'intérêt prioritaire.

Cette étude a donc été réalisée dans un cadre d'un Projet de Suivi et d'Encadrement de la Personne Vieillissante à Domicile (SEPVD) dans la province de l'Estuaire au Gabon, par l'Association d'Aides et de Soins à Domicile pour Personnes Agées du Gabon (AASDPAG).



2. METHODE.

L'Association d'Aides et de Soins à Domicile pour Personnes Agées du Gabon, (AASDPAG) est une association apolitique, à but non lucratif, créée en septembre 2007 et enregistrée au Ministère de l'Intérieur et des Collectivités locales sous le N°0632 du 04 Mars 2008. Elle a été créée par un collège de professionnels paramédicaux et est composée d'infirmiers et d'infirmières volontaires et bénévoles,

Sa vocation est de rendre visite régulièrement aux personnes âgées à domicile, de leur assurer un accompagnement à l'hôpital, ainsi que des entretiens réguliers, une aide à la toilette, aux démarches administratives, aux courses et aux loisirs.

De même, des soins infirmiers primaires sont réalisés par les bénévoles : mesure du poids, prise de température, du pouls, de la tension artérielle, dosage de glycémie capillaire ou de glucosurie, mesure de la diurèse et pratique de soins sur prescription médicale à type d'injections (IM, IV, S/C, perfusions), pansement et nursing.

La présente étude reposait sur la mise en route d'un Projet de Suivi et d'Encadrement de la Personne Vieillissante à Domicile (SEPVD) dans la province de l'Estuaire. Cette initiative entrant dans le cadre de la mise en œuvre des politiques de protection sociale et de solidarité à l'égard des populations vulnérables, était initiée du mois de juin à août 2008, dans quelques quartiers de Libreville et d'Owendo : Mairie de Nzeng Ayong, IAI-Ozangué, Owendo Rougier et les Akébés.

Après recensement de la population des personnes âgées de ces quartiers, la collecte des données épidémiologiques et cliniques, était assurée par 70 bénévoles de l'AASDPAG.

Ce projet visait les personnes âgées, handicapées, isolées ou atteinte de maladies chroniques, retraitées ou non, ayant au moins 60 ans. Le SEPVD avait pour objectifs :

- évaluer le bien-être des personnes âgées au Gabon,
- prévenir les maladies survenant avec l'âge en adoptant un mode de vie adaptée,
- prendre en charge précocement les maladies ou les troubles susceptibles d'entraîner une incapacité,
- réduire l'impact négatif de la retraite sur la santé par l'information et l'aide,
- lutter contre l'isolement et l'abandon des personnes dites vulnérables.

L'âge légal de la retraite au Gabon étant de 55 ans, ce seuil de 60 ans a été fixé pour définir une personne âgée. Les personnes âgées d'au moins 80 ans étaient considérées comme très âgées.



3. RESULTATS.

Sur un total de 532 personnes âgées de plus de 60 ans recensées dans les quartiers concernés, 22 sont décédées durant la période d'enquête (Tableau 1). Ainsi 510 personnes âgées, ont bénéficié du suivi, dont 335 femmes (66%) et 175 hommes (34%). Parmi ces personnes âgées, 65% avaient encore une activité. Chez les sujets retraités, il était retrouvé une nette prédominance masculine (59% vs 31%) (**Tableau 1**). Quatre cent huit personnes âgées (77%) présentaient au moins une affection chronique, tandis que 19% avaient au moins un handicap. Seules 22 personnes recensées (4%) n'avaient ni maladie chronique ni, handicap.

	Hommes (60 à 79 ans)	Femmes (60 à 79 ans)	Hommes (80 ans et plus)	Femmes (80 ans et plus)	TOTAL
Nombre de cas	167	317	16	32	532
Nombres de retraités	98	62	7	12	179
Nombre de cas référés	97	125	14	24	260
Affections chroniques	132	241	12	23	408
Cas avec handicap	28	64	3	7	102
Cas sans handicap ou affections chroniques	7	12	1	2	22
Suivi organisé par :					
• Cardiologie	14	17	2	5	38
• EDHAG	62	80	10	12	164
• Médecine	8	10	1	4	23
• ORL	5	4	0	1	10
• Ophtalmologie	2	5	1	2	10
• Endocrinologie	2	6	0	0	8
• Autres	4	3	0	0	7
Nombre de décès	6	9	2	5	22

(EDHAG : Etude sur les déterminants de l'Hypertension artérielle au Gabon)

Tableau 1 : Population recensée

260 personnes (59%) ont été référées pour une consultation médicale auprès de médecins spécialistes. Il sied de souligner que plusieurs patients présentaient une polyopathie. Les causes de référence en consultation médicale étaient dominées par les affections cardiaques avec en tête l'HTA. En effet, parmi les affections les plus souvent

diagnostiquées dans cette population figuraient les troubles oculaires (52%), l'HTA (50%) et l'arthrose (41%) (**Tableau 2**). Le diabète, la goutte, les troubles auditifs, les affections neurologiques et l'éléphantiasis se retrouvaient toutefois, en proportions non négligeables. La polypathologie que présentent ces personnes âgées augmente les difficultés de suivi médical et d'autonomie. Ainsi, la fréquence de l'arthrose explique au moins en partie les instabilités posturales et les pertes d'autonomie.

Pathologies	Effectifs	(%)
Cardio-vasculaires		
HTA	270	50,75
Pulmonaires		
Tuberculose	19	3,5
Bronchite chronique	12	2,25
Endocriniennes		
Diabète	49	9,2
Goître	5	0,9
Ostéo-articulaires		
Arthrose	220	41
Goutte	87	16
Oculaires et auditives		
Troubles oculaires	276	52
Troubles auditifs	62	11
Neurologiques		
Paralysie	20	3,5
Maladie de Parkinson	18	3,4
Maladie d'Alzheimer	9	1,7
AVC	5	0,9
Parasitaires		
Eléphantiasis	25	4,6
Autres parasitoses	139	26
Urinaires		
Incontinence	12	2,25
Cutanées		
Escarres	4	0,75
Cancers	3	0,56

Tableau 2 : Morbidité observée

Le tabagisme et l'alcoolisme sont retrouvés à des fréquences non négligeables dans cette population (**Tableau 3**). De même, les maladies neurologiques et mentales sont ici notées avec risque d'abandon et d'isolement socio-familial (**Tableau 3**).

Concernant l'impact négatif de la retraite sur la santé, sur les 179 sujets retraités, seuls 32 (18%) étaient informés, aidés et encouragés à domicile. Cette proportion était

composée en majorité de pensionnaires de la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale. Ils étaient donc informés de leurs droits à la retraite. Les 147 personnes restantes non informées et nos aidées pouvaient ainsi être exposés à des risques de dépression et de comportements suicidaires.

Facteurs	Effectifs	(%)
Autonomie		
Instabilité posturale	106	19
Incapacité	98	18
Perte d'autonomie	55	10
Habitudes		
Alcoolisme	146	27
Tabagisme	57	10
Socio-familiaux		
Abandon	20	3,8
Isolement	13	2,4
Sédentarité	8	1,5

Tableau 3 : Facteurs personnels et socio-familiaux

Vingt-deux décès ont été déplorés durant l'étude, avec une majorité survenue au domicile dans un contexte d'HTA et de décompensation cardiaque.

4. COMMENTAIRES

Au cours de ce projet, la collecte et l'analyse des données épidémiologiques et cliniques ont permis d'identifier les particularités de cette population vulnérable. Elles mettent en exergue les difficultés de prise en charge et d'autonomie des personnes âgées souvent atteintes de polyopathologies chroniques. Cette analyse permet ainsi de fournir aux autorités compétentes des informations nécessaires à la mise en place d'actions ciblées au sein d'un programme structuré.

Le bon déroulement et l'efficacité de ce projet était basés sur l'importance des moyens dont disposaient les bénévoles intervenant aux domiciles des personnes âgées. Cependant force est de constater que durant ce projet, nous disposions de peu de ressources humaines ou financières pour faire face efficacement à toutes les demandes des personnes âgées visitées.



Au sein de cette population à risques, différentes affections chroniques ont été notées nécessitant une prise en charge spécifique avec aide de l'Etat, compte tenu de leur lourdeur. A titre d'exemple, l'HTA et ses conséquences demeurent la principale cause de référence pour une consultation médicale, mais suivent les troubles oculaires, les affections articulaires, le diabète, les affections neurologiques, les troubles auditifs, etc... Le suivi médical de toutes ces maladies chroniques souvent associés est lourd et problématique, car le coût de leur prise en charge est bien souvent au-dessus des possibilités financières des familles.

Durant ce suivi, il est apparu un abandon ou un isolement de la personne âgée disposant de peu d'aides pour assurer ses besoins quotidiens. Il ressort de nos constatations, que malgré le dévouement des bénévoles, nos actions restent limitées tant sur l'accompagnement des patients à l'hôpital que pour réaliser des entretiens réguliers, une aide aux besoins quotidiens ou aux démarches administratives.

On a pu déplorer de nombreux décès dont une majorité à domicile. Cela peut trouver une explication dans l'éloignement des domiciles par rapport aux centres de soins, la saturation ou la difficulté de trouver une place dans les services d'urgence du Centre Hospitalier de Libreville, ainsi que l'inexistence de service de soins gériatriques de long séjour.

Lors de la réalisation de ce projet de suivi, de nombreuses difficultés ont été rencontrées d'ordre médical, didactique, logistique, financier et humain.

Sur le plan médical, le manque de matériel nous a fait cruellement défaut pour une prise et contrôle des paramètres vitaux et administration des soins infirmiers. Qu'il s'agisse de thermomètres, tensiomètres électroniques, glucomètres, peses personnes adultes, bocal gradué pour diurèse, montre à aiguille pour mesurer la respiration et le pouls, boîtes à pansements, plateaux en inox, haricots, les gants stériles, compresses stériles, alcool, coton, sparadraps, bandes velpeau, bétadine, dakin, nous ne disposions pas de pharmacie suffisamment fournie. De même, nous avons été confrontés à un manque des médicaments de première nécessité : paracétamol, ibuprofène, quinine, baume pour massage, déparasitant.

Sur le plan logistique, les moyens de transport adaptés par ambulances ou SAMU pour les transferts des personnes malades vers les centres hospitaliers n'étaient pas toujours disponibles. Ceci réduisait considérablement les possibilités de soins d'urgence que pouvaient nécessiter les personnes en état de santé précaire.

Sur le plan administratif, il a été parfois difficile d'établir des transmissions par manque de supports, archives et constitution de dossiers permettant d'assurer un suivi longitudinal des personnes âgées. Cela nécessite en effet une organisation structurelle plus formelle avec des moyens humains et financiers conséquents.



Sur le plan financier, les faibles moyens ont très vite fait apparaître une limite des capacités d'actions. Il faut probablement disposer de ressources à types de subventions, de dons ou de legs pour apporter une aide significative aux personnes âgées souvent en grande difficultés sociales.

Sur le plan des ressources humaines, un recrutement et une formation adéquate des professionnels de santé avec acquisition de connaissances sur la santé des personnes âgées est nécessaire. En effet, le domaine gériatrique nécessite des acquis et des compétences spécifiques des soignants devant s'occuper de la personne âgée.

Les pouvoirs publics pourraient également s'impliquer en créant des services de soins gériatriques de moyens et longs séjours, destinés aux personnes vieillissantes ne pouvant vivre en famille.

5. CONCLUSION

Ce projet visait une amélioration de la qualité de vie des personnes âgées vivant dans le département de l'Estuaire. Malgré les informations recueillies et les aides apportées, les moyens financiers et les ressources humaines insuffisants ont limité notre capacité d'actions. Il faudra probablement une organisation plus structurée avec des ressources humaines renforcées et des moyens financiers adéquats pour montrer une réelle efficacité dans ce domaine.

