



**RACHIANESTHESIE EN CHIRURGIE VISCERALE AU CNHU DE COTONOU :
INDICATIONS, PRATIQUE ET REVUE DE LA LITTERATURE**

HOUNKPE P C.¹, LOKOSSOU T.¹, DOSSOU F. M.², ATCHADE D.¹

1 Service Polyvalent d'Anesthésie-Réanimation CNHU Cotonou (SPAR-CNHU)

2 Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale CNHU- Cotonou

Auteur correspondant : pierclav@yahoo.fr

RESUME

La rachianesthésie est une technique d'anesthésie locorégionale (ALR) relativement simple, efficace et à coût peu élevé donc financièrement accessible aux pays en développement aux ressources limitées. Malgré ses nombreuses indications qui couvrent les interventions dont le niveau du dermatome du site opératoire peut remonter jusqu'à T4, la rachianesthésie reste encore peu pratiquée. Le but de la présente étude était d'évaluer le taux de réalisation de la rachianesthésie en chirurgie viscérale au centre national hospitalier universitaire de Cotonou. Entre le 1er janvier et le 30 juin 2013, nous avons réalisé une étude rétrospective dans laquelle tous les patients ayant bénéficié d'une rachianesthésie ont été inclus. Les résultats ont montré que le taux de réalisation de la rachianesthésie était de 13,71% pour des interventions dont le niveau le plus élevé du dermatome du site opératoire était D10. Des suggestions ont été proposées en vue de la promotion de la pratique et l'élargissement des indications de la rachianesthésie.

Mots clés : Rachianesthésie, rachianesthésie haute, chirurgie viscérale, pays en développement

ABSTRACT

SPINAL ANESTHESIA IN VISCERAL SURGERY AT THE NATIONAL UNIVERSITY TEACHING HOSPITAL OF COTONOU: INDICATIONS, PRACTICE AND LITERATURE REVIEW

Spinal anesthesia is a relatively simple regional anesthesia method. It is efficient and low cost thus financially accessible to developing countries with limited financial resources. Despite numerous indications that cover interventions that dermatomal level of surgical site can be up to T4, spinal anesthesia is not widespread. The purpose of this study was to assess the rate of implementation of the spinal anesthesia for visceral surgery in the National University Teaching Hospital of Cotonou. During a period running January, 1st through June, 30th of 2013, we conducted a retrospective study. All the patients who received spinal anesthesia were included. The results showed that the implementation rate of spinal anesthesia was 13.71 %. About the interventions, the highest dermatomal level of surgical site was D10. Suggestions were proposed to promote the practice of spinal anesthesia and for the expanding of its indications.

Key-words: spinal anesthesia, high spinal anesthesia, visceral surgery, developing countries

INTRODUCTION

La rachianesthésie est une anesthésie régionale de conduction qui consiste en une injection intrathécale lombaire d'un anesthésique local ou d'un mélange anesthésiant qui bloque la transmission des influx des racines nerveuses situées dans le liquide céphalorachidien (LCR) où il a diffusé. En fonction du niveau du dermatome du bloc sensitif, on distingue trois variétés de rachianesthésie que sont : la rachianesthésie basse au dermatome T10, la moyenne à T6 et la haute à T4 [1, 2, 3].

Il s'agit d'une technique anesthésique ancienne dont le début des premières réalisations remonte à 1898 [3]. La rachianesthésie est une technique relativement simple et efficace, à coût accessible aux pays en développement aux ressources limitées mais n'est pas l'anesthésie du pauvre [1]. Au regard des nombreux avantages, la rachianesthésie,

même non dénuée totalement d'inconvénients, devrait occuper une place prépondérante à l'occasion d'opérer le choix de technique anesthésique dans les pays en développement

Le but de cette étude était d'évaluer le taux de réalisation de la rachianesthésie dans toutes ses variétés et de proposer une stratégie pour sa promotion et pour l'élargissement de ses indications en chirurgie viscérale au Centre National Hospitalier Universitaire de Cotonou.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective menée dans le Service Polyvalent d'Anesthésie-réanimation du Centre National Hospitalier Universitaire (CNHU) de Cotonou dans la période allant du 1^{er} Janvier au 30 Juin 2013. Le support utilisé pour la collecte des données est le registre d'anesthésie. Tous les patients opérés sous rachianesthésie en chirurgie vis-

cérale adultes étaient inclus et les indications opératoires inventoriées. Les données ont été traitées au logiciel SAS 9.0. Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et les pourcentages correspondants et les variables quantitatives par la moyenne.

RESULTATS

Pendant la période d'étude, 124 patients au total ont été opérés en chirurgie viscérale adulte dont 17 sous rachianesthésie, soit 13,71% de taux de réalisation de rachianesthésie.

L'âge moyen des patients était de 52,06 ans avec les extrêmes de 25 et 76 ans. On a dénombré 11 hommes et 06 femmes soit un sex-ratio de 1,83.

Toutes les rachianesthésies étaient de la variété basse.

Les indications opératoires sont présentées dans le tableau ci-après.

