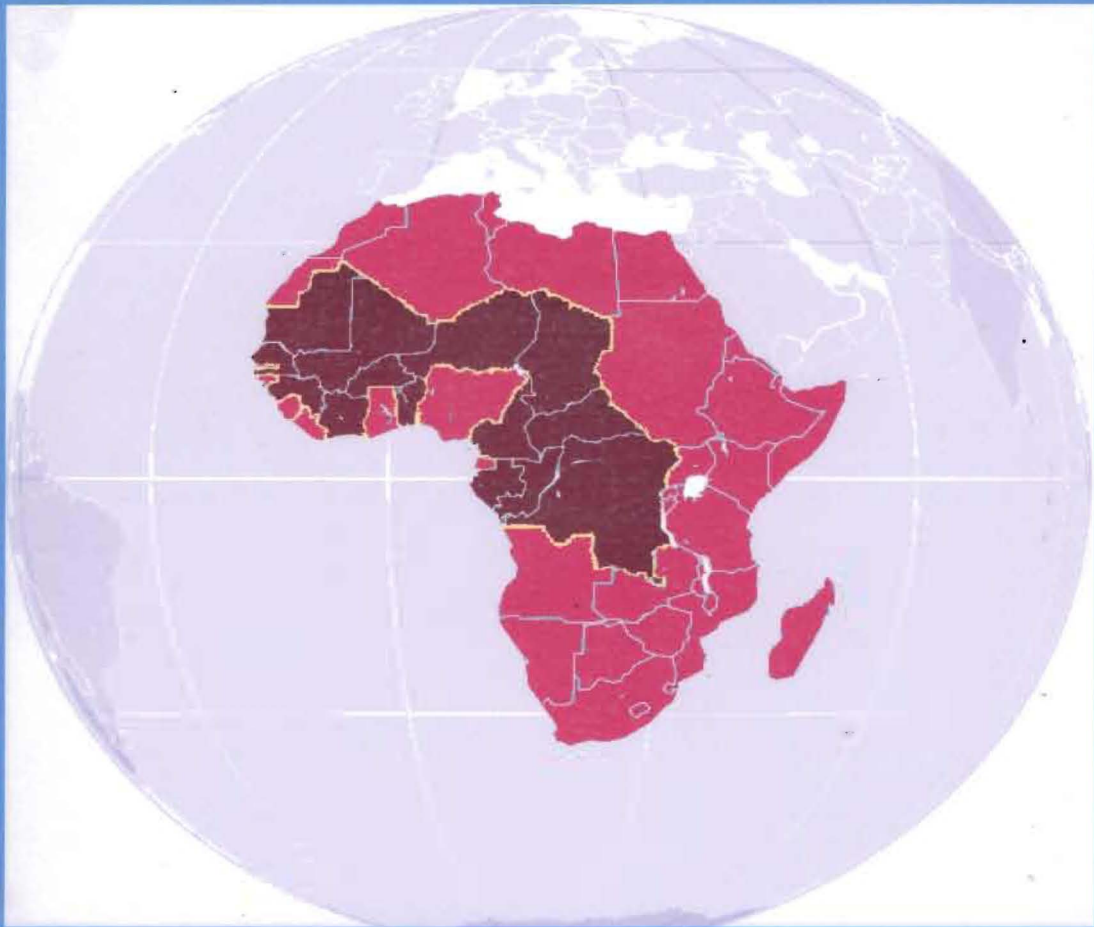


REVUE AFRICAINE D'ANESTHESIOLOGIE ET DE MEDECINE D'URGENCE

RAMUR

Publiée par la
SOCIETE D'ANESTHESIE ET DE REANIMATION
D'AFRIQUE NOIRE FRANCOPHONE

ISSN 2311-6056



ANNEE 2014 TOME 19 NUMERO 3

Dr. OGOULANI

Directeur de publication
ELISABETH DIOUF

Rédacteur en Chef
BROUH YAPO

**REVUE AFRICAINE D'ANESTHESIOLOGIE
ET D'EMERGENCES
RAMUR**

Publiée par la
**Société d'anesthésie et de Réanimation
D'Afrique Noire Francophone(SARANF)**