Cette tranche de population, nous a paru un peu livrée à elle-même et notre culture devrait nous interpeller dans un mouvement de solidarité envers nos anciens. Il faut que cette solidarité s'exerce aussi bien dans le cadre familial que sur le plan national pour préserver l'intégration sociale et la reconnaissance de la personne âgée.

REFERENCES

1. Rapport 2015 sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement. Programme des Nations Unies pour le Développement.
2. Décret 269 du 31 Mai 1971 fixant les modalités d'octroi de l'aide sociale aux personnes âgées économiquement faibles.
3. Loi 10/82 du 24 Janvier 1983 portant Code de Garantie Sociale pour les Contractuels de l'Etat et Travailleurs Indépendants.



4. Loi 4/96 du 11 Mars 1996 fixant le régime général des Pensions de Fonctionnaires Civils et Militaires.
5. Loi 5/96 du 11 Mars 1996 fixant le régime particulier des pensions de la retraite des Membres du Gouvernement et du Parlement.



Maladie de Kawasaki : Expérience à propos de 30 cas pédiatriques

PS Ganga-Zandzou¹, E Cixous¹, M Becart², G Vaksmann³.

¹Service de Pédiatrie, Centre Hospitalier de Roubaix

²Service de Cardiologie, Centre Hospitalier de Roubaix

³Pôle de cardiologie pédiatrique et congénitale,
Cabinet Vandôme, 20 rue du ballon, Lille 59800

RESUME

Une étude a été réalisée chez 30 enfants présentant une maladie de Kawasaki et suivis au Centre Hospitalier de Roubaix, sur une période de 10 ans. Le diagnostic reposait sur des arguments cliniques conformément aux critères établis par les sociétés savantes. Le but de ce travail était de décrire la symptomatologie, le suivi et la survenue des complications de cette vascularite, première cause de cardiopathies acquises de l'enfant en Asie et en Europe. Dix-huit garçons et 12 filles ont été inclus dans l'étude, âgés en moyenne de 2 ans et demi. 63% d'entre eux présentaient une forme typique de présentation de la maladie. Des complications cardiaques ont été observées chez 23% des enfants de la série. Ces complications étaient plus fréquentes chez les nourrissons âgés de moins de 1 an. L'intérêt des différents thérapeutiques est discuté au regard des données de la littérature.

1. INTRODUCTION

La maladie de Kawasaki est la première cause de cardiopathie acquise de l'enfant en Europe et en Asie. Décrite en 1961 par Tomosaku Kawasaki et rapportée pour la première fois dans la littérature en 1967, cette affection est une maladie systémique qui touche dans 80% des cas des enfants de moins de 5 ans [1,2]. Le diagnostic repose sur des arguments cliniques et l'évolution vers les complications cardio-vasculaires est redoutée. Malgré la définition de critères majeurs par l'American Heart Association Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease [2], le diagnostic n'est pas toujours aisé et des formes atypiques sont souvent observées. Nous rapportons notre expérience à propos de 30 enfants suivis au Centre Hospitalier de Roubaix.



2. OBJECTIFS

Les objectifs de ce travail étaient de :

- décrire la symptomatologie observée chez les enfants de la série ;
- décrire l'évolution au cours du traitement et du suivi ;
- d'évaluer les complications observées.

3. PATIENTS et METHODE

Entre 2006 et 2016, 30 enfants (18 garçons et 12 filles) ont été pris en charge pour maladie de Kawasaki dans le service de Pédiatrie du Centre Hospitalier de Roubaix. Ils étaient âgés en moyenne de $2,5 \pm 2$ ans (extrêmes : 4 mois à 8 ans), au moment du diagnostic.

Dans les formes typiques, selon les critères reconnus par les experts et sociétés savantes (2), le diagnostic repose sur l'existence d'une fièvre de plus de 5 jours associée à 4 des critères majeurs suivants :

- conjonctivite bilatérale ;
- adénopathies cervicales ;
- chéilite et érythème buccal ;
- éruption du tronc et du siège ;
- atteinte des extrémités avec œdème et desquamation.

A ces symptômes peuvent s'associer des critères dits mineurs digestifs, respiratoires, neuro-méningés, articulaires, rénaux et hématologiques ayant valeur d'orientation. Par ailleurs, un syndrome inflammatoire biologique est souvent noté.

Chez tous les enfants de la série, les critères majeurs et mineurs ont été recherchés pour établir le diagnostic et proposer un traitement spécifique. Le diagnostic était établi selon les critères sus décrits. Par ailleurs la négativité des bilans bactériologiques et des sérologies Epstein Barr virus (EBV), cytomégalovirus (CMV), parvovirus B19, adénovirus, coxsackie, yersinias, grippe A et B, mycoplasme et hépatite B permettait d'éliminer les diagnostics différentiels.

De plus, une échographie cardiaque et parfois des vaisseaux du cou ainsi qu'abdominale étaient réalisées pour rechercher des anomalies vasculaires souvent redoutées. Un fond d'oeil était réalisé chez 14 enfants à la recherche de signes d'uvéite.



4. RESULTATS

Tous les enfants ont été hospitalisés dans le service pendant une durée moyenne de $6 \pm 2,5$ jours avec une médiane de 5 jours (extrêmes : 2 à 12 jours). Ils ont tous présenté une fièvre durant plus de 5 jours allant de 6 à 12 jours avant l'établissement du diagnostic.

La fréquence observée des critères majeurs était par ordre décroissant :

- ⇒ conjonctivite bilatérale : 73%
- ⇒ chéilite et énanthème buccal : 73%
- ⇒ éruption du tronc et/ou du siège : 70%
- ⇒ présence d'adénopathies cervicales : 63%
- ⇒ atteinte des extrémités : 43%

Les critères mineurs observés étaient les suivants :

- ⇒ otite ou angine : 35%
- ⇒ diarrhées et/ou vomissements : 30%
- ⇒ douleurs abdominales : 16%
- ⇒ méningite lymphocytaire aseptique : 10 %
- ⇒ pneumopathie : 3%

Selon l'association des critères majeurs, 63% des enfants de la série présentaient des formes typiques.

Sur le plan biologique, les perturbations suivantes étaient notées :

- augmentation de la protéine C reactive (CRP) : 73%, atteignant un maximum de 365 mg/l,
- accélération de la vitesse de sédimentation (VS) : 43%, atteignant un maximum de 113 mm à la première heure,
- augmentation du taux de polynucléaires : 37%, avec un maximum de 22 000 /mm³,
- anémie : 30%, avec un minimum de 7 g/dl
- cytolysé hépatique et/ou augmentation de gamma glutamine transférase : 30%
- hypo-albuminémie : 23%,
- augmentation du fibrinogène : 23%
- augmentation de la procalcitonine : 23%,
- augmentation des plaquettes : 16%, atteignant un maximum de 850 000 plaquettes /mm³.

Tous ces enfants ont été traités par l'association immunoglobulines par voie intra-veineuse (Tégéline® ou Clairyg®) à raison de 2g/Kg administrées en 24 à 48 heures à l'acide



acétyl salicylique à doses anti-inflammatoires (80-100 mg/Kg/jour en 4 prises) puis anti-agrégantes plaquettaires (3-5 mg/Kg/jour en une prise) pendant au moins 8 semaines. Le traitement par immunoglobulines a été débuté entre 7 et 10 jours de fièvre.

Concernant le suivi, tous les enfants ont bénéficié de la réalisation d'une échographie cardiaque initiale parfois associée à une échographie des vaisseaux du cou et de l'abdomen. Des échographies cardiaques de contrôle étaient réalisées systématiquement à 48 heures du début du traitement puis entre le 7e et le 10e après ce début puis à 1 mois.

Une dilatation des vaisseaux coronaires a été notée chez 7 enfants, représentant 23% des enfants de la série, dont 6 ont présenté une régression complète (**Figure 1**). Seul un nourrisson de 4 mois a évolué vers un anévrysme coronarien. Ce dernier a bénéficié d'un suivi spécialisé en cardiologie pédiatrique tous les mois pendant 6 mois, puis de façon plus espacée, les autres étant surveillés à un rythme trimestriel.

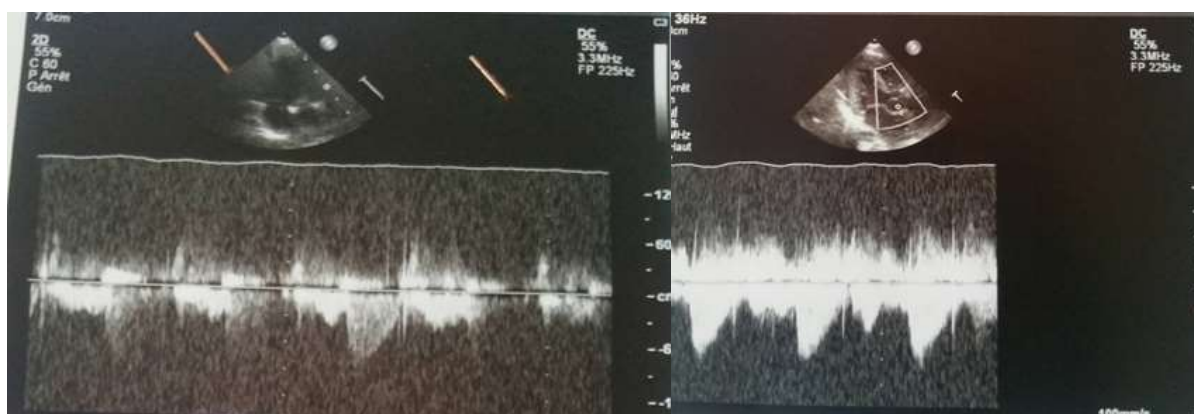


Figure 1 : Echographie de contrôle après normalisation de la dilatation de coronaires

Un décollement péricardique d'évolution favorable sous l'association immunoglobuline et acide acétyl salicylique a été observé chez 4 enfants, dont un avait également une dilatation des coronaires.

Un myocardite d'évolution favorable (**Figures 2 et 3**), a été notée chez une enfant de 8 ans ayant nécessité une hospitalisation de 12 jours, durée la plus longue observée dans la série.