Tableau : Répartition des indications de rachianesthésie

Indications	Nombre	Pourcentage (%)
Hernie inguinale	07	41,18
Fistule ou rétrécissement anal	05	29,42
Prolapsus génital	02	11,76
Lipome de cuisse ou hanche	02	11,76
Tumeur du bas sigmoïde	01	05,88
Total	17	100

DISCUSSION

Le taux de réalisation de la rachianesthésie en chirurgie viscérale au CNHU de Cotonou était de 13,71%. Nous n'avons pas eu dans la littérature de données spécifiques sur la pratique de la rachianesthésie en rapport avec la chirurgie viscérale.

Au plan général de la pratique de l'anesthésie locorégionale (ALR), en Afrique de l'Ouest, l'anesthésie locorégionale constituait 22,01% et 59% de toutes les anesthésies respectivement en Côte d'Ivoire en 2011 et au Togo en 2012. Dans le même ordre, la rachianesthésie représentait 74,99% et 96,08% des ALR [4, 5].

Les indications de la rachianesthésie : Dans notre série, toutes les indications sont concordantes avec celles d'une rachianesthésie

basse, aucune des 17 indications ne nécessite un niveau de bloc sensitif au dessus de D10. Si l'on considère les nombreux avantages de la rachianesthésie en milieu tropical tels qu'ils ont été révélés par Carpentier et al. en 2001 [6] et le relatif faible taux d'échec de 3% [7], les meilleures perspectives pour notre pays se trouveraient aujourd'hui dans la promotion des autres variétés de rachianesthésie à savoir les rachianesthésies moyenne et haute [8] afin d'élargir les indications de cette technique anesthésique et par conséquent de réduire sensiblement les coûts de l'anesthésie.

Même si, comme le recommandent Viel et al., la rachianesthésie ne doit pas être considérée comme la technique du pauvre [1], elle constitue en raison de ses nombreux avantages notamment son coût, une opportunité dont les pays en développement doivent s'approprier, en observant bien les contre-indications afin de réduire considérablement les lourdes parts budgétaires de l'anesthésie dans leurs hôpitaux. Il s'agit en réalité d'une stratégie dont la mise en œuvre nécessite la formation de ressources humaines qualifiées.

Depuis 1919, alors que l'industrie pharmaceutique était peu développée et les mécanismes physiopathologiques peu connus, des cholécystotomies, des cholécystoentérostomies, des splénectomies, des pyloroplasties de Finney, des excisions d'ulcère gastrique, des gastroentérostomies et des hernies épigastriques ont été réalisées avec succès sous rachianesthésie haute [9].

En 1935, Allen et al. ont publié la chirurgie d'un carcinome de l'ampoule de Vater sous rachianesthésie [10]. En 1940, Fraser avait fait une description complète conventionnelle de la technique de rachianesthésie haute et avait indiqué les mêmes méthodes que Stanley pour obtenir l'extension et la montée du bloc au niveau du dermatome désiré. Il avait clairement mentionné que la modération dans le dosage et la dilution ainsi que la position de Trendelenburg constituent les facteurs de sécurité de la technique [11].

Plus près de nous en 2008, Kumar et al. ont publié la réalisation sous rachianesthésie haute avec micro-catheter de la chirurgie du cancer colorectal chez des patients ASA III et ASA IV ayant de lourds antécédents comme une bronchopneumopathie chronique obstructive, un infarctus du myocarde ou un diabète. La chirurgie incluait hémicolectomie droite ou gauche, colectomie totale, sygmoidectomie, opération de Hartman, amputation abdomino-

périnéale, cholécystectomie par voie ouverte ou endoscopique et hernie inguinoscrotale étranglée. Le bloc qui arrivait à T6-T7 avait été obtenu avec 2,75 ml de bupivacaïne 0,5% hyperbare associée à 25 µg de Fentanyl [12].

Par ailleurs, il est admis que dans les pays en développement, l'urgence constitue le mode le plus fréquent d'admission des patients. Un autre avantage serait lié au fait que les techniques d'ALR, lorsqu'elles sont possibles, sont celles qui procurent la meilleure qualité d'analgésie postopératoire [13].

Toutes ces performances sus-citées sont réconfortantes et pourraient aider les praticiens des pays en développement à sortir des indications ordinaires habituelles de la rachianes-

thésie afin de redonner à cette technique toute son importance sur les plateaux techniques aux ressources limitées.

CONCLUSION

La rachianesthésie est une technique simple, efficace et peut coûteuse ; elle possède de larges indications allant à la chirurgie abdominale haute. Au CNHU de Cotonou, la pratique de la rachianesthésie est encore limitée aux indications ordinaires qui relèvent de la rachianesthésie basse. Il serait bénéfique de promouvoir la rachianesthésie haute afin d'élargir globalement les indications de la rachianesthésie et de réduire par conséquent les charges financières liées à l'anesthésie pour accroître l'efficacité.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Viel E, Gentili M, Ripart J, Eledjam J-J. Rachianesthésie chez l'adulte (obstétrique