

## CHAP II. IMPACT DU BILAN PRE-OPERATOIRE SUR LA CESARIENNE

Le "champ" d'action de l'anesthésie est très large prenant en compte, la chirurgie, l'obstétrique, l'endoscopie et les explorations radiologiques.

L'anesthésie est réalisée sur tous les "terrains" depuis le prématuré jusqu'au vieillard et sur plusieurs pathologies, d'où l'intérêt d'une consultation pré anesthésique.

La consultation d'anesthésie est réalisée par un médecin anesthésiste réanimateur plusieurs jours avant intervention chirurgicale programmée.

Si le but de la consultation chirurgicale ou obstétricale est d'obtenir la suppression d'une pathologie donnée, celui de la consultation d'anesthésie ou paraclinique reste plus confus tant dans l'esprit des patients que dans celui des autres praticiens. Ceci d'autant plus que l'anesthésie n'est pas un but en soi, mais n'est qu'une action réversible destinée à rendre possible un acte médical ou chirurgical (césarienne).

Cette consultation a essentiellement pour but d'améliorer la sécurité anesthésique, puisqu'elle permet d'une part l'évaluation du malade et, donc, le choix de la technique anesthésique ainsi que des thérapeutiques les plus adaptées, et d'autre part l'information du malade.

L'intérêt de cette consultation a été évoqué il y a de nombreuses années dans différents pays (Grande Bretagne, États-Unis, Canada), mais la France est l'un des seuls à l'avoir rendue obligatoire.

Dans les années quatre-vingt-dix s'est développée, dans les pays anglo-saxons, la notion d'une évaluation préopératoire, centralisée et organisée, par des médecins anesthésistes. Cette évaluation a pour objectif d'améliorer la prise en charge du malade et la qualité du service rendu, avec une diminution significative du nombre d'interventions annulées ou reportées ainsi que de la quantité des explorations préopératoires.

Enfin, ce n'est que récemment en Mars 2002 que la Société Américaine d'Anesthésie (ASA) a publié des recommandations sur l'évaluation préopératoire où sont définis les buts, le contenu et l'organisation de la consultation d'anesthésie.

L'anesthésie est une des procédures médicales les plus sûres car des efforts considérables ont été mis en œuvre pour réduire la morbidité et la mortalité et la stratégie des soins est particulièrement orientée vers la garantie de la sécurité des patients et des patientes.

Les complications graves de l'anesthésie sont extrêmement rares, mais elles sont mal perçues et mal acceptées. De plus le risque anesthésique est souvent confondu avec

le risque opératoire qui lui est bien supérieur, par l'opinion publique, mais aussi par les professionnels de santé. Ceci tient au fait que l'anesthésie, plus que tout autre acte médical, est un événement subi dont le patient n'attend aucun bénéfice direct si ce n'est de permettre la réalisation d'un geste diagnostique ou thérapeutique.

On distingue 3 types de risques opératoires : le risque opératoire lié à l'état du patient, le risque lié à la chirurgie et le risque lié à l'anesthésie.

La diminution du risque fait ici clairement appel à une évaluation préopératoire satisfaisante permettant de compléter le bilan, de préparer le patient et, éventuellement, de contre-indiquer certains patients.

On désigne par accident d'anesthésie une complication directement due à l'acte anesthésique et non imputable à une pathologie préexistante. Ces accidents surviennent pendant ou peu de temps après l'anesthésie et sont principalement dus à deux types d'étiologie : défaillance respiratoire et allergie.

Le dépistage de l'intubation difficile et l'évaluation du statut allergique sont donc deux éléments fondamentaux de la consultation d'anesthésie.

Vu l'importance de la consultation d'anesthésie dans la recherche et la prévention des risques opératoires, il est impératif que cette consultation se fasse dans les conditions les meilleures pour la sécurité des patients.

Une évaluation des pratiques quotidiennes est utile pour apporter des améliorations à la prise en charge notamment en matière de sécurité des patients qui doivent être opérés.

Entre le premier rendez-vous et le dernier relatifs à une césarienne comme à une opération chirurgicale, le patient a toujours besoin d'être rassuré. Cette assurance a pour but de montrer au patient et aux membres de sa famille que l'équipe médicale prendra les mesures idoines pour la réussite de l'opération. Il s'agira également de la présentation des intervenants et du rôle de chacun. Ceci fixe les contours de l'opération. Ces éléments sont inclus dans les phases pré et postopératoires.