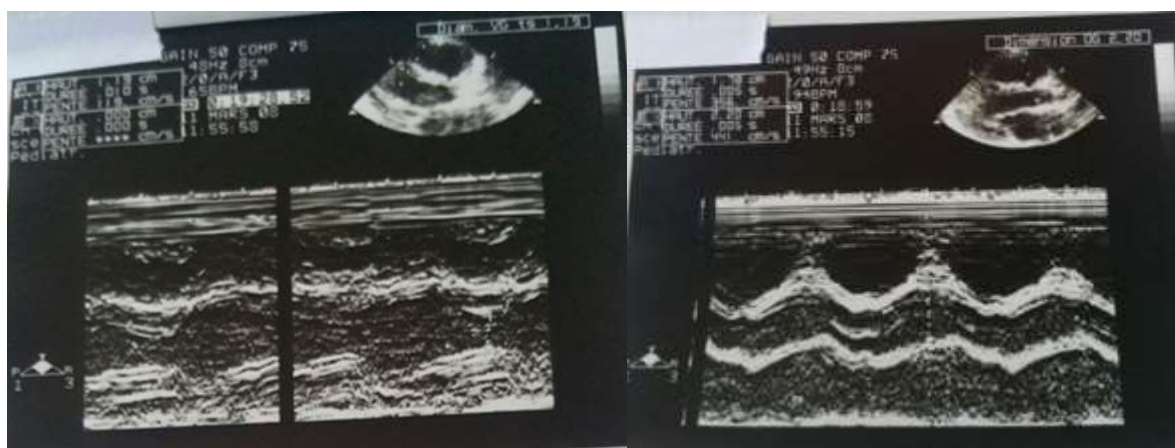


Figure 2 : Myocardite sans atteinte coronaire visible, Insuffisance mitrale de basse vélocité, d'allure fonctionnelle avec péricarde sec

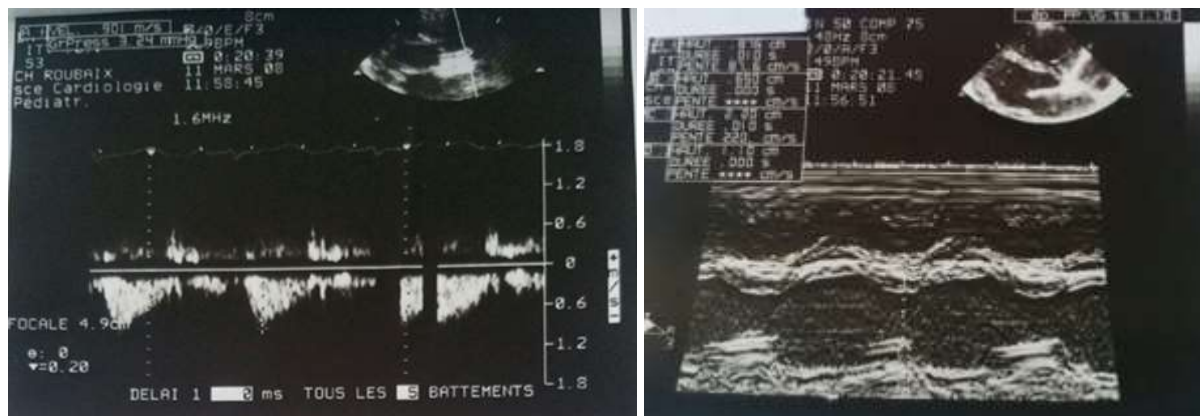


Figure 3 : Myocardite sans atteinte coronaire visible, Insuffisance mitrale de basse vélocité, d'allure fonctionnelle avec péricarde sec

Aucun cas d'uvéite n'a été noté chez les enfants ayant bénéficié d'un fond d'oeil. Les caractéristiques des enfants de la série sont rapportées dans le **tableau 1** qui montre une fréquence plus élevée de complications cardiaques chez les enfants de moins de un an.

Enfants : effectifs	N = 5 (< 1 an)	N = 22 (1-5 ans)	N = 3 (> 5 ans)
Age moyen (extrêmes)	5 ± 1 mois (4 – 10)	2 ± 1 ans (1- 5)	7 ± 0,5 ans (7- 8)
Sexe ratio (M/F)	2/3	14/8	2/1
Formes complètes	3/5 (60%)	14/22 (63%)	2/3 (66%)
Durée d'hospitalisation (jours)	9 ± 1	5 ± 2	7 ± 3
Médiane : durée d'hospitalisation Extrêmes (jours)	8 (8-11)	4 (2-9)	6 (3-12)
Complications cardiaques	4/5 (80%)	8/22 (36%)	1/3 (33%)

Tableau 1 : Caractéristiques des enfants de la série



5. DISCUSSION

La maladie de Kawasaki est une vascularite constituant la première cause de cardiopathie acquise de l'enfant en Europe et en Asie, alors qu'en Afrique, la première place est occupée par les valvulopathies post rhumatismales au décours d'infections à streptocoques de type A [3]. Sur le plan épidémiologique, la maladie de Kawasaki est plus fréquente dans les pays d'Asie du Sud-Est (Japon et Corée), avec une incidence de 239,6/100 000 enfants de moins de 5 ans par an, qu'en Europe où l'incidence oscille entre 3,6 et 15,2/100 000 enfants de moins de 5 ans par an [4, 5]. En France, l'incidence est estimée entre 450 à 600 cas par an, avec une prédominance masculine [6]. En Afrique, des cas sporadiques ou de petites séries d'enfants ont été décrits, en particulier au Congo [7, 8], au Togo [9] ou à Madagascar [10].

Concernant la pathogénie, à la phase aigüe de la maladie, surviennent des perturbations immunologiques avec élévation du taux plasmatique des cytokines (TNF α , interleukines) et activation des lymphocytes T, monocytes, macrophages et cellules endothéliales. Ces éléments pro-inflammatoires conduisent à la production de monoxyde d'azote et de facteur de croissance endothéliale vasculaire qui favorisent la survenue d'œdème et infiltration de cellules inflammatoires dans la paroi vasculaire responsable de remodelage pariétal et de vascularite secondaire [11].

Les étiologies de la maladie restent incertaines. Des pistes orientent vers une origine infectieuse compte-tenu de la survenue d'épidémies saisonnières ou vers une prédisposition génétique au vu de l'incidence plus élevée au Japon, l'observation de cas familiaux et de la prédominance de certains groupes HLA (HLA-BW22 et HLA-BW51) chez les patients présentant la maladie [11].

La maladie de Kawasaki est devenue exceptionnellement mortelle depuis la mise en route précoce d'un traitement associant immunoglobulines par voie veineuse et acide acétyl salicylique. Les mécanismes d'actions des immunoglobulines sont multiples : liaison aux récepteurs Fc gamma II et III, induction des récepteurs inhibiteurs, modulation de la production et de la libération de cytokines pro-inflammatoires, neutralisation des anticorps pathogènes, interaction avec les voies d'activation du complément et blocage de la prolifération des cellules endothéliales [12]. Le problème majeur reste la nécessité d'établir le diagnostic dans un délai permettant un début de traitement idéalement dans les 7 jours. Cependant les formes atypiques fréquentes, entraînent souvent un retard diagnostique et par conséquent thérapeutique. La difficulté est liée au fait qu'il n'existe pas de symptomatologie clinique ou biologique pathognomonique et que l'élimination des diagnostics différentiels potentiels est indispensable lors de la prise en charge.

Les actions anti-inflammatoires et anti-agrégantes plaquettaires de l'acide acétyl salicylique justifient son utilisation au cours du traitement de la maladie de Kawasaki, cependant, sa réelle efficacité est largement discutée. En effet, la littérature contient peu d'articles à



niveau de preuves suffisantes pour l'attester formellement [13, 14]. En effet, si la réduction de la durée de la fièvre sous acide acétyl salicylique a été observée, aucune efficacité réelle n'a été démontrée sur la diminution de l'incidence des atteintes coronariennes [13, 14]. De plus, l'utilisation de l'acide acétyl salicylique à fortes doses pourrait exposer à la survenue d'effets indésirables comme le syndrome de Reye [14]. Il reste donc utile de prescrire ce produit à doses anti-inflammatoires en phase aiguë fébrile et de réduire la posologie à doses anti-agrégantes plaquettaires après 48 à 72 heures sans fièvre, pour une durée de 6 à 8 semaines. Ceci nous paraît d'autant plus important à souligner que la disponibilité des immunoglobulines intraveineuses est loin d'être évidente en Afrique sub-saharienne, où l'on retrouve malgré tout des cas de maladie de Kawasaki [7, 8, 9].

Dans cette série, on retrouve les données habituellement décrites dans la littérature. En effet, la maladie s'observant dans 80% des cas chez les enfants de moins de 5 ans, dans cette série seuls 3 enfants (10%) étaient âgés de plus de 5 ans et 12 nourrissons avaient au plus 2 ans. Le sex-ratio de 1,5 est en faveur des garçons. Les formes typiques étaient les plus fréquemment observées, les formes incomplètes étant retrouvées dans 37% des cas. Dans la littérature [15], il est souligné que les formes atypiques ou incomplètes sont plus fréquentes chez les nourrissons de moins de 12 mois et dans notre série, 5 avaient moins d'un an, dont 2 âgés de 4 mois, un de 7 mois et 2 de 10 mois.

Le traitement était débuté conformément aux recommandations de l'American Academy of Paediatrics [2] et maintenu pour l'aspirine en fonction des données des échographies cardiaques de contrôle. Seul le patient présentant un anévrisme coronarien a bénéficié d'un traitement prolongé au-delà de 8 semaines.

Les complications cardiovasculaires sont redoutées lors de la phase subaiguë de la maladie entre 10 et 20 jours d'évolution. Dans notre série, parmi ces complications, les dilatations des coronaires étaient les plus fréquentes (23%) et seul un cas de myocardite a été observé. Ces complications étaient plus fréquemment retrouvées chez les nourrissons âgés de moins de 1 an (**Tableau 1**). Aucune autre atteinte vasculaire n'a été retrouvée en particulier au niveau des vaisseaux du cou ou du mésentère. Tous les enfants ont été revus systématiquement par un cardio-pédiatre dans les 15 jours qui ont suivi la sortie d'hospitalisation pour un contrôle d'échographie cardiaque.

6. CONCLUSION

La maladie de Kawasaki est la première cause de cardiopathie acquise chez l'enfant en Europe et en Asie, contrairement à l'Afrique où les cardiopathies post rhumatismales prédominent. Cette vascularite est cependant rare chez le nourrisson de moins de 6 mois. Il est important d'évoquer ce diagnostic devant toute fièvre d'un enfant durant plus de 5 jours associés à des critères majeurs ou mineurs, et chez qui les bilans étiologiques à la recherche d'une cause infectieuse, virale, parasitaire ou bactérienne se sont révélés négatifs. L'échographie cardiaque reste un examen essentiel au diagnostic et lors du suivi de



l'évolution de la maladie. Le traitement associant immunoglobulines intraveineuses et acide acétyl salicylique doit être débuté idéalement dans les 10 jours suivant le début de la maladie. Le suivi cardiologique à moyen et long termes reste indispensable pour la surveillance de la survenue de complications cardiaques.

REFERENCES

1. Kawasaki T. Acute febrile mucocutaneous lymph node syndrom : clinical observations of 50 cases. Jpn J Allergol 1967 ; 16 : 178.
2. Newburger JW, Takahashi M, Gerber MA et al. Diagnosis, treatment, and long-term of Kawasaki disease : a statement for health professionals from the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. Circulation 2004 ; 110 (17) : 2747-71.
3. Vahanian A, Garbarz E, lung B. Les cardiopathies acquises de l'enfant dans les pays en voie de développement. Académie nationale de Médecine, séance du 8 février 2011. Bull. Acad. Natle Méd., 2011, 195, no 2, 315-326.
4. Mauro A, Fabi M, Da Frè M, Guastaroba P, Corinaldesi E, Calabri G et al. Kawasaki Disease: an epidemiological study in central Italy. Pediatr Rheumatol Online J 2016; 14: 22.
5. Salo E, Griffiths E, Farstad T, et al. Incidence of Kawasaki Disease in Northern European Countries. Pediatr Int 2012; 54 (6): 770-772.
6. Heulin T, Dubos F, Hue V et al. Hospital Network for Evaluating the Management of Common Childhood disease, Increased detection rate of Kawasaki disease using new diagnostic algorithm, including early use of echocardiography. J Pediatr 2009 ; 155 (5) : 695-9.
7. Mouko A, Nkoua JL, Louaka-Samba C, Ball Mamadou, Senga P. Le syndrome de Kawasaki : à propos de deux cas observés à Brazzaville. Bull Soc Pathol Exot 2001 ; 94 (2) : 109-11.
8. Mabiala Babela JR, Ollandzobo Ikobo LC, Nika RE, Moyen G. Étude de onze nouveaux cas congolais de maladie de Kawasaki. Bull Soc Pathol Exot 2015 ; 108 (4) : 250–254.
9. Kombaté K, Teclessous JN, Douti NK et al. Maladie de Kawasaki complète : premier cas chez une fillette togolaise de 3 ans. Annales de Dermatologie et Vénéréologie 2016 ; 143 (12) Suppl : S416.
10. Rakotovao DN, Miandrisoa RM, Ramanitrarivo VL, Rakotonirina G, Rakotomamonjy SP, Imbert P. Maladie de Kawasaki : une observation à Madagascar. Med Trop 2008 : 68 : 637-9.