Rédacteur en Chef
Brouh Yapo

Directeur de Publication
Elisabeth DIOUF

Comité de rédaction
*Brouh Yapo, Elisabeth Diouf, Binlin-Dadié Renée
Kane Mbaye, Tetchi Yavo Denis*

Comité de lecture 2013

Aguémon A(Bénin), Chobli M (Benin), Ouédraogo N(Burkina F), Sanou J (Burkina F), Yapobi Y (Côte D'ivoire), Amonkou A(Côte D'ivoire), Zé-Mikandé (Cameroun), Tchoua R(Gabon), Diallo A (Mali), Diouf E(Sénégal), Brouh Y(Côte D'ivoire), Coulibaly Y(Mali), Kodo M(Côte d'Ivoire), Ben Ammar M S (Tunisie), Kouamé KE (Côte d'Ivoire), Kane O(Sénégal), Kra Ouphouet(Côte d'Ivoire), Djibo Diango(Mali), N'dri Kouadio(Côte d'Ivoire), Zoumenou Eugène (Bénin), Boua Narcisse(Côte d'Ivoire)

Diffusion-Publication: RAMUR

22 BP 1771 Abidjan 22 - E-mail: ramur@yahoo.fr, brouhyapo@yahoo.fr
Tel : (+225) 22 48 12 50, 22 48 12 49, 05 73 37 73

Secrétariat de la rédaction

Marie Laure Affro Tél: (+225) 22 48 12 50.
E-mail: affrolauren@yahoo.fr

Impression

St Paul technologies. ekrapascalmarius@hotmail.fr. (225) 58 42 58 57

SOMMAIRE

Editorial	Pages	
Les contraintes de la gestion des urgences médico-chirurgicales en Afrique Ouédraogo Nazinigouba	1-2	
Articles originaux		
La prévention de l'ulcère de stress chez les malades graves, Quelle pratique en réanimation au CHU de Yopougon?	3-9	6
Ayé YD, Soro L, Kouassi KJ, Ayé-Yayo M, Bouh J, Babo C, Amonkou AA		
Intérêts et Limites de l'utilisation des Indices de gravité Généralistes en Réanimation des Pays à ressources limitées.	10-16	2
Itéké FR, Ahuka O L, Mugisho G, Iragi M D, Brouh Y		
Activité anesthésique au bloc opératoire du CHU de Yopougon (Abidjan) au cours du conflit armé post-électoral en Côte d'Ivoire	17-22	6
Konan K. Jean, Bouh KJ, Ayé YD, Yéo TLP, Danho KJ, Soro L, Amonkou A.A		2
Les urgences ophtalmologiques en milieu hospitalier au Borgou	23-26	
Odoulami Yehouessi L, Assavedo A, Nkok H, Tchabi S, Doutetien C		
Étude comparative de deux modes de survenu de troubles ioniques dans un service de réanimation: à l'admission versus acquis en hospitalisation	27-32	7
N'Guessan Y.F, Abo G.S, coulibly K.T, Abhe C.M, Ouattara A, Netro D, Mobio MP, Brouh Y, Tetchi Y.		
Difficulté de prise en charge des accidents de décompression au Bénin: à propos d'un cas et revue de la littérature.	33-37	1
Hode Luphin, Gnonlonfoun Dignon Dieudonné, Soton Fernand Vodoungnon Charlemagne, Avode Dossou		6
Adhésion des parturientes à l'analgésie obstétricale en Côte d'Ivoire	38-41	
Babo CJ., Yéo T L P, Bouh KJ, Soro L, Amonkou A., Yapobi Y., Mignonsin D.		1
Profil épidémiologique des patients admis au service de réanimation de l'Hôpital National Niamey- Niger	42-46	
Chaibou MS, Daddy H, Adehossi E, Gagara M, Bako Maiga A F., Foumakoye Gado A, Sani R, Sanoussi S		
Anesthésie en dehors du bloc opératoire pour tomodynamométrie chez l'enfant au CHU de Cocody (RCI)	47-51	5
Pete Y, Koffi N, Ouattara A, Abhé CM, Boua N, Brouh Y		
Audit clinique des pratiques d'antibioprophylaxie chirurgicale dans les trois hôpitaux universitaires de Dakar (CHU FANN, CHU le Dantec, CHU HOGY)	52-55	
Fall ML, Leye Pa, Bah Md, Sene O, Ndiaye Pi, Sene E, Traoré M, Kane O, Diouf E		10
Cas cliniques		13
Épiglottite aiguë obstructive	56-60	
Abou-elfadl M, Bouchareb N, Nassik H, Mahtar M		18
Myélinolyse centropontine au décours d'un traitement à la quinine	61-63	
Kinda B, Bonkougou Z, Traoré I, Diallo O, Attivon K, Sanou J		12
Prise en charge pré et per opératoire du phéochromocytome à propos de 5 cas	64-68	
Casanelli JM, Boua N, Keita M, Goho M, Mignonsin D, N'guessan H A		
Embolie amniotique et césarienne pour grossesse triple à propos d'un cas au service de gynécologie et d'obstétrique du Centre Hospitalier de Creil	69-72	16
Adjoby R, Nguessan Yapi F, Effoh D Konan J, Ahoungeng NP, Andriamandimbison ZN, Poirier T, Dienga TE.		
Céphalées du postpartum révélatrices de méningiomes cérébraux	73-76	
Zoumenou E, Gandaho HJ, Hoinsou-Hans I, Yekpe-Ahouansou P, Pellissou-Guyotat I.		