Quant aux bilans pré et postopératoires, ils sont nécessaires et indispensables, quelle que soit l'opération envisagée. Le rôle de ces bilans est double. Ils permettent de déceler les éléments qui peuvent compliquer l'opération. Ensuite, ils préviennent ceux qui peuvent entraîner une rechute du patient dans sa globalité. Voici toute l'importance des bilans pré et postopératoires.

Quel est le rôle des bilans préopératoires et postopératoires dans les opérations chirurgicales ?

L'objectif des opérations chirurgicales étant de guérir une complication pouvant être fatale à la personne, d'extraire une structure ou d'atteindre un organe à traiter, il faut éviter la survenue d'une action contraire. De ce fait, le passage au bilan préopératoire est important. Il est requis pour déceler les risques d'aggravation de la maladie ou des complications lors de l'opération.

Sans ce bilan, l'utilisation de certains médicaments et anesthésiants pourra causer d'avantages de problèmes. Une fois l'opération chirurgicale achevée, le bilan postopératoire est celui qui permet de faire un dernier contrôle, de donner les prescriptions pour enfin fixer la date de la sortie.

En quoi le bilan préopératoire peut-il affecter les opérations médicales ?

On parle de bilan préopératoire pour l'ensemble des soins qui se font avant l'intervention chirurgicale jusqu'à l'entrée du patient dans le bloc opératoire. Toute opération médicale pour ne pas provoquer davantage de complications doit être soumise à une vigilance particulière sous toutes ses formes. Et le bilan préopératoire fait partie des moyens pour s'assurer de tous ces détails.

Il permet entre autres de :

- Veiller à préparer physiquement et psychiquement le patient à l'intervention. Dans ce cadre, le chirurgien ou particulièrement l'obstétricien l'éclaire par rapport à sa situation tout en le réconfortant.
- S'enquérir de toutes les données physiques et biologiques concernant le patient. L'objectif étant pour le chirurgien ou l'obstétricien d'opérer dans les conditions les meilleures en matière d'efficacité et de sécurité. Mais, ces examens doivent nécessiter un certain consentement de la part du patient ou de la patiente ou de son tuteur. Il peut également vous être demandé de faire un examen sanguin.
- Présenter le processus par lequel le patient doit être soumis durant la phase de l'opération. Cela afin d'aider les médecins dans leur travail.

Dans certains cas l'examen clinique découvre un malade non stabilisé ou dont l'exploration est insuffisante pour permettre d'évaluer le risque opératoire et de décider de la technique anesthésique. S'il est actuellement admis que les examens systématiques chez des malades asymptomatiques n'apportent aucun élément utile à la prise en charge, il est nécessaire, dans

certains cas, de recourir à des examens complémentaires ou à des avis spécialisés, et la décision en est prise lors de la consultation d'anesthésie.

Quel est le rôle du bilan postopératoire une fois la césarienne réalisée ?

Elle commence à la sortie du bloc opératoire jusqu'à la salle de réveil. Le médecin durant cette phase apporte une solution pour la dissipation ou la disparition de l'anesthésie. Le patient est assisté jusqu'au retour normal des réflexes. Des vérifications sont effectuées notamment sur les fonctions respiratoires, cardiaques, etc. Le pansement, la douleur et la plaie sont également pris en charge.

Ils font des contrôles périodiques pour éviter toute forme de crise. C'est cette phase qu'on appelle phase de surveillance ou de suivi postopératoire dans le dossier médical. En fonction de la chirurgie subie, un suivi et un contrôle spécifiques sont effectués. Si tout se passe bien avec le patient, le chirurgien jugera possible de sa sortie de l'hôpital.

La découverte d'une créatininémie élevée ou d'une clairance de la créatinine diminuée ( $< 50$  mL/min) lors du bilan préopératoire doit conduire, dans un premier temps, à rechercher une cause à cette insuffisance rénale, infectieuse (examen cyto bactériologique des urines), obstructive (échographie rénale), inflammatoire (protéinurie, électrophorèse des protéines sanguines et urinaires) ou vasculaire (Doppler des artères rénales), puis à une consultation de néphrologie afin d'envisager le retentissement de l'anesthésie et de la chirurgie sur la fonction rénale et la prise en charge ultérieure.

L'évaluation préopératoire de la fonction hépatique est souvent réalisée dans le contexte d'un alcoolisme chronique. Il s'agit là, essentiellement, de rechercher des signes de cirrhose (ascite, ictère...) où le risque opératoire est majoré, ainsi que des désordres hydro-électrolytiques (magnésium, phosphore) à corriger. L'évaluation de l'hémostase est, dans ce cas, également indiquée (taux de prothrombine, temps de céphaline activé, numération de plaquettes).