11. Wang CL, Wu YT, Liu CA, Kuo HC, Yang KD. Kawasaki disease: infection, immunity, and genetics. *Pediatr Infect Dis J* 2005 ; 24 (11) : 998-1004.
12. Hachulla E, Crabo Y, Mouthon L. Mise au point: Immunoglobulines intraveineuses et maladies systémiques de l'adulte Intravenous immunoglobulins and adult systemic diseases. *La lettre du Rhumatologue*, N° 383, juin 2012.
13. Dhanrajani A, Yeung RSM. Revisiting the role of steroids and aspirin in the management of acute Kawasaki disease. *Curr Opin Rheumatol* 2017 Sep;29(5):547-552.
14. Sakulchit T, Benseler SM, Goldman RD. L'acide acétylsalicylique pour les enfants atteints de la maladie de Kawasaki. *Can Fam Physician*. 2017 Aug; 63(8): e359–e362.
15. Kubat F, Biver A, Wagner K, De La Fuente Garcia I. Particularités épidémiologiques de la maladie de Kawasaki au Grand-Duché de Luxembourg ces dix dernières années. Zoom sur les nourrissons de moins de 12 mois. *Louvain Medical*, 2017 : 136 (7) : 416-23.



Rachianesthésie pour le cerclage du col utérin

J Koné¹, M K Touré², D Doumbia³, M Coulibaly², S Tall⁴, H Albachar⁴, D Camara⁴, E Traoré⁴, D E Traoré⁵, A Diallo³.

¹. Service d'anesthésie réanimation CSREF- CV- Bamako

². Service d'anesthésie réanimation CHU Mère-Enfant « le Luxembourg » - Bamako

³. Département d'anesthésie-réanimation- CHU du point G. Bamako

⁴. Service de gynécologie-obstétrique CSREF- CV- Bamako

⁵. Centre formation et de perfectionnement en statistiques - Bamako

Auteur correspondant : Dr Joseph Koné- drjosephkone@yahoo.fr

Résumé

Introduction :

Notre étude avait pour but d'évaluer la rachianesthésie à faible dose de bupivacaïne et de fentanyl pour le cerclage du col de l'utérus chez des patientes en surpoids ou obèses. Le cerclage du col utérin est indiqué dans le traitement de l'incompétence cervicale, généralement réalisé sous anesthésie générale et en chirurgie ambulatoire.

Méthodes :

Il s'agissait d'une étude prospective observationnelle et multicentrique réalisée sur une période de 18 mois portant sur la rachianesthésie pour cerclage du col utérin. Etaient incluses les patientes de classes ASA 1 et 2, ayant un indice de masse corporelle supérieur ou égal à 25 Kg/m². La rachianesthésie était réalisée avec une association de 5 mg de bupivacaïne et de 25 µg de fentanyl. Les principales variables étudiées étaient la qualité du bloc sensitif et moteur, les paramètres hémodynamiques, le délai de sortie de l'hôpital. L'analyse statistique a été faite à l'aide du logiciel SPSS 21.0.

Résultats :

Cinquante-neuf patientes d'un âge moyen de 27 ± 7 ans avec un âge de grossesse de 16 ± 4 semaines d'aménorrhée (SA) ont été incluses. Le délai d'installation du bloc sensitif était de $3,86 \pm 1,06$ minutes, pour un niveau d'anesthésie à T₁₁ chez 86,44% des patientes, et un score de Bromage à 1 à la mise en position gynécologique. Aucune plainte douloureuse n'a été exprimée à la préhension du col. La durée moyenne du cerclage était de $22,83 \pm 5,04$ min. Aucun cas d'hypotension artérielle ou de bradycardie n'a été observé. La récupération postopératoire était complète (score de Bromage 0) à la 2^{ème} heure. La sortie était faite à la fin de la 3^{ème} heure post-opératoire chez toutes les patientes.

Conclusion : La rachianesthésie à faible dose de bupivacaïne et de fentanyl est suffisante et efficace pour le cerclage du col, chez des patientes à terrain particulier, permettant ainsi une récupération post interventionnelle précoce.

Mots clés : Rachianesthésie, cerclage, col utérin.



Intrathecal anesthesia for cervical cerclage

Summary

Introduction :

The aim of this study was to evaluate the feasibility of intrathecal anesthesia for cervical cerclage using a low dose of bupivacaine and fentanyl. Cervical cerclage is habitually a day surgery procedure performed under general anesthesia; however some studies have reported experience with intrathecal anesthesia.

Methods :

It was a prospective study performed during 18 months. For inclusion patients should be from ASA 1 or 2 status, and patients planned for a cervical cerclage with an informed consent. Intrathecal anesthesia was done using bupivacaine 5mg and fentanyl 25 µg. The main variables were sensitive and motor blockage, hemodynamic stability. Statistical analysis was done using SPSS 21.0.

Results :

We enrolled 59 patients undergoing cervical cerclage, the average age were 27 ± 7 years with a 16 ± 4 weeks pregnancy. Sensitive blockage occurred within $3,86 \pm 1,06$ minutes after puncture, the anesthetic level were at T₁₁ in 86,44% of patients. The average duration of cervical cerclage was $22,83 \pm 5,04$ min. Anesthesia was perfect in 100% of patient, no hemodynamic disorder (hypotension, bradycardia) recorded. There was no motor blockage (Bromage 0) 2 hours after the cerclage. For all patients, hospital discharge was effective three hours from the end of cerclage.

Conclusion :

Intrathecal anesthesia seems to be perfectly indicated for cervical cerclage. It may protect from usual complications of general anesthesia in pregnancy women.

Keys words: Intrathecal anesthesia, cerclage of cervix.



1. INTRODUCTION

Le cerclage du col utérin est un acte médical fréquent en milieu obstétrical, indiqué dans la prise en charge des cas d'incompétence cervicale [1]. L'incompétence cervicale est responsable de 10% des accouchements prématurés, et concernerait environ 1 sur 500 femmes enceintes [2]. De ce fait, le cerclage peut être prophylactique entre 13 et 16 semaines d'aménorrhée (SA) en raison d'antécédents obstétricaux à haut risque ou de mise en évidence incompétence cervicale. Il est souvent indiqué entre 16 et 24 SA (cerclage tardif) chez des patientes à risque modéré devant des modifications cervicales cliniques ou échographiques. Ce cerclage est aussi réalisé à chaud (avant 27 SA) sur un col ouvert cliniquement, quelles que soient les antécédents de la patiente [1].

Trois techniques ont été décrites pour le cerclage dont la plus utilisée est celle de Mc Donald – Hervet. Il s'agit d'un geste de courte durée (une vingtaine de minutes en général), réalisé en position de lithotomie sous sédation, anesthésie générale (avec ou sans intubation trachéale) ou anesthésie locorégionale périmédullaire [3]. Le but de l'anesthésie est d'assurer une analgésie (insensibilité totale) du col, de prévenir d'éventuelles contractions utérines en réponse aux stimulations nociceptives, tout en épargnant le fœtus d'un passage trans-placentaire de drogues anesthésiques [4]. Ainsi la sédation est la technique la plus utilisée. Cependant une sédation même de courte durée peut représenter des risques particulièrement dans les cerclages tardifs (après 20SA), dans les situations où les patientes sont considérées sujets à estomac plein ou présentent une anomalie des voies aériennes supérieures.

Peu d'études ont été publiées sur la responsabilité de l'anesthésie dans les complications post-cerclage. Le choix de la technique anesthésique devrait tenir compte de l'état de la patiente, l'indication du cerclage (programmé ou à chaud) et des suites après cerclage (analgésie, réhabilitation post-opératoire, autonomie, etc.) [3, 5, 6].

Chez la patiente enceinte, l'anesthésie locorégionale est préférable sauf contre-indication à sa réalisation. Le surpoids et l'obésité constituent un terrain particulier pouvant exposer à des risques pour les voies aériennes supérieures et d'inhalation. Ainsi la rachianesthésie à faible dose pourrait être une technique alternative efficace dans cette indication.

Cependant, vu la durée du geste opératoire (environ 15 minutes), plusieurs auteurs défendent l'anesthésie générale ou une sédation profonde pour une récupération rapide post-cerclage. La rachianesthésie pourrait être considérée comme une technique trop agressive pour un geste de si courte durée.

L'objectif de ce travail était de déterminer la qualité anesthésique obtenue avec une rachianesthésie à la bupivacaïne 0.5% (5 mg) associée à du fentanyl 25 µg pour le cerclage du col de l'utérus à froid chez des patientes à risques comme l'inhalation (surpoids, obésité, grossesse de plus de 20 semaines d'aménorrhée, reflux gastro-œsophagien, etc).



2. METHODES

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive, réalisée sur une période de 18 mois dans les blocs opératoires du Centre de Santé de référence de la Commune V et du CHU mère –enfant le Luxembourg de Bamako.

Etaient incluses dans l'étude, les patientes de classe ASA 1 ou 2, présentant un IMC supérieur à 25 kg/m², programmées pour un cerclage du col de l'utérus et n'ayant pas de contre-indication ou d'opposition à la réalisation d'une rachianesthésie. Les patientes présentant une notion d'atopie connue aux anesthésiques locaux (AL) ou aux opioïdes, un déficit sensitif ou moteur quelconque, et celles habitant à plus de 60 minutes de l'hôpital étaient exclues de l'étude.

Après une évaluation pré anesthésique dont l'explication du type d'anesthésie proposé, les patientes étaient admises au bloc opératoire avec une voie veineuse de calibre 18 Gauge, avec un pré remplissage de 300 à 500 ml de sérum salé 0.9%. La rachianesthésie était réalisée en position assise, au niveau de L3-L4, L4-L5 avec une aiguille de Sprotte de taille 25 Gauge à orifice orienté en direction caudale. La solution injectée était composée d'un mélange de 5 mg de bupivacaïne à 5% associé à 25 µg de fentanyl, administrée sur une durée de 60 minutes. Le protocole comprenait l'administration d'un bolus de 3 à 6 mg d'éphédrine en cas de constatation d'hypotension définie par la survenue d'une pression artérielle systolique inférieure à 100 mm de Hg ou d'une baisse de plus de 25% des chiffres de base. Une perfusion intraveineuse de phloroglucinol était administrée à visée antispasmodique. L'analgésie post-opératoire était faite avec du paracétamol en perfusion intraveineuse à raison de 15 mg/kg de poids corporel. La voie veineuse était obstruée à la fin de la perfusion en cours et retirée lorsque la patiente était apte à sortir. L'alimentation liquide était autorisée dès la levée du bloc moteur. L'évaluation de la douleur était faite à l'aide de l'échelle verbale simple (EVS) cotée de 0 à 4.

Les paramètres étudiés étaient les caractéristiques socio-démographiques et cliniques, la qualité du bloc sensitif et moteur (par le score de Bromage), la stabilité hémodynamique, la satisfaction de la patiente (très satisfaite, peu satisfaite, pas du tout satisfaite), les suites immédiates, la récupération post-cerclage et le délai de sortie de l'hôpital. L'analyse statistique était faite avec le logiciel SPSS. 21.0. Les variables étaient décrites en effectifs (pourcentages), en moyenne (+/- écart type) et en médiane [quartiles].

Les résultats ont été présentés dans des tableaux, puis discutés au vu des données de la littérature.

3. RESULTATS

Cinquante-neuf patientes de classe ASA 1 et 2, programmées pour un cerclage du col utérin ont été incluses. L'âge moyen des patientes était de 27 ± 7 ans, avec un terme de moyen de grossesse à 16 ± 4 SA (**Tableau 1**). Le bloc sensitif installé dans un délai de $3,86 \pm 1,06$ minutes était au niveau de T11 dans 86,44% des cas. Aucun cas de d'hypotension ou de



bradycardie n'a été noté. La satisfaction de la patiente était quottée à « très satisfaite » dans 96,23 % des cas. Toutes les patientes (100%) sont sorties de l'hôpital au bout de la 3ème heure post interventionnelle.