Les urgences ophtalmologiques en milieu hospitalier au Borgou

Ophthalmological emergencies in Borgou hospital

Odoulami Yehouessi L¹, Assavedo A², Nkok H², Tchabi S¹, Doutetien C¹

1. Centre national hospitalier universitaire de Cotonou,
2. Centre hospitalier départemental du Borgou

Auteur correspondant: lissetteodoulami@yahoo.fr

Résumé

Objectif: Etudier le profil des urgences ophtalmologiques au Borgou.

Patients et méthode: Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive, réalisée dans le service d'ophtalmologie du CHD-B de Parakou du 1^{er} juillet 2010 au 30 juin 2013. Elle concernait tous les patients nouvellement admis pour des situations cliniques définies comme urgence ophtalmologique.

Résultats: La prévalence des urgences était de 4,3%. L'âge moyen était de 28,6±18 ans et la sex-ratio de 2,6. Cinquante et un pour cent (51%) des urgences étaient traumatiques. Les contusions (19,6%), les corps étrangers superficiels (15%) et les plaies pénétrantes (14%) étaient les urgences traumatiques les plus fréquentes; alors que les uvéites (35%), les kératites (21,3%) et les abcès cornéens (8,7%) ont prédominé dans les urgences non traumatiques. Une cécité unilatérale a été relevée dans 67 cas.

Conclusion: L'éducation des populations sur la santé oculaire s'impose. Un meilleur équipement, une meilleure formation et répartition du personnel qualifié pourrait améliorer la qualité de la prise en charge.

Mots-clés: urgence ophtalmologique, épidémiologie, prise en charge, évolution

Summary

Objective: to study epidemiologic and clinical aspects of ocular emergencies in Borgou department for a better prevention and management.

Patients and method: It was a retrospective and descriptive study, conducted from 1st July 2010 to 30th June 2013 at the department of ophthalmology of the DHC-B in Parakou. It concerned all new patients admitted for clinical situation defined as an ocular emergency.

Results: emergencies frequency of emergency was 4,3%. The mean age was 28,6 ± 18 years and sex ratio of 2,6. 51 % of emergencies were traumatic. Left eye was more involved in 46% of cases. Contusion (19.6%), ocular foreign bodies (15%) and open globe injuries (14%) were the common ocular traumatic emergencies while uveitis (35%) keratitis (21, 3%) and corneal abscess (8,7%) were leading the non-traumatic emergencies.

Conclusion: education of population about ocular health is needed especially for men. A better equipment, a better formation and distribution of qualified professional can improve the management of ocular emergencies.