En ce qui concerne l'état nutritionnel de certains malades, l'évaluation d'une dénutrition peut aider à envisager l'évolution postopératoire ou l'éventuelle nécessité d'une nutrition artificielle préopératoire. [31]

**Ilème partie :**

# **APPROCHE PRATIQUE**

## **CHAP I. PRESENTATION DU CADRE D'ETUDE**

### **I.1. Situation géographique des cliniques universitaires de Lubumbashi**

Les Cliniques Universitaires de Lubumbashi se situent au croisement des avenues Kasai et Ndjamena, au Sud-est de l'école de Santé Publique, du lycée Tuendele. L'avenue Kambove et l'Institut Imara l'encerclent au Nord-ouest.

### **I.2. Historique de l'hôpital**

Les cliniques universitaires de Lubumbashi ex reine Elisabeth ou hôpital des blancs ont été construites en 1928. Cette institution hospitalière appartenait à une congrégation religieuse catholique des sœurs de la Charité de grand, elles ont été construites à l'époque pour les soins des blancs et des évoluées jusqu'en 1975, elles ont été confiée à l'UNAZA (l'actuel UNILU), on les appela dès lors « Cliniques Maman Mobutu » jusqu'en 1990 où elles furent appelées « Cliniques Universitaires de Lubumbashi ».

Dès lors, l'accès était accordé à toutes catégories des personnes et les objectifs devenaient de plus en plus axés sur les recherches et la formation des étudiants en médecine.

### **I.3. Organisation des services**

Les cliniques universitaires constituent jusqu'à ces jours un centre important de formation médicale et de recherche de haut niveau, dirigées par un médecin directeur et son adjoint.

Sa capacité d'accueil est de 234 lits et comprend les services suivants : médecine interne, pédiatrie, chirurgie, gynécologie-obstétrique, et les spécialités comme dermatologie, ophtalmologie et stomatologie, et enfin la santé publique et la médecine communautaire. Les cliniques universitaires comprennent 4 départements :

- la médecine interne ;
- la pédiatrie ;
- la gynéco obstétrique ;
- la chirurgie.

Il y a en plus de cela, un dispensaire central, un laboratoire pour la para clinique, un service d'anatomie pathologique et de cytologie, une pharmacie, une morgue, un service d'entretien et maintenance qui viennent en appui ; vu la Vistule des infrastructures au sein de l'établissement, on note que les bâtiments sont subdivisés en pavillons du deuxième au huitième.

## **CHAP. II. METHODOLOGIE**

**2.1.Type d'étude :** Il s'agit d'une étude descriptive transversale.

**2.2.Période d'étude :** Notre étude s'est déroulée du 1er Janvier au 31 Décembre 2019 soit 12 mois dans le service de gynéco-obstétrique des cliniques universitaires à Lubumbashi, dans la province du Haut-Katanga de la RD Congo.

**2.3.Population d'étude :** L'étude a porté sur l'ensemble des accouchements de la maternité des cliniques universitaires de Lubumbashi durant la période d'étude

**2.4.Echantillonnage :**

2.4.1 Critères d'inclusion : Toute femme admise et césarisée dans le service durant la période;

2.4.2 Critères d'exclusion : Femmes césarisées dans d'autres centres admises pour des complications post opératoires ;

2.4.3 Taille de l'échantillon : 184 cas des femmes césarisées.

2. 4.4 Technique de l'échantillonnage : Il a été exhaustif portant sur toutes les femmes césarisées dans le service.

**2.5.Déroulement de l'enquête**

L'enquête s'est déroulée du 1er Janvier au 31 Décembre 2019 ; les données étaient collectées au fur et à mesure par lecture des dossiers des malades.

**2.6.Collecte des données :**

2.6.1 Supports : Les données ont été collectées à partir des grilles de collecte des données d'enquête, des dossiers de suivi des patientes, dossiers d'accouchements, les partogrammes, le registre d'accouchement, le carnet de CPN, le compte rendu opératoire, le registre de transfusion, registre de compte rendu de laboratoire.

**2.7.Variables étudiées :**

Age, Résidence, Formule obstétricale, Age gestationnel, Groupe sanguin/Rhésus, Hémoglobine, Hématocrite, Temps de saignement, Glycémie, Urée, Créatininémie, Examen général (poids, température, pression artérielle), Indication de césarienne, Complications liées à la césarienne et Transfusion (OUI ou NON).

**3. Analyse et traitement des données :**

Les données ont été saisies avec le Microsoft Excel 2013 et analysées avec le logiciel EPIINFO 7.2.