Caractéristiques	Valeurs
Age (ans)	27,10±7,15
Age gestationnel (SA)	16,10±4,52
Durée de l'intervention (minutes)	22,83±5,04
Délai d'installation du bloc sensitif (minutes)	3,86±1,06
Bloc moteur	
Score de Bromage 1 au bloc	37 (88,09%)
Score de Bromage 2 au bloc	5 (11,9%)
Score de Bromage 0 à H ₂	42 (100%)
Hypotension	00 (00,00%)
Nausées et Vomissements	03 (7,14%)
Volume remplissage per-opératoire (ml)	351,19±44,84
EVS postopératoire à H ₂ (au repos)	02.84±0.97
Satisfaction de l'opérateur (très Satisfait)	95,23 %

NB : H₂= 2ème heure post opératoire

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

4. DISCUSSION

Le cerclage du col de l'utérus est une procédure décrite depuis 1957 par Mc Donald puis par Hervet en 1959. Plusieurs techniques ont été définies, parmi lesquelles la plus utilisée est celle de Mc Donald consistant à passer un fil épais non résorbable autour de la partie basse (1/3 inférieur) du col de l'utérus [7]. Elle a été la seule technique utilisée dans notre étude.

L'apparition de contractions utérines fait partie des complications immédiates justifiant la prévention par l'administration systématique d'agents tocolytiques ou d'antispasmodiques.

L'intervention généralement de courte durée est réalisée sous anesthésie périmédullaire ou sous anesthésie générale de profondeur variable avec ou sans intubation [2, 4]. Dans notre étude la durée moyenne d'intervention (cerclage) était de 22 minutes.

L'anesthésie générale chez la femme enceinte est discutée par de nombreux auteurs, du fait des risques liés à l'exposition des voies aériennes supérieures tels que l'intubation difficile ou l'inhalation du liquide gastrique [8, 9].

L'anesthésie locorégionale semble plus sécurisée, avec le bénéfice de maintenir une patiente éveillée en ventilation spontanée suffisante, et d'avoir un bloc sensitif efficace et une maîtrise de l'analgésie postopératoire. Le délai de la première demande d'analgésique n'a pas été évalué compte tenu de la sortie des patientes à H3. Le bloc moteur était de faible

intensité dans notre étude. La rachianesthésie a été réalisée avec une faible dose de bupivacaïne (5mg) associée à une dose de 25 µg de fentanyl. A cette dose, le bloc moteur a été discret permettant une récupération postopératoire précoce (score de Bromage à 0) favorable au concept de chirurgie ambulatoire. Le niveau supérieur du bloc sensitif était à T11 chez 51 patientes (soit 86,44%), avec un délai d'installation de $3,86 \pm 1,06$ minutes. Le délai (rapidité) de régression sensitive (baisse du niveau sensitif de 2 métamères) n'a pu être évalué avec précision. Aucune sensation de douleur n'a été notée en per-opératoire. Nous avons cependant noté deux cas de malaise portant sur la position des pieds et 1 cas de nausées. Aucun cas d'hypotension (baisse de plus de 20% des chiffres initiaux de pression artérielle), d'atteinte sympathique ou de prurit n'a été relevé. Une faible dose de bupivacaïne et de fentanyl serait très favorable à la chirurgie ambulatoire donnant un bloc sensitif satisfaisant sans prolonger la récupération motrice postopératoire [6].

Après une étude comparative, Ioscovich et al, trouvaient que la réalisation d'une rachianesthésie était plus avantageuse que l'anesthésie générale pour le cerclage du col utérin. Les patientes du groupe anesthésie générale avaient 4 fois plus de besoins d'analgésie postopératoire en salle de surveillance post interventionnelle. Quelques raisons évidentes pousseraient à préférer une anesthésie locorégionale vu le risque d'inhalation, de complications respiratoires ou la tératogénicité de l'exposition maternelle aux produits anesthésiques [3].

Selon l'étude de Urmey et al., l'orientation de l'orifice de l'aiguille de Whitacre, est déterminante dans l'extension céphalique du bloc médullaire avec une différence de plus de 3 métamères d'écart selon que l'orifice était dirigé vers le haut ou vers le bas. Ce qui permettrait une réduction des doses de l'anesthésique local pour une chirurgie programmée de courte durée [11]. Dans notre étude, aucun cas d'extension céphalique n'a été noté. Le bloc moteur a été minime en per-opératoire (score de Bromage à 1), avec une récupération rapide post-opératoire à la 2ème heure post-interventionnelle (score de Bromage à 0).

Il est souhaitable de poursuivre cette recherche par la réalisation d'études multicentriques comparant l'efficacité et les risques de l'anesthésie périmédullaire à ceux de l'anesthésie générale lors du cerclage du col utérin à froid.

5. CONCLUSION

De cette étude, il apparait que la rachianesthésie est une technique fiable pour le cerclage du col utérin. Réalisée avec une faible dose de bupivacaïne et fentanyl, elle procure un bloc sensitif efficace, sans retentissement hémodynamique, avec un bloc moteur de faible intensité, permettant une récupération post-opératoire précoce et une bonne analgésie post opératoire.



Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contributions des auteurs

Joseph Koné, et Mamadou Karim Touré : conception et recueil des données

Les autres auteurs ont contribué à la lecture, corrections du manuscrit.

Remerciements

Remerciements au Professeur Mamadou Traoré, pour la mise à disposition des ressources scientifiques de l'Unité de Recherche et de Formation en Santé de la Mère et de l'Enfant (URFOSAME)

REFERENCES

1. Golan A, Wolman I, Arieli S, Barnan R, Sagi J, David M P. Cervical cerclage for the incompetent cervical os. Improving the fetal salvage rate. J Reprod Med. 1995; 40: 367–70.
2. Yoon HJ, Hong JY, Kim SM. The effect of anesthetic method for prophylactic cervical cerclage on plasma oxytocin: a randomized trial. Int J Obstet Anesth. 2008;17(1):26-30.
3. Ioscovich A, Popov A, Gimelfarb Y, Gozal Y, Orbach-Zinger S, Shapiro J, Ginosar Y. Anesthetic management of prophylactic cervical cerclage: a retrospective multicenter cohort study. Arch Gynecol Obstet. 2015;291(3):509-12.
4. Engles E D. A retrospective study of regional vs. general anesthesia for cervical cerclage and review of the literature. Anesthesiology. 1989; 71:A888.
5. Schumann R, Rafique MB. Low-dose epidural anesthesia for cervical cerclage. Can J Anaesth. 2003; 50:424–425
6. Ben-David B, Solomon E, Levin H, Admoni H, Goldik Z. Intrathecal fentanyl with small-dose dilute upivacaïne: better anesthesia without prolonging recovery. Anesth Analg. 1997;85(3):560-5.
7. Debbs RH, Chen J. Contemporary use of cerclage in pregnancy. Clin Obstet Gynecol. 2009; 52:597–610
8. Mallampati SR, Gatt SP, Gugino LD, Desai SP, Waraksa B, Freiburger D, et al. A clinical sign to predict difficult intubation: A prospective study. Can Anaesth Soc J. 1985; 32:429–34.



9. Davidson AJ. Anesthesia and neurotoxicity to the developing brain: the clinical relevance. *Pediatric Anesthesia*. 2011; 21(7): 716-21.
10. Ng KW, Parsons J, Cyna AM, Middleton P. Spinal versus epidural anaesthesia for caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; 1:CD003765.
11. Urmey WF, Stanton J, Bassin P, Sharrock NE. The direction of the Whitacre needle aperture affects the extent and duration of isobaric spinal anesthesia. *Anesth Analg*. 1997 ; 84 :337-41.



Accoucher autrement: un retour à la nature pour une prise en charge différente de la naissance.

Avant-propos

L'accouchement, en Europe et en France en particulier, après avoir évolué vers la nécessaire maîtrise de la mortalité maternelle et la mortalité néonatale, prend un autre tournant vers la simplification sécurisée et le bien-être.

Au fil des ans, des moyens de plus en plus sophistiqués ont été mis en place afin d'assurer la sécurité de la mère et de l'enfant et une position d'accouchement, le décubitus dorsal, a été imposé pour des contraintes de surveillance.

La libéralisation de la parole ... féminine (liberté d'exprimer son point de vue) a aussi pénétré le monde de l'accouchement et permis aux parturientes de revendiquer, parfaire et maîtriser ce qu'elles considèrent comme étant le « Moment » de leur vie. Elles réclament le respect de ce qui leur est dû: *un accouchement comme elles l'entendent, simplifié et sécurisé.*

D'où l'analyse ci-après faite par des sages-femmes¹ qui sont au cœur de cette évolution.

Identité : Service de gynécologie - obstétrique. Niveau 2 A. Centre hospitalier de Bagnols-sur-Cèze . 30200 France. Fait partie d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) composé de trois hôpitaux, Nîmes (Hôpital universitaire), Alès et Bagnols-sur-Cèze (hôpitaux non universitaires). Environ 800 à 1000 accouchements par an ; 4 gynécologues— obstétriciens (GO) praticiens hospitaliers (PH). Le service est validant pour les internes, avec 2 postes de DES (Diplôme d'études spécialisées) ou de FFI (faisant fonction d'interne) et reçoit des médecins en formation d'origine étrangère hors union européenne et compte 19 sages-femmes.

Le service est équipé d'un espace physiologique dit « *salle nature* » ouvert le 15 octobre 2007 suivi d'un engouement des parturientes dès sa première année², 18% des 1012 accouchements s'y déroulent et le taux d'anesthésie péridurale (APD) est de 66 %. 23 % des patientes ne désirent pas d'APD et 11 % ne peuvent la recevoir (travail rapide 91 %, contre-indication 3 %, échec de pose). 12 à 15 % de taux de césariennes. 10 % de voie basse instrumentale dont 87% par ventouse et 13% par forceps et spatules. La surveillance du rythme cardiaque fœtal (RCF) est centralisée. La réalisation de lactates au scalp en cas d'anomalie du RCF pendant le travail et PH au cordon pour tout nouveau-né sont pratiquées. L'équipe est sensibilisée et formée à la prise en charge de l'hémorragie du post partum.

Docteur Mathieu Makosso , Centre Hospitalier de Bagnols Sur Cèze. 30200 France

¹ Amandine GENTIL, sage-femme diplômée d'État 2007 & Bérengère ANDRÉ, sage-femme diplômée d'État 2011, diplômée d'acupuncture 2015. Expériences: 12 et 8 ans de pratique obstétricale.

² Statistiques de la première année après l'ouverture, 2008



Un retour à la nature pour une meilleure prise en charge

A Gentil¹, B André¹, M. Makosso².

¹Sage-femme diplômé d'Etat, service de gynécologie-obstétrique,
Centre Hospitalier de Bagnols sur Cèze.

²Gynécologue - Obstétricien, Praticien Hospitalier.
Centre Hospitalier de Bagnols sur Cèze.

1. INTRODUCTION

Avant le milieu des années 1900 en France, la majorité des femmes accouchaient à domicile. La révolution médicale et hygiéniste vers la fin du 19^{ème} siècle a conduit à une amélioration de la connaissance et de la prise en charge médicale globale avec d'importants progrès sur l'espérance de vie. Les accouchements se sont alors naturellement orientés vers les hôpitaux. L'accouchement en maternités est alors devenu un objet d'intervention médicale répondant à un besoin de sécurisation du processus.

Tout au long du XXe siècle, la réduction de la mortalité infantile et maternelle s'est accompagnée d'une médicalisation de la naissance de plus en plus importante. Dans une optique de réduction maximale des risques, le mode de prise en charge des accouchements sans complication a peu à peu rejoint celui des accouchements pathologiques. Actuellement les femmes enceintes et leurs compagnons souhaitent de plus en plus bénéficier d'une prise en charge plus physiologique, moins médicalisée et donc moins interventionniste de la naissance. [1-7].

