

Pratique actuelle de l'anesthésie-réanimation pour thoracotomie dans un pays à ressources limitées : série de cas

Current practice of thoracotomy anesthesia resuscitation in a country with limited resources: case series

Nsiala Makunza Joseph^{1,2}, Ngomba Kabemba Suzanne¹, Nzomvuama Alphonse^{3,4}, Kilembe Manzanza Adolphe¹, Kayembe Ntumba Jean-Marie⁵

Département d'anesthésie et réanimation, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Université de Kinshasa, RD Congo

Clinique Caron, 111 rue Caron, 91200 Athis-Mons (France)

Service de chirurgie cardiaque, CHU Amiens, avenue René Laennec, 80054 Amiens (France)

Service de chirurgie thoracique, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Université de Kinshasa, RD Congo

Service de pneumologie, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Université de Kinshasa, RD Congo

Résumé

Contexte et objectif. Du fait d'une morbi-mortalité élevée, la chirurgie thoracique constitue une chirurgie à haut risque. L'objectif de la présente étude était de décrire notre pratique actuelle de l'anesthésie-réanimation pour cette chirurgie dans notre contexte caractérisé par la faiblesse de moyens matériels et humains.

Méthodes. Étude documentaire descriptive type série des cas portant sur tous les patients consécutifs (âgés de plus de 16 ans) ayant bénéficié d'une intervention par thoracotomie aux Cliniques Universitaires de Kinshasa de février 2016 à avril 2017.

Pour chaque patient inclus, les données pré, per et post-opératoires ont été recueillies prospectivement. La saisie et l'analyse de ces données ont été réalisées à l'aide du logiciel Excel. Nous avons calculé les fréquences pour les variables qualitatives et les moyennes et écart-type pour les variables continues.

Résultats. 16 patients (10 hommes et 6 femmes), d'âge moyen 42,8 ans, avec des extrêmes allant de 19 à 65 ans, ont été opérés par thoracotomie. Les indications chirurgicales étaient les suivantes : 7 cas (43,8%) de tumeur bronchique, 3 cas (18,8%) d'aspergillome pulmonaire, 3 cas (18,8%) de pleurésie (pachypleurite ou pyothorax), 1 cas (8,3%) de bronchectasie, 1 cas (8,3%) de corps étranger intrathoracique (couteau), 1 cas (8,3%) d'hernie diaphragmatique droite.

La technique anesthésique la plus fréquente a été l'anesthésie combinée (anesthésie générale et anesthésie péridurale thoracique) (81,3%).

L'intubation était réalisée à l'aide d'une sonde double lumière chez 13 patients (81,7%) avec une préférence pour les sondes gauches sans ergot, type Carlens. Chez les 3 patients restants (18,3%), l'intervention ne nécessitait pas une exclusion pulmonaire (Pyothorax) et nous avons utilisé une sonde d'intubation simple lumière.

En fin d'intervention, tous les patients étaient directement transférés en réanimation. Dans la quasi-totalité des cas (95,8%), l'extubation était réalisée dans les 6 heures post-opératoires. Seul un patient a nécessité une ventilation postopératoire de plus de 48 heures. Seul un patient sur quatre dans notre série a été transfusé en peropératoire. La durée moyenne de séjour en réanimation était de 3,85 jours (extrêmes : 2 et 8 j) et la durée totale d'hospitalisation de 7,6 jours (extrêmes : 7 et 13 j).

Un patient a nécessité une reprise en postopératoire immédiat pour hémorragie. Dans cette série, la mortalité était de 18% (3 cas). Les causes présumées de décès étaient : choc septique (1 cas), embolie gazeuse après plusieurs tentatives infructueuses de pose de cathéter veineux central (1 cas) et œdème pulmonaire lésionnel post transfusionnel (1 cas).

Conclusion. Notre conduite de l'anesthésie et de la réanimation n'a pas été différente de celle décrite dans la littérature. Elle nous a permis d'obtenir de bons résultats. Deux des trois décès de cette série sont imputables à des complications iatrogéniques évitables.

Mots-clés : anesthésie-réanimation, thoracotomie, morbi-mortalité, République Démocratique du Congo