Key words: ocular emergency, epidemiology, management, evolution

Introduction

Les urgences ophtalmologiques (UO) désignent les atteintes de l'œil, de ses annexes et des voies optiques qui mettent en jeu le pronostic fonctionnel de l'œil dans de brefs délais si elles ne sont pas prises en charge immédiatement et de façon adéquate. Classées en UO traumatiques et en UO non traumatiques, elles regroupent des entités cliniques variées [1]. Elles représenteraient ainsi 5% des urgences générales reçues dans un centre hospitalier. A cet effet, les services d'urgence des pays développés ont été restructurés avec codification par un arrêté ministériel de l'accueil et du traitement des urgences [2]. Par contre, en Afrique et au Bénin en particulier, bien que les urgences constituent l'un des motifs fréquents de consultation en milieu hospitalier, peu de données sont disponibles dans la littérature. Ceci justifie notre intérêt pour cette étude qui vise à décrire le profil des urgences ophtalmologiques au Centre Hospitalier Départemental du Borgou (CHD-B).

Patients et méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et analytique réalisée dans le service d'ophtalmologie du CHD-Borgou, du 1^{er} Juillet 2010 au 30 Juin 2013. Elle a consisté au recrutement des dossiers de tous les patients reçus en consultation durant la période d'étude. Nous avons considéré comme urgence ophtalmologique, toutes les situations cliniques de baisse d'acuité visuelle brutale et/ou

d'œil rouge douloureux. Les UO traumatiques ont désigné les urgences survenant dans un contexte de traumatisme, que le mécanisme soit direct ou non. Quant aux UO non traumatiques, ce sont celles survenues en dehors de tout contexte traumatique. Ont été inclus dans l'étude, tous les dossiers de patients qui, après examen, ont présenté une pathologie reconnue comme une UO. Les dossiers de patients ayant été admis pour une pathologie non urgente de même que les dossiers inexploitable n'ont pas été inclus dans cette étude. Les variables socio-démographiques et cliniques ont été étudiées. La confidentialité et l'anonymat vis-à-vis des informations reçues des patients ont été préservés. Les données ont été analysées et traitées à l'aide du logiciel EPI Info7. Les tests de khi 2 de Student et de Pearson ont été utilisés pour établir des comparaisons. Un seuil de significativité de 0,05 a été retenu.

Résultats

Sur les 4923 nouveaux patients admis durant la période d'étude, 210 cas d'urgence ophtalmologique ont été retenus, soit une fréquence de 4,3%. L'âge des patients a varié entre 4 jours et 83 ans et l'âge moyen des patients était de 28,6 ± 18 ans. Une prédominance masculine a été observée avec 151 cas (72%) contre 59 cas (28%) pour le sexe féminin et la sex-ratio était de 2,6.

Le tableau 1 montre la répartition des cas selon le délai d'admission et le type d'urgence

Tableau 1: répartition des patients selon le délai d'admission et le type d'UO

Délai d'admission	UO traumatiques	UO non traumatiques	Total
< 6H	7	00	07
[6-24 H [30	11	41
[24-48 H [9	6	15
[48-72 H [12	12	24
> 72 H	35	64	99
Non précisé	14	10	24
Total	107	103	210

P=0,0001

* glaucome congénital, kératoconjonctivite, ophtalmie du nouveau-né, staphylococcie maligne de la face, zona ophtalmique

Les figures 1et 2 illustrent respectivement les causes d'urgences non traumatiques et traumatiques.

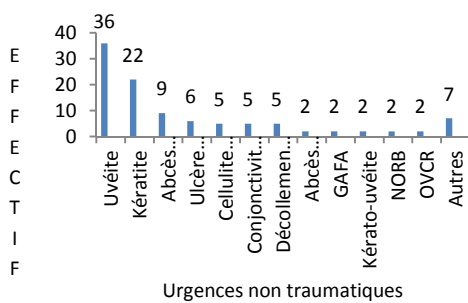


Figure 1: répartition des urgences non traumatiques

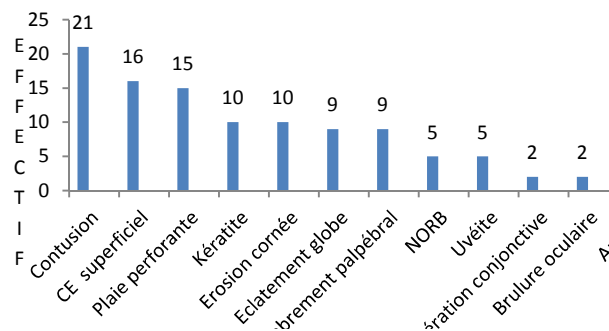


Figure 2: répartition des urgences traumatiques
autres = décollement de rétine et la section des voies lacrymales.