En 2005 à l'hôpital de Bagnols sur Cèze, s'opère une réflexion sur nos pratiques. Une écoute attentive des couples et de leur vécu autour de la naissance impose un constat : accéder à leur demande en toute sécurité ne peut qu'accentuer leur bonheur de ce moment unique qui doit demeurer le leur. C'est alors que naît le projet de notre salle nature. Une idée alors novatrice en France. Ce projet sera suivi en masse au niveau national tant l'évidence de cette prise en charge physiologique s'impose. Les « salles nature » sont en nombre croissant depuis quelques années en France. Elles semblent bénéficier d'un certain engouement de la part du public [1]. La Haute Autorité de Santé inscrit d'ailleurs des recommandations en janvier 2017. Pour la première fois, elle définit les modalités de prise en charge des accouchements sans complications dits « normaux ». Jusqu'alors, les professionnels de santé ne disposaient d'indications que pour les grossesses à risque. L'accent est mis sur le principe suivant « d'abord, ne pas nuire ». Quel en est l'objectif ? D'aider les professionnels à « ajuster leurs interventions compte-tenu des attentes des femmes dont l'accouchement présente un risque faible ». En clair : réduire au minimum nécessaire les interventions médicales et davantage écouter les femmes.



2. Pourquoi la salle nature ?

Après l'arrivée de la péridurale, beaucoup de patientes se sont retrouvées allongées sur le dos pendant tout le travail, sans liberté de mouvement, reliées au monitoring, tensiomètre, perfusions. Certaines se sont senties alors dépossédées de leurs accouchements, se remettant entièrement au corps médical et n'osant alors pas demander une autre prise en charge. C'est alors que certaines femmes ont émis le désir de se réapproprier ce moment exceptionnel qu'est la naissance. Elles ont voulu redevenir maîtresses de leurs accouchements tout en gardant la sécurité du milieu hospitalier. Le CIANE (Collectif interassociatif autour de la naissance) est agréé pour la représentation des usagers dans le système de santé [2]. En 2012 ils ont commencé à mener une enquête sur internet sur le vécu des accouchements en milieu hospitalier. En 6 mois ils ont obtenu plus de 7000 réponses. Il en est ressorti que les femmes souhaitaient pouvoir plus se mobiliser pendant le travail et l'expulsion, quelles auraient aimé un meilleur accompagnement de la douleur ainsi qu'une meilleure considération pour leurs projets de naissances.

Notre salle nature a été créée en 2007 dans le but de permettre une prise en charge la plus physiologique possible de l'accouchement sans péridurale et des suites de couches immédiates. Cette salle a été aménagée pour permettre un accouchement naturel dans un maximum de confort pour la parturiente, son conjoint et leur bébé [3]. La salle nature contribue au respect de ces demandes. Cela offre aux femmes la possibilité d'un accouchement presque comme à la maison, dans une ambiance douce, tamisée, avec la liberté de mouvement, le moins de médicalisation possible. Cet environnement permet de réduire le stress lié à l'hypermédicalisation.

3. Qui peut bénéficier de la salle nature ?

Dans le cadre d'une grossesse à bas risque (et dans le respect des critères d'exclusion), toute patiente peut faire la demande d'accoucher en salle nature si son souhait est de donner naissance sans péridurale. Elle formule sa demande au cours d'une consultation prénatale et la décision de l'équipe médicale concernant l'éligibilité de la patiente pour accoucher en salle nature est inscrite sur le dossier médical. Lors de cette consultation, la patiente est informée qu'un cathéter obturé lui sera posé en prévention et qu'il y aura une surveillance par monitoring (pouvant se faire par télémétrie et de manière intermittente). Si la patiente a un prélèvement vaginal positif au streptocoque B, elle recevra une antibioprophylaxie. Une délivrance dirigée de 5 unités d'ocytocine sera pratiquée dans le cathéter obturé au moment du dégagement de l'épaule antérieure. Les critères d'accès à la salle nature sont :

- La naissance à terme, entre 37 SA et 41SA
- La mise en travail spontanée
- La présentation céphalique
- La grossesse singleton



- La normalité de l'examen (clinique et paraclinique) lors de l'admission en salle de naissance
- Le fœtus eutrophe
- L'absence de pathologie durant la grossesse
- L'absence d'antécédents notables (pathologie maternelle, utérus cicatriciel...)

4. Préparation à l'accouchement en salle nature

Partant du principe qu'un accouchement est un processus naturel et que toute femme est capable de donner naissance sans intervention extérieure, notre maternité a aménagé une salle d'accouchement avec différents accessoires offrant une multitude de positions et situations, permettant aux femmes d'accoucher comme si elles étaient chez elles ou dans un lieu naturel.

Les techniques d'accouchement qui y sont pratiquées ont comme objectif de favoriser la physiologie de l'accouchement et la mobilité de la parturiente.

Le principe de base de l'accouchement naturel est, pour la parturiente, de laisser agir son corps. Les muscles de l'utérus travaillent alors de façon optimale pour permettre au fœtus de s'engager à son rythme dans le bassin.

Aucune proposition n'est imposée à la femme en termes de position, de respiration ni de poussée. Le point primordial est de laisser libre court à la mobilité des femmes.

L'essentiel est que l'équipe respecte la liberté des couples et non la quantité de matériel disponible dans cette salle de naissance. L'accompagnement et le soutien des sages-femmes est capital. Ci-dessous une photo d'une salle d'accouchement classique (**Figure 1**). Très médicalisée, la vision des appareils de surveillance ne favorise pas la détente de la parturiente.



Figure 1 Salle d'accouchement classique

En comparaison, voici une photo de notre salle nature (**Figure 2**). Elle est épurée afin

de favoriser la détente et la relaxation de la parturiente. Elle est aménagée pour permettre un maximum de confort et de sérénité : matériel médical réduit au minimum et très discret, couleurs et décorations agréables, lumière tamisée, musique douce. Cet aménagement permet de réduire chez la parturiente le stress lié à un environnement hyper médicalisé.



Figure 2 : « Salle Nature » ou salle d'accouchement physiologique

Cet espace physiologique est une pièce située au sein même du bloc obstétrical qui garantit une arrivée discrète des fluides médicaux dans le respect des normes hospitalières. Cet espace comprend (**Figures 2, 3, 4**): une grande baignoire, un grand lit, un tapis de sol, des coussins, différentes sortes de suspensions (liane et cintre), des ballons gonflables, un tabouret d'accouchement, un monitoring déambulatoire. Un chariot de renfort de dispositif médical et accessible à l'extérieur de la salle si nécessaire (contenant du matériel pour perfuser, pour sonder, pour suturer...)



Figure 3 :
Tabouret
d'accouchement



Figure 4 :
Les suspensions

Pour la sécurité de la parturiente et du foetus nous mettons en place une voie veineuse obturée qui permettra la délivrance dirigée. La

surveillance par monitoring fœtal peut se faire de manière discontinue durant la phase de latence puis en continu en fin de travail. La mise en place systématique du sac de recueil de sang permet le diagnostic précoce des hémorragies de la délivrance.

Les femmes accouchent en salle nature sans péridurale, on les encourage à utiliser des techniques telles que l'hypnose, la sophrologie et/ou d'autres types de médecine douce telles que l'acupuncture ou les massages.

Les techniques de gestion de la douleur pendant le travail sont autres que la médicalisation et comprennent :

- Hypnose;
- Massages (avec huiles essentielles);
- Relaxation ;
- Exercices de respiration ;
- Vocalisation ;
- Visualisation (sophrologie) ;
- Concentration ;
- Hydrothérapie ; le travail dans l'eau (le bain chaud entraîne un relâchement musculaire et une détente globale). L'utilisation de l'eau (chaude ou froide selon les souhaits de la patiente) est un élément important et apprécié de la salle nature. Notons bien cependant qu'une baignoire n'est pas indispensable dans un accouchement sans péridurale. Son accès est cependant un moyen de soulager les patientes.
- Le mouvement et la recherche de positions confortables (par exemple, l'utilisation d'un ballon d'accouchement, d'une écharpe pour s'étirer se suspendre, un tabouret...);
- Thérapie utilisant le chaud et le froid (par exemple, utiliser des compresses chaudes...)
- Un soutien personnalisé durant le travail, « coaching ».

Nous privilégions la liberté de mouvement et la liberté posturale pendant le travail

Les documents historiques montrent que la mobilité est quasi universelle pendant le travail. Aujourd'hui avec les progrès technologiques, il est possible de combiner surveillance, sécurité et respect du mouvement physiologique.

La déambulation accélère le travail sans augmenter la fréquence des contractions, ce qui est appréciable pour la mère et enfant.

La verticalité est moyen idéal pour faire descendre le bébé. Elle augmente l'efficacité des contractions et favorise la dilatation spontanée et la sollicitation précoce du périnée (pour un bon réflexe expulsif)

Les positions asymétriques, semblent intéressantes pour favoriser un bon engagement du mobile fœtal

Toutefois ces positions ne sont que des propositions, pour la mère. Il n'est pas question de retomber dans l'autoritarisme qui a fait accoucher toutes les femmes en décubitus dorsal.



La liberté posturale au moment de l'expulsion est favorisée.

Nous pratiquons des accouchements dans différentes positions (**Tableau1**). La femme se positionne librement et nous la soutenons dans ses choix. Nous pouvons lui proposer des positions selon les douleurs ressenties, la position du bébé et devant chaque situation particulière:

- ✓ debout,
- ✓ accroupie avec une liane,
- ✓ sur le tabouret d'accouchement,
- ✓ en décubitus latéral,
- ✓ à quatre pattes,
- ✓ sur le dos en position gynécologique aménagée.

Pour ce faire l'ensemble de l'équipe a été formée à l'accouchement physiologique.

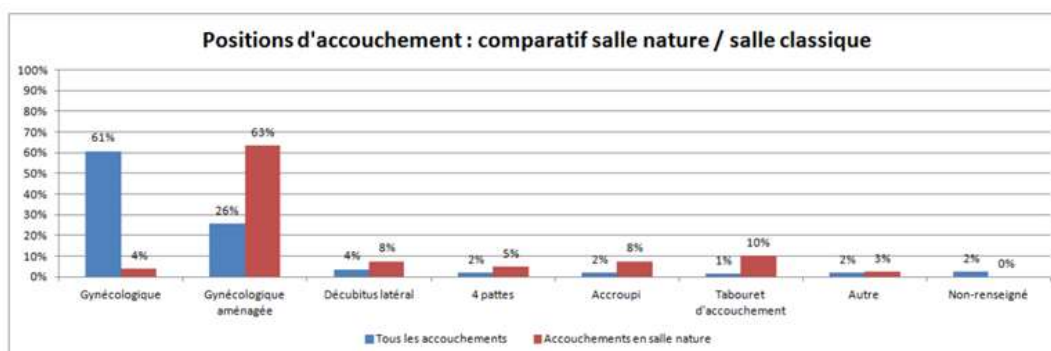


Tableau1 : Comparaison des positions d'accouchement selon l'espace utilisé

5. Les chiffres de la salle nature

En 2017 nous avons effectué 874 accouchements (892 naissances) dont 13,5% de césariennes et 8,7% de voies basses instrumentales. 100 passages de parturientes ont eu lieu en salle nature et 77 accouchements se sont déroulés dans cette salle physiologique, sans péridurale.

