



COMPTE RENDU DE MISSION HUMANITAIRE :

## ANESTHESIE

29 Août – 9 Septembre 2016

Dr Priscilla Amaru

## 1. Objectifs de la mission chirurgicale :

1. Chirurgie orthopédique pédiatrique de pieds bots
2. Chirurgie uro-gynécologique

## 2. Equipe d'anesthésie

- Priscilla Amaru, anesthésiste
- Marjorie Meyer, anesthésiste
- A noter : Absence d'IADE lors de cette mission

## 3. Le bloc opératoire

Au bloc opératoire, une salle a été mise à notre disposition, près de la salle opératoire, afin de stocker tout le matériel anesthésique et chirurgical ramené par les missionnaires.

## 4. Le matériel

La salle opératoire dispose d'un respirateur MEDEC type Neptune mais d'ancienne génération permettant une ventilation contrôlée, assistée ou en pression ainsi que l'utilisation d'un circuit accessoire. L'écran est cassé mais les informations principales comme les volumes et la fréquence respiratoire sont disponibles. Toutefois persiste un doute sur la fiabilité des volumes mesurés.

Seule l'HALOTHANE peut être utilisé comme agent hypnotique inhalé.

Le bloc opératoire est équipé d'un tensiomètre et d'un saturomètre. Pas de mesure de la capnie possible ni de scope ECG possible.

Une bouteille d'oxygène est aussi présente en salle ainsi qu'un bavu (cf problèmes rencontrés)

Un chariot d'anesthésie est aussi présent mais vide. Il nous permet de nous organiser au cours de la journée mais tout le matériel est rangé dans notre salle à la fin de la journée.

Leur container à aiguilles est fait avec des bouteilles d'eau vide.

Il existe un système d'aspiration commun avec la chirurgie mais sans sonde d'aspiration trachéale spécifique disponible à prévoir.

La table opératoire est fonctionnelle avec la possibilité de mettre les patients en Trendelenburg ou la tête surélevée.

Tout le matériel et médicaments ont été apportés par TRF. Sur place sont disponibles les morphiniques (FENTANYL) et les solutés de remplissage. A noter pas de médicaments d'urgences type intralipides, celocurines, dantrium à la pharmacie centrale.

## 5. Le personnel

Le Docteur Atanaz est peu présent au bloc opératoire, les indigents étant pris en charge essentiellement par les infirmiers anesthésistes.

Les IADES sont dans l'ensemble très demandeurs de cours, d'informations, volontaires et compétentes sur les gestes techniques habituels comme l'intubation ou la Rachi-Anesthésie. Les élèves IADE présents lors de cette mission manquent de formation, de compétence et d'investissement.

## 6. Activité réalisée

En pédiatrie, 8 enfants ont été opérés de pieds bots uni et bilatéral de 3 ans à 14 ans.

Les enfants étaient endormis avec une induction à l'HALOTHANE, perfusés puis intubés et mis en ventilation contrôlée. Maintien de l'anesthésie par HALOTHANE en circuit fermé durant l'intervention. Le seul morphinique disponible était le FENTANYL.

L'analgésie locale par une caudale a été réalisée 7 fois sans complications avec une bonne efficacité analgésique post opératoire.

1 Rachi-anesthésie a pu être réalisée chez un enfant de 7 ans (caudale non possible) sans aucune complication anesthésique et une bonne compliance de l'enfant.

1 RA chez un enfant de 14 ans s'est malheureusement compliqué d'une RA totale compliquée d'un ACR récupéré. Intubation du patient en urgences et maintien de la ventilation mécanique en SSPI. Devant l'absence totale de réactivité, une ampoule de Nalaxone est injectée et permet de retrouver une réactivité au niveau des membres supérieurs. A H+2 de l'ACR, le patient non sédaté afin d'évaluer son état neurologique, présente des crises convulsives généralisées motivant la reprise d'une sédation profonde par PROPOFOL et VALIUM si besoin. La sédation est arrêtée à J1 et le patient se réveille de manière adaptée. Il est extubé à J1 et sort de SSPI à J2 sans séquelle neurologique.

Les enfants ont été repris au bloc pour la réfection des plâtres sous AG-HALOTHANE au masque sans complication

En gynécologie et urologie, hystérectomies voie basse, 2 coelioscopies et une fistule vésico-vaginale.

L'essentiel des interventions ont été réalisées sous RA associant BUPIVACAINE, FENTANYL et CATAPRESAN à la fois pour le per et post opératoire. Aucune complication au décours.

Les coelioscopies ont été faites sous AG avec un bolus de curares à l'induction. Pas de réinjection en cours d'intervention, pas de curamètre disponible. A noter, absence de capnie pour la surveillance per coelioscopie.

Enfin, assistance auprès de l'équipe locale dans un contexte de choc hémorragique majeur lors d'une césarienne et placenta accreta. Transfusion massive de sang total et PFC (pas de concentré plaquettaire disponible), pose de VVp et d'une VVC en urgence qui sera gardée 24h en l'absence d'asepsie rigoureuse. La patiente sera reprise le lendemain pour depacking chirurgical sous AG (induction en sequence rapide avec de la CELOCURINE amené par TRF). Très hypoxémique, elle pourra toutefois être extubée sur table puis surveillée en SSPI.

## 7. Problèmes rencontrés

Plusieurs problèmes majeurs rencontrés en anesthésie :

Défaut d'alimentation en OXYGENE mural de l'hôpital en cours d'intervention entraînant l'arrêt du fonctionnement du respirateur et une désaturation majeure du patient sous AG. Pas de personnel anesthésiste malgache présent en salle ce qui a retardé le diagnostic du problème. Problème connu depuis mois par le personnel local, les membres de la mission n'ont pas été informés.

**Pas de bouteille d'oxygène** en salle à ce moment-là. Et lorsqu'elle est arrivée, pas de tuyaux reliant le BAVU à la bouteille. **Problème vital++++++**

Défaut de surveillance en pré-anesthésie ou la RA avait été réalisé en pré opératoire. Retard de diagnostic de l'ACR. Au décours, il a été décidé que tous les gestes anesthésiques seraient réalisés en salle et non plus en pré-anesthésie.

Qualité de la surveillance en salle de réveil aléatoire avec des infirmiers qui vont déjeuner sans nous prévenir et laisse la surveillance du malade à la famille.

Il est dommage qu'il n'y ait pas eu de débriefing avec l'anesthésiste au décours de la gestion du choc hémorragique, qui n'était pas non plus présent lors de la reprise chirurgicale à J1. La prescription post opératoire se retrouvait à la charge des IADES, hors dans ce contexte, elle méritait une prise en charge spécifique médicale.

## 8. En conclusion

Une activité riche en émotion du fait essentiellement de la particularité de l'anesthésie pédiatrique. Dans le contexte d'urgence, on se rend très vite compte du manque de moyen et d'organisation qui rendent difficiles la pratique de la médecine dans ces conditions.

Toutefois, le personnel local et la population sont demandeurs de formation et d'aide à la prise en charge ce qui sont des éléments moteurs à la poursuite de cette mission.

Enfin il faut partir en connaissance de cause et prévoir tout le matériel et médicaments nécessaires à la fois à la réalisation d'une anesthésie standard mais aussi des urgences vitales.

Bilan total estimé à 14 202 euros.