L'atteinte oculaire a été unilatérale gauche dans 97 cas (46%) et bilatérale dans 30 cas (14%). 67 yeux avaient une acuité visuelle initiale sans correction inférieure à 1/10^{ème}. Toutes les structures du globe ont été atteintes avec par ordre de fréquence, la cornée (98 cas), l'iris (49 cas), la rétine (38 cas), les paupières (35 cas), la conjonctive (35 cas), la choroïde (22 cas), le vitré (17 cas), le cristallin (15 cas), la sclère (13 cas), les voies lacrymales (12 cas), le nerf optique (11 cas) et l'orbite (11 cas).

Discussion

La fréquence de 4,3% des UO observée dans notre étude était semblable à celle observée par Kaimbo et coll. [2] en RDC (4%). La prédominance masculine a aussi été signalée par divers auteurs comme Kaimbo et coll.[2], Negussie et coll. [3], El-Mekawey et coll.[4], Arshad et coll.[5], Akinsola et coll.[6] dans respectivement 69% en RDC, 72,7% en Ethiopie, 69% en Egypte, 66% au Pakistan et 68% au Nigéria. Ces résultats pourraient être attribués à l'implication des hommes dans les métiers à risque, les accidents sur la voie publique et les rixes. L'âge moyen dans notre série était similaire à celui rapporté par Kaimbo (26 ± 17 ans) en RDC [2] et par Alotaibi et coll (28,2 ans) en Arabie Saoudite [7].

En ce qui concerne la nature des traumatismes, de nombreux auteurs tels que Assavedo et coll (8) au Bénin, Ayena et coll [9] au Togo puis Dhasmana et coll.[10] en Inde ont abondé dans le même sens avec respectivement 38,6%, 27,6% et 39,7% des traumatismes oculaires. Par contre, en RDC [2] comme aux USA [11], les accidents domestiques étaient majoritaires avec 44% et 44,6%. La prédominance des accidents de la voie publique dans notre étude pourrait s'expliquer par l'augmentation du trafic routier urbain surtout dans une ville comme Parakou en plein développement, le nombre sans cesse croissant des engins à deux roues comme moyen privilégié de déplacement puis le non-respect du code de la route et des mesures de sécurité. Bien qu'il s'agisse d'urgences, 47% des cas ont consulté après plus de 72 heures. De manière semblable en RDC, 40% des patients s'étaient présentés dans un délai supérieur ou égal à 03 jours et 16% entre 01 et 02 jours [2] avec une corrélation entre le délai de consultation et