	Nombre	% des passages en SN
Utilisation des accessoires	75	57%
Ballon	42	32%
Baignoire de dilatation	56	42%
Suspension liane	8	6%
Suspension rail	9	7%
Tabouret	8	6%

Tableau 2 : Les accessoires utilisés en salle nature en 2017



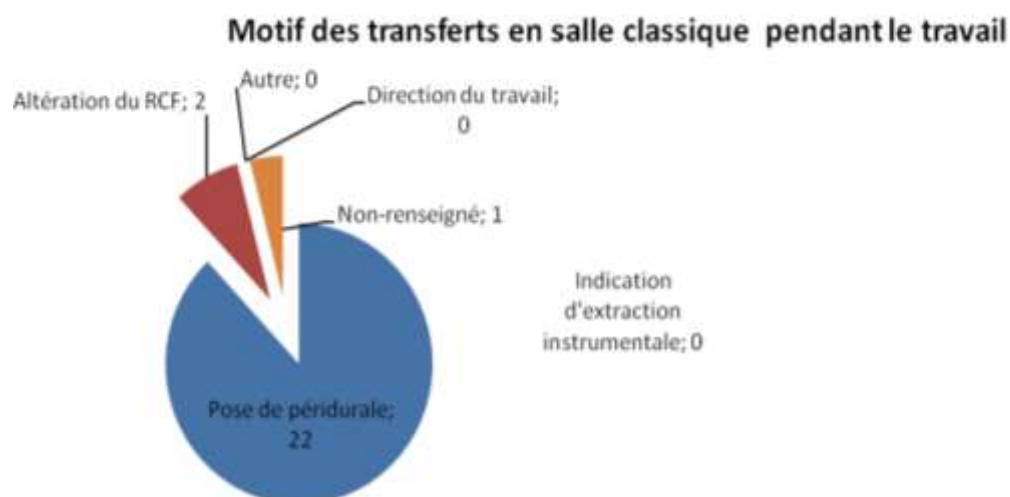


Tableau 3 : Motifs des transferts en salle classique pendant le travail en 2017

La majorité des transferts (**Tableau 3**) de la salle nature se sont faits pour un désir de pose de péridurale.

Complication post-accouchement en SN	Nombre	% des accouchements en SN
Complication survenue	4	5%
		% des complications
Non décollement placentaire avec DA-RCU et pertes < 500mL	0	0%
RCU avec pertes < 500 ml	2	50%
HPP > 500 ml	2	50%
Autre	0	0%
Non-renseigné	0	0%
Total	4	100%

(RCU : révision de la cavité utérine - DA-RCU : Délivrance artificielle révision de la cavité utérine
– HPP : hémorragie du post partum)

Tableau 4 : Les complications survenues en salle nature en 2017

Les 4 complications (**Tableau 4**) survenues en salle nature en 2017 étaient en lien avec la nécessité de faire une RCU (2 cas) ou la survenue d'une HPP (2 cas).

CONCLUSION

En guise de conclusion, laissons les patientes nous raconter leurs accouchements en salle nature. Gardons à l'esprit que ce qui compte dans un accouchement sans médicalisation (péridurale ou autre), dans un espace volontairement dépouillé, est la qualité de l'accompagnement, dans le respect de la liberté de mouvements et des souhaits de la parturiente

Témoignage de Maud pour la naissance de Jade

Alors quelques mots sur mes impressions... Le 27 novembre à 08h30 on m'a installée dans cette très jolie salle nature. L'ambiance y est très apaisante et agréable, elle fait oublier le côté médicalisé de l'accouchement. Elle inspire la détente. Les accessoires sont également adaptés pour vous faire décompresser. La baignoire est très confortable. J'ai pu donc profiter pleinement de tout le matériel à disposition. Je pense que pour un premier accouchement c'est moins stressant d'être dans cet environnement que dans une salle de travail classique à l'aspect froid. La musique, le ballon, l'espace de la pièce... on se croirait presque à la maison, c'est rassurant. Je ne regrette pas mon accouchement naturel qui m'a permis de profiter de tous les avantages de cette salle. C'est un réel plaisir de se sentir bien d'autant plus qu'on est libre de ses mouvements au lieu d'être reliée pendant des heures à un monitoring allongée sur un lit. Je remercie sincèrement Marie, la sage-femme, ainsi que les deux élèves présentes ce jour-là qui m'ont très bien entourée et m'ont dirigée vers cet environnement dès le début. Grâce à leur présence et leurs connaissances j'ai été capable de rester sur mes décisions vis-à-vis de la péridurale et je suis fière d'avoir pu aller jusqu'au bout naturellement. Je conseille vivement aux futures mamans de profiter de tous les avantages de cette salle nature si elles en ont l'occasion. Grâce à toute cette prise en charge j'ai pu mettre au monde un véritable petit trésor qui a pointé son nez à 13 h. Un bijou qui s'appelle Jade, pesait 3200g et mesurait 49 cm. Merci infiniment à tous pour votre soutien et votre expérience. Le prochain bébé, si je le peux, je souhaite qu'il naisse au même endroit.

Témoignage de Ludivine et Pierre pour la naissance de Candice

Par où commencer ? Cet accouchement je l'ai imaginé, préparé pendant ma grossesse mais je ne savais pas si j'allais être capable de me passer d'une péridurale. Aujourd'hui je peux dire merci aux équipes de l'hôpital de Bagnols-Sur-Cèze de m'avoir permis de réaliser mon souhait. Je n'aurais pas pu espérer un accouchement dans de meilleures conditions. La sage-femme présente à mon admission en me permettant de lui broyer la main (avec ma force de moineau...) m'a aidée à débiter le travail sereinement (aussi sereine qu'on puisse l'être !). Puis l'accès en salle nature ! Enfin ! Après 9 mois, enfin en salle nature ! C'est dans cette sublime salle que j'ai pleinement pris conscience des perles de ce service. Mégan a pris la relève de son collègue, ainsi que Céline. Inlassablement, elles ont encouragé l'avancée de l'accouchement. J'ai pu, sans crainte, me mettre comme je le sentais, me laissant toutefois orienter par leurs conseils quant aux postures les plus adéquates. Elles ont été douces, à l'écoute et patientes. Je n'y serais peut-être pas parvenue sans elles. Elles m'ont donné du courage et la force pour me focaliser, pour rester dans ma bulle. Merci, merci, merci ! J'espère ne pas avoir été trop pressante dans mes questions de timing, de temps restant et j'en passe... et des meilleures ! Je dois dire que vous n'avez pas menti (désolée encore pour ça), vous m'avez permis de me poser sur moi, sur ce petit être fabuleux, en accord avec un projet si cher à mon cœur. Je vous en suis très reconnaissante ! Enfin, merci d'avoir soutenu le papa dans cette épreuve. On ne le dit pas assez mais les papas ont autant besoin de votre calme et douceur que les mamans. Je n'oublierai jamais ce si beau moment et bien que je n'en sois pas encore là, il m'est inconcevable de ne pas bénéficier de cette salle nature ainsi que de la bienveillance et du professionnalisme du personnel de la maternité pour l'avenir. Merci pour tout.



REFERENCES

1. Azcue M. (2016). Entre droit des patients et gestion des risques en obstétrique, un espace de négociation des soins standards est-il possible? Regards croisés sur la santé et la maladie: Recherches anthropologiques, recherches cliniques, 159.
2. Mougenez E, Duperray MC, Gémignani V, Joanny K, Le Duc E, Mazella M, Si l'histoire d'une naissance en salle nature m'était contée. Vocation Sage-femme Vol 10, N° 91 pp.19-22 juillet-août 2011.
3. COPEL F. L'espace naissance naturelle en maternité, un environnement propice à l'accompagnement. Vocation Sage-femme. Février 2010, volume 9, n°79, p31-33.
4. CIANE. Respect des souhaits et vécu de l'accouchement.
<http://ciane.net/blog/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>.
5. Thevenet S. L'accouchement en pôle physiologique, une alternative à la médicalisation de la naissance. Vocation sage-femme. 2007, n°51, pp 11-17.
6. Pélegry C. Évaluation de la salle nature de Port-Royal deux ans après son ouverture : le point de vue des sages-femmes hospitalières. Gynécologie et obstétrique. 2017
7. Colin Z. Retour sur huit mois de salle nature à la maternité Port-Royal. Gynécologie et obstétrique. 2015



Cas Clinique

Accès d'euphorie au réveil d'une sédation avec le propofol.

D Doumbia¹, J Koné², M K Touré³, R B Niangado¹, M Coulibaly³, B Diallo¹, H Dicko¹, E Traoré², D M Djibo⁴, A Diallo².

¹Département d'Anesthésie Réanimation – Urgences. CHU du Point G – Bamako.

²Service d'Anesthésie Réanimation – CSREF COMMUNE 5- Bamako.

³Département d'Anesthésie Réanimation– Urgences. CHU «le Luxembourg» - Bamako.

⁴Département d'Anesthésie Réanimation – Urgences. CHU Gabriel TOURE – Bamako.

Auteur correspondant : Docteur Joseph Koné- drjosephkone@yahoo.fr

Résumé :

L'objectif de cette revue était de rapporter les effets hallucinatoires survenus chez un sujet de 30 ans, au réveil d'une sédation au propofol pour endoscopie digestive. Le propofol est un hypnotique intraveineux d'utilisation courante lors des anesthésies pour gestes de courte durée comme les procédures diagnostiques en radiologie et en endoscopie. Le réveil post-anesthésie est qualifié « de très bonne qualité », cependant des effets hallucinatoires et psychodysléptiques ont fait l'objet de quelques écrits dans la littérature.

Nous rapportons un cas d'accès d'euphorie post-anesthésique après sédation au propofol pour une endoscopie digestive.

Mots clés : Euphorie, propofol, effets psychodysléptiques.

Propofol related euphoric reaction in a male patient: case report

Summary:

Authors aimed to report a clinical case of euphoria following propofol sedation for fibroscopy, occurred in a 30 years old male patient.

Propofol is an intravenous hypnotic with a widespread use for short anesthesia during radiological or endoscopic explorations. Its noted benefit is a rapid and safe wake-up, however some hallucinations and psychodysleptic effects have been reported in clinical practice. In this report, we share our experience of such propofol related effects.

Key words : Euphoria, propofol, psycho dysleptic effects.

1. INTRODUCTION

La sédation pour explorations digestives nécessite l'utilisation de drogues aux



propriétés anesthésiques d'élimination rapide, avec un court délai d'endormissement, une protection des fonctions vitales (cardiovasculaires, respiratoires, cérébrales), un réveil rapide sans nausées et vomissements post-interventionnels [1]. Le propofol (2,6-di-isopropyl phénol) est actuellement l'un des produits anesthésiques les plus utilisés dans ce contexte de procédure ambulatoire ; assurant une anesthésie rapide, profonde, avec un réveil précoce de bonne qualité [2-5]. Il est le plus récent des agents hypnotiques intraveineux (commercialisé en 1986) et représente la drogue de choix dans cette indication [6-7].

Il a fait l'objet de nombreuses études cliniques et pharmacologiques, en comparaison avec d'autres protocoles anesthésiques en termes de délai de réveil et d'extubation [2, 8-9]. Outre ses propriétés anesthésiques, quelques effets indésirables ont été rapportés de types métabolique, cardiorespiratoire, neurologique ou neuropsychique [10]. Des propriétés hallucinatoires notamment à caractère sexuel ont été décrites, autant que des rêves « heureux », un état d'euphorie ou d'agitations au réveil [11, 12].

Marsch et al. à la suite d'une étude comparative (propofol versus thiopental/enflurane) concluaient que 43% des patients rapportaient des rêves pendant le sommeil anesthésique [13]. Les manifestations hallucinatoires sont nombreuses dans la littérature, cependant nous n'avons pas retrouvé de description de manifestation comme une explosion de fou rire inexpliqué.

Nous rapportons un cas d'euphorie au réveil d'une sédation réalisée avec du propofol pour une exploration digestive.

2. OBSERVATION

Il s'agissait d'un patient âgé de 30 ans admis en salle d'explorations pour fibroscopie œsogastroduodénale et recto-colique avec prélèvements pour examen anatomopathologique. L'interrogatoire retrouvait un épisode d'anxiété survenu il y a 45 jours dans un contexte de douleurs abdominales et de diarrhée, traités par prise orale d'oméprazole (40 mg par 24 heures), de diosmectite « silicate de magnésium et d'aluminium » (un sachet chaque 12 heures pendant 8 jours) et d'hydroxyzine à visée anxiolytique (12,5 mg per os par jour au coucher). L'évaluation pré-anesthésique retrouvait un patient classé ASA I avec un indice de masse corporelle de 19,8 kg/m² chez qui l'examen physique était sans autre particularité.

Une sédation a été réalisée avec un bolus de 120 mg de propofol (à la concentration de 10 mg/ml) en administration intraveineuse lente, avec l'objectif d'un score de Ramsey supérieur à 5 pendant la fibroscopie. L'entretien a été assuré par une perfusion continue de propofol à raison de 5mg/kg/heure démarrée 4 minutes après le bolus initial, et une mise sous oxygène par lunettes nasales à un débit de 3 litres par minute. La durée totale l'examen endoscopique était de 16 minutes. Aucun événement indésirable (réveil per-interventionnel, désaturation en oxygène, trouble du rythme) n'a été observé. Le réveil immédiat (ouverture des yeux à l'appel) est survenu à la 19^{ème} minute de l'injection initiale, avec constatation à la 25^{ème} minute d'un état joyeux, suivi immédiatement d'un éclat inexpliqué de fou rire

incontrôlable. Le patient a été admis en salle de surveillance post-interventionnelle, où l'on notait un examen physique sans particularité. La durée entre le réveil (l'ouverture des yeux à l'appel) et la fin de l'état d'euphorie était d'environ 30 minutes, avec une bonne orientation temporo-spatiale, une exécution bien coordonnée des ordres et des réponses verbales cohérentes. L'interrogatoire ne révélait ni rêves, ni souvenir de la réaction post-anesthésique. L'examen clinique ne trouvait aucune anomalie à la sortie du patient à domicile.

3. DISCUSSION

La survenue d'effets indésirables est un événement mal vécu autant par le personnel anesthésique que par l'entourage des patients. Des manifestations psychodysleptiques ont souvent été décrites après administration des hypnotiques (injectables ou inhalatoires) [14]. Des troubles cognitifs et états d'agitations sont fréquemment rencontrés chez le sujet âgé et les patients à profil psychotique altéré ou sous traitements psychotropes [15]. Les événements les plus remarquables dans cet ordre ont été enregistrés avec la kétamine et les benzodiazépines [16]. Dans la littérature l'on retrouve des états de délire, de remémoration d'expérience douloureuse, désagréable ou à l'opposé une sensation de bien-être. Ainsi Martinez Villar et al rapportaient que plusieurs patients évoquaient avoir eu un rêve joyeux pendant leur sommeil anesthésique sous propofol. Un état de bien être particulier au réveil était retrouvé chez plusieurs patients ayant eu une sédation avec cet hypnotique [11, 14, 17]. Les hallucinations décrites sont dans la plupart des cas, de nature agréable avec une prédominance de connotation sexuelle. Dans de nombreuses études en anesthésie, ces manifestations sont souvent associées à une attitude désinhibée avec des expressions verbales d'aspects intimes [12].

Marsch et al. ont trouvé que 43 % des patients sous propofol disaient avoir eu un rêve pendant le sommeil anesthésique ; dont 83,62% étaient jugés « agréables » et « très agréables ». Les auteurs concluaient ainsi que l'anesthésie par le propofol pourrait être un facteur favorisant ou inducteur dans la survenue de rêves à prédominance agréable [13]. La connaissance des effets de plaisir après administration de cette drogue a été à l'origine d'utilisations abusives avec quelques issues fatales [18, 19, 20].

Le propofol interagit au niveau du site GABA (acide gamma aminobutyrique) en réalisant une action inhibitrice des neurones à GABA procurant une anesthésie douce et profonde, un réveil de qualité, avec maintien de l'autorégulation cérébrale et de la réactivité au CO₂.

Les états d'excitation après sédation chez des sujets préalablement stressés du fait de la maladie, seraient dus à un soulagement lié à la révélation d'un diagnostic rassurant. Les propriétés désinhibitrices par action directe sur le GABA et les récepteurs dopaminergiques pourraient être un support d'expression exagérée de joie intense accompagnant l'espoir de guérison ou de soulagement. Notre patient avait déjà une notion de stress sous traitement anxiolytique.



Dans la littérature, la plupart des réactions post-anesthésiques imputées au propofol ont une thématique agréable. Cependant, Nelson et al. ont rapporté un cas d'agitation au réveil d'une anesthésie dont l'induction a été réalisée au propofol. Leur patient paraissait affolé, terrifié, le regard figé avec des cris durant une dizaine de minutes avant d'être relaxé [21]. L'amnésie antérograde était aussi notée chez notre patient en ce qui concerne l'épisode euphorique ; ceci est conforme aux propriétés amnésiques classiques du propofol.

Outre les réactions allergiques, l'utilisation du propofol nécessite la prise en compte des réactions rapportées dans la littérature telles que le syndrome d'embolie graisseuse ou le syndrome de perfusion de propofol; même si ces effets indésirables sont plutôt décrits comme consécutifs à une perfusion prolongée chez des sujets à risques [22-24].

Les effets propres aux drogues et procédures pourraient faire l'objet de revue de praticiens dans le cadre d'une démarche qualité et sécurité en anesthésie. Vu la fréquence d'utilisation du propofol dans les explorations (sur site ou hors site par des anesthésistes ou non-anesthésistes), une étude analytique est souhaitable pour identifier les facteurs cliniques prédictifs des événements indésirables au réveil.

4. CONCLUSION

Le propofol est un hypnotique intraveineux d'utilisation courante et sécurisée en anesthésie hors site pour diverses procédures diagnostiques. Cependant l'éventualité de survenue d'événements indésirables potentiellement graves devrait être connue et prise en compte, suggérant ainsi la nécessité d'une attention particulière des praticiens qui utilisent ce produit d'anesthésie.

REFERENCES

1. Amornyotin S. Sedation-related complications in gastrointestinal endoscopy. *World J Gastrointest Endosc.* 2013 ; 5(11): 527–533.
2. Grati L, Louzi M, Nasr KB, Zili N, Mansalli L, Mechri A, Gahbiche M. Effets comparés de l'étomidate et du propofol pour l'anesthésie lors de l'électroconvulsivothérapie. *Presse Med.* 2005 ; 34(4) : 282-284.
3. Sevin F. Anesthésie pour endoscopie digestive. *EMC- Anesthésie Réanimation.* 2014 ; 11(2) :1-7 [Article 36-559-A-10].
4. Dumas R. Endoscopie digestive : quelle sédation ? *Gastroentérologie et biologie.* 2000 ; 24(3) :269-272.
5. Yalçın G, Öztaş N, Kip G. Evaluation of clinical effectiveness of three different sedation protocols (intravenous propofol vs. ketamine vs. ketofol) in anxious children. *Anaesth Pain & Intensive Care.* 2018;22(1):16-25.
6. Edouard B, Ricordel I. Nouveautés en anesthésiologie : Propofol et Alfentanil. *Lyon pharmaceutique.* 1987 ; 38 (4) :177-178.

7. Lonardo NW, Mone MC, Nirula R, Kimball EJ, Ludwig K, Zhou X, et al. Propofol is associated with favorable outcomes compared with benzodiazepines in ventilated intensive care unit patients. *Crit Care Med*. 2014; 189 (11):1383-1394.
8. Krimi H, Ben Khalifa S. Comparaison de la dexmédétomidine au propofol chez les enfants proposés pour IRM sous sédation. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2014 ; 33(2) : A259-A260.
9. Pershad J, Wan J, Angheliescu DL. Comparison of Propofol With Pentobarbital/Midazolam/Fentanyl Sedation for Magnetic Resonance Imaging of the Brain in Children. *Pediatrics* 2007; 120(3):e629-636.
10. Rubin JT, Towbin RB, Bartko M, Baskin KM, Cahill AM, Kaye RD. Oral and intravenous caffeine for treatment of children with post-sedation paradoxical hyperactivity. *Pediatr Radiol*. 2004; 34(12):980–984.
11. Martinez Villar ML, d'Este Gonzalez JP, Aren Frontera JJ. Erotic hallucinations associated with the use of propofol. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*. 2000;47(2):90-92.
12. Marchaisseau V, Molia A, Herlem E, Germain ML, Trenque T. Hallucinations et rêves sous propofol *Thérapie* 2008 Mars-Avril; 63 (2): 141–144.
13. Marsch SC, Schaefer HG, Tschan C, Meier B. Dreaming and anaesthesia: total i.v. anaesthesia with propofol Versus balanced volatile anaesthesia with enflurane. *Eur J Anaesthesiol* 1992; 9(4): 331-333.
14. Brandner B, Blagrove M, McCallum G, Bromley LM. Dreams, images and emotions associated with propofol anaesthesia. *Anaesthesia*, 1997, 52(8):750-755.
15. Pottecher T, Coron T, Diebolt JR. Agitation postopératoire. pp 275-288 In : *Conférences d'Actualisation, Congrès National d'Anesthésie et Réanimation*, Ed. Paris : Masson ; 1994.
16. White PF, Way WL, Trevor AJ. Ketamine: Its pharmacology and therapeutic uses. *Anesthesiology*. 1982 ; 56(2):119-136.
17. Brechmann T, Maier C, Kaisler M, Vollert J, Schmiegell W, Pak S, et al. Propofol sedation during gastrointestinal endoscopy arouses euphoria in a large subset of patients. *United European Gastroenterology Journal* [Internet]. SAGE Publications; 2017;6(4):536–546.
18. Mégarbane B. La fin tragique du roi de la pop : l'exemple exceptionnel d'une pharmacodépendance au propofol. *Réanimation*. 2010; 19 (6): 463-606.
19. Roussin A, Mirepoix M, Lassabe G, Dumestre-Toulet V, Gardette V, Montastruc JL et al. Death related to a recreational abuse of propofol at therapeutic dose range. *Br J Anaesth*. 2006; 97(2):268.



20. Beaujouan L, Czernichow S, Pourriat JL, Bonnet F. Prevalence and risk factors for substance abuse and dependence among anaesthetists: a national survey. *Ann Fr Anesth Reanim* 2005;24(5):471-479.
21. Nelson V. Hallucinations after propofol. *Anaesthesia* 1988; 43(2):170-171.
22. Fontaine M, Dubost J, Bienvenu F, Ferrenq Dubost R, Proton G, Piriou V. Bronchospasme sévère au Diprivan® chez un enfant allergique à l'arachide et au pollen de bouleau. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2011; 30(2): 147–149.
23. Mimoz O, Incagnoli P, Edouard A, Samii K. Le syndrome d'embolie graisseuse. *Conférences d'actualisation*; Paris: Elsevier; 1997.
24. Schroepel TJ, Fabian TC, Clement LP, Fischer PE, Magnotti LJ, Sharpe JP, et al. Propofol infusion syndrome: A lethal condition in critically injured patients eliminated by a simple screening protocol. *Injury, Int. J. Care Injured*. 2014; 45(1) :245–249.



Contacts

Pour tout contact avec la revue adresser votre courriel à l'adresse mail suivante :

lalettremedicaleducongo@gmail.com

Les membres du comité de rédaction peuvent être contactés de façon individuelle aux adresses suivantes :

✉ **Rédacteurs en chef :**

Pôle chirurgical : Dr Jean Patrice Binuani
Pôle médical : Dr Patrice Serge Ganga-Zandzou

JPBinuani@chu-angers.fr
psgangazandzou@hotmail.com

✉ **Responsable de la publication :**

Dr Richard Bibi.

cesarhyve@yahoo.fr

✉ **Responsable de la communication**

Dr Florian Diakabana.

flodiak@hotmail.fr

