

La prise en charge anesthésiologique des patients hypertendus au centre Hospitalier Nianankoro Fomba de Ségo

Dembélé E, Beye SA, Traoré B, Traoré A, Koné.SI, Keita M, Sanogo A, Diallo B, Kodio A,
Haïdara. K, Dicko H, Mangané MI, Traoré.T, Diango MD, Coulibaly Y.

Service d'Anesthésie-Réanimation, Hôpital Nianankoro Fomba de Ségo

INTRODUCTION

La conduite de l'anesthésie chez un hypertendu:

- Problèmes spécifiques,
- Retentissement sur le système cardiovasculaire

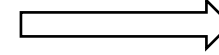
HTA = PAS > 140 mm Hg et / ou PAD >90 mm Hg

- La fréquence des incidents hémodynamiques chez ces malades en périopératoire est non négligeable.
- La CPA renforcée par des examens complémentaires permet de préparer les hypertendus pour une chirurgie, sous une technique anesthésique la plus adaptée.

INTRODUCTION

Chez ces patients:

- la préparation à l'intervention
- la conduite de l'anesthésie et
- des soins post opératoires



Stabilité tensionnelle



Risques de survenue de complications cardiovasculaires

INTRODUCTION

Cette étude : au service d'anesthésie-réa du centre HNFS de Ségou.

But : Décrire l'impact de l'évaluation et de la PEC anesthésiologique des patients hypertendus.

Etude descriptive à collecte prospective, réalisée:

- Sur une période de 9 mois (du 01 Aout 2018 au 30 Avril 2019)

CRITÈRES D'INCLUSIONS:

- Touts les patients hypertendus, connu ou découverte fortuite adressé à la consultation d' anesthésie pour une chirurgie programmée .

PATIENTS ET METHODE

- ❑ Les patients étaient enrôlés pendant la CPA , suivie pendant l'évaluation cardiovasculaire et en post opératoire jusqu'à leur sortie.
- ❑ Recueil des données était faite à partir de la fiche de consultation d'anesthésie, compte rendu de l'évaluation cardiovasculaire et les dossiers chirurgicaux :

Les paramètres étaient:

- Caractéristiques sociodémographiques des patients, facteurs de risque,
- Le profil clinicobiologique pendant la CPA et en cardiologie,
- La gestion du traitement
- Les données anesthésiques et chirurgicales,
- Les complications per opératoire et évolution.

RESULTATS (1)

Durant la période d'étude (Juin 2018-Avril 2019): 77/1560 patients soit une Fréq de 4.9%

Caractéristiques sociodémographique		Effectif	Fréquence
Age	<65	34	44.2
	66-74	21	27.3
	75-84	21	27.3
Sexe	Féminin	20	26.0
	Masculin	57	74.0
Facteurs de risque	Diabète	8	10.4
	Tabac	1	1.3

L'âge moyen de était de 65.8 +/- 68 ans [34 à 90 ans]

SEXE MASCULIN=74.0%

Diabète= 10.4%

RESULTATS (1)

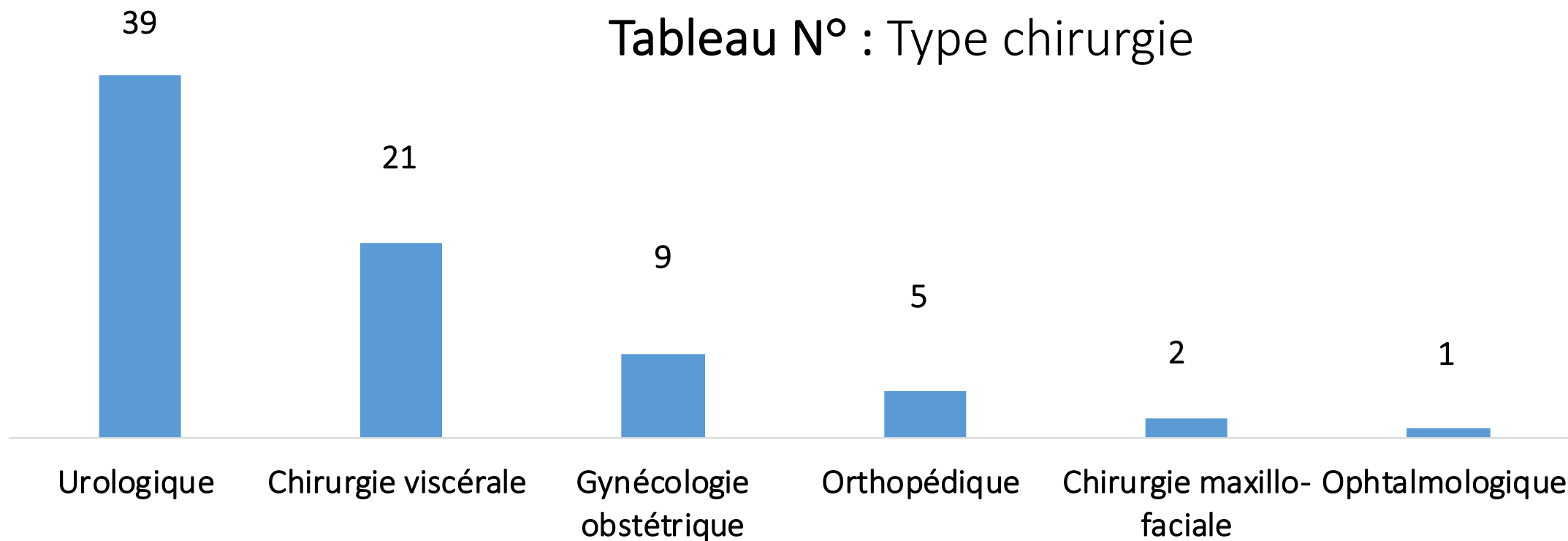
Tableau: Traitement antérieur

Traitement antérieur		Effectif	Fréquence
Traitement	Oui	61	79.2
	Non	16	20.8
Modalité	Mesures diététiques	45	58.4
	Monothérapie	11	14.3
	Bithérapie	5	6.5

79.2% de nos patients étaient suivie avec une monothérapie dans 14.3% et une bithérapie dans 6.5% des cas

RESULTATS (1)

Tableau N° : Type chirurgie



La chirurgie urologique 50.6%

et viscérale 27.3%

RESULTATS (1)

Tableau N° : Type d'anomalie à l'ECG

Anomalies ECG		Types d'anomalies	Effectif	Fréquence
Trouble de conduction		BBD complet	1	3.0
Hypertrophie des cavités		HAG	2	6.0
		HVG	14	42.4
		HVG diastolique	1	3.0
		HVG systolique	1	3.0
Troubles du rythme		Tachycardie sinusale	7	21.2
Troubles de la répolarisation		Ischémie sous endocardique	1	3.0
Pathologies associées	Trouble du rythme + Troubles de répolarisation	Tachycardie sinusal + Ischémie sous myocardique	1	3.0
		HVG + ischémie sous endocardique	1	3.0
	Trouble de conduction + Trouble d'excitation	Bloc sino-auriculaire + extrasystole	1	3.0
	Trouble du rythme + Hypertrophie des cavités	Tachycardie sinusal+ HVG	1	3.0
Total			31	100.0

L'ECG était réalisé chez 84.4%. Il s'agissait : Trouble de conduction, Hypertrophie des cavités , Troubles du rythme ,

RESULTATS (1)

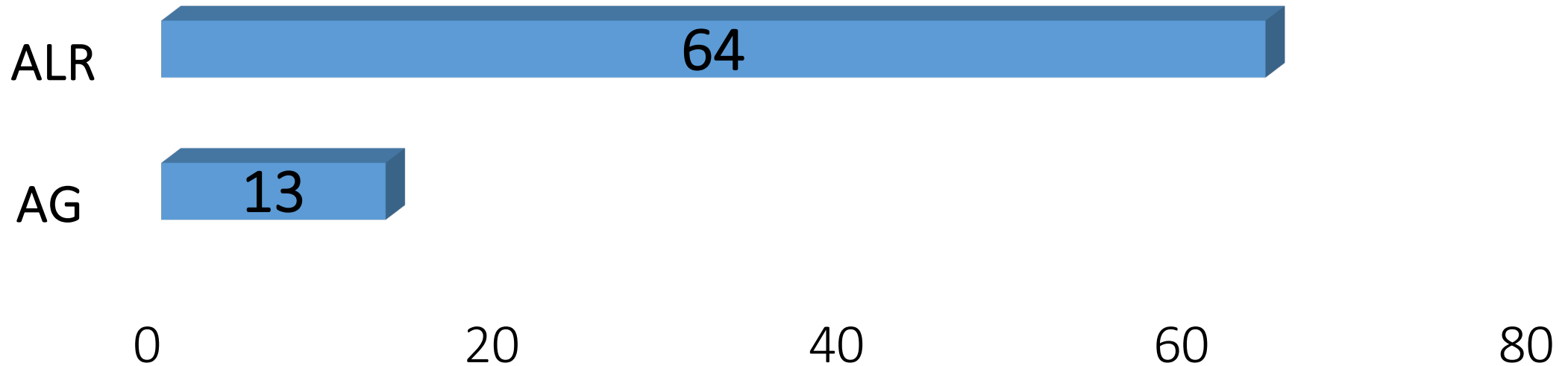
Tableau N° : Type d'anomalie à l'échographie cardiaque

Anomalies à l'écho-cœur	Effectif	Fréquence
Normale	6	60.0
Asymétrie septo-pariétale	1	10.0
Cardiomyopathie dilatée	1	10.0
Hypertrophie modérée	1	10.0
Rétrécissement aortique dégénératif non serré	1	10.0
Total	10	100.0

Nous avons retrouvé une asymétrie septo-pariétale, une cardiomyopathie dilatée, une hypertrophie modérée et un rétrécissement aortique dégénératif non serré respectivement dans 10% des cas.

RESULTATS (1)

Tableau N°: Technique d'anesthésique



L'ALR était la technique la plus utilisée dans notre étude dans 83.1%

RESULTATS (1)

Tableau N°: Instabilités cardiovasculaires peropératoires

Instabilités cardiovasculaire peropératoires: **14/77** soit une fréq de **18.1%**

Complication cardiovasculaires per opératoire	Effectif	Fréquence
Bradycardie	8	57.1
Hypotension	3	21.4
Hypertension artérielle	2	14.3
Tachycardie + hypotension	1	7.1
Total	14	100.0

Les instabilités cardiovasculaires per opératoire étaient la **bradycardie** (57.1%), **hypotension artérielle isolée** (21.4%) et associée à une **tachycardie** dans 7.1%.

RESULTATS (1)

Tableau N° : Durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation en post opératoire	Effectif	Fréquence
1-3 jours	33	42.8
4-6 jours	30	39.0
7-15 jours	13	16.9
15-30 jours	1	1.3
Total	77	100

La durée moyenne d'hospitalisation: 4.9 +/- 5 jours [1-30]

Complications post opératoire: Il s'agissait une insuffisance rénale nécessitant une référence dans un service de néphrologie.

CONCLUSION :

- L'HTA est fréquente chez les patients âgés qui doivent subir une chirurgie dans notre série.
- L'ECG est **l'en** complémentaire le plus prescrit.
- La rachianesthésie est la technique la plus utilisée et la prévention des complications passe par un équilibre tensionnel préopératoire et le choix de la technique anesthésique.