le type d'UO. En effet, la consultation serait plus précoce en cas d'urgence traumatique certainement à cause de la symptomatologie bruyante qu'elle entraîne. La prédominance de l'œil gauche a été signalée par Kaimbo et coll. [2] dans 51% des cas. L'acuité visuelle initiale n'avait pu être mesurée que pour 233 yeux du fait d'un important œdème palpébral empêchant l'ouverture de l'œil, d'une douleur intense et/ou d'une impotence fonctionnelle des patients hospitalisés dans d'autres services. Toutefois, une cécité unilatérale a été observée dans 67 cas avec une AV < 1/10^{ème}. Ce qui confirme que les UO sont des affections graves qui méritent une prise en charge précoce et adéquate. La baisse visuelle était importante aussi bien pour les urgences traumatiques (32 yeux) que non traumatiques (35 yeux). La structure majoritairement atteinte était la cornée (46,7% des cas). Elle est le premier milieu transparent de l'œil et donc la première structure exposée lors d'un contact du globe avec un agent étranger. La proportion d'UO traumatiques (51%) était quasiment identique à celle d'origine non traumatique (49%). Il en était de même pour Kaimbo et coll. [2] en RDC, Qayyum et coll. [12] au Balouchistan puis Filho et coll. [13] au Brésil ont quant à eux, noté des prévalences plus élevées 57,6%, 55% et 73%. Par contre à Lagos [6], ce sont les urgences non traumatiques qui étaient les plus fréquentes (52%). Parmi les urgences traumatiques, les brûlures oculaires étaient les moins représentées dans notre étude tout comme en RDC (1,5%), en Egypte (0,1%) et au Brésil (1,9%) [2,4,13]. Les UO non traumatiques étaient dominées par les uvéites aiguës (35%), les kératites (21,3%) et les abcès cornéens (8,7%). Il en était de même pour Kaimbo et coll. [2]. Dans l'étude de Filho et coll. [13], les cas les plus fréquents étaient les kératites (55%) suivies des uvéites aiguës (16,8%) et des décollements rétinien (13,6%).

Conclusion

Les urgences ophtalmologiques étaient relativement fréquentes. Elles étaient aussi bien traumatiques que non traumatiques, intéressant toutes les structures du globe. La nature de l'urgence, le recours tardif aux soins appropriés pourraient être des facteurs de mauvais pronostic fonctionnel.

Références

1. **Renard G.** Urgences ophtalmologiques. In: Pouliquen Y. Précis d'ophtalmologie. Paris: Masson; 1983. p. 95-8.
2. **Kaimbo Wa Kaimbo D, Spileers W, Missoten L.** Ocular emergencies in Kinshasa (Democratic Republic of Congo). Bull Soc belge Ophtalmol. 2002; 284: 49-53.
3. **Negussie D, Bejiga A.** Ocular emergencies presenting to Menelik II Hospital. Ethiop Med J. 2011; 49: 17-24.
4. **El-Mekawey H, El Einen A, Abdelmaboud M, Khafagy A, Eman M, Eltahawy E.** Epidemiology of ocular emergencies in the Egyptian population: a five-year retrospective study. Clinical Ophthalmology. 2011; 5 955-60.
5. **Arshad I, Snaullah J, Muhammad N, Salim K, Shad M.** Admitted ocular emergencies: a four year review. Pak J Ophthalmol. 2007; 23: 58-64.
6. **Akinsola F, Akinbami O, Aribaba O, Onakoya A, Adefule-Ositelu.** A Pattern of ocular emergencies seen at LUTH over a period of 1 year. Nig Q J Hosp Med. 2007; 17: 90-2.
7. **Alotaibi A, Essam A, Khalid H, Ahmed M, Khaled K.** One month outcome of ocular related emergencies in a tertiary hospital in Central Saudi Arabia. Saudi Med J. 2011;32: 1256-60.
8. **Assavedo R, Tchabi S, Boni S, Ogo R, Doutetien C.** Etiologie des traumatismes oculaire au Centre Hospitalier Départemental du Borgou, Bénin. Rev CAMES-Série A. 2011; 12: 142-4
9. **Ayena K, Agbo A, Abalo A, Hounkpatin E, Hounkpatin J, Djagnikpo P et al.** Les traumatismes oculaires à Lomé. Med Afr Noire.2009; 56: 261-66.
10. **Dhasmana R, Bahadur H, Jain K.** Profile of ocular trauma in Uttarakhand, a hospital based study. Indian J of Comm Health. 2012; 24: 297-303.
11. **McGwin G, Owsley C.** Incidence of emergency department-treated eye injury in the United States. Arch Ophthalmol. 2005; 123: 662-66.
12. **Qayyum A, Khokhar A, Achakzai A.** Prevalence of Ocular Emergencies in Quetta - Balochistan. Pak J Med & Health Sci. 2009; 3: 195-8.
13. **Filho P, Gomes P, Linhares T, Felisberto B, Pinheiro N.** Profile of ocular emergencies in a tertiary hospital from northeast of Brazil. Rev Bras Oftalmol. 2010; 69: 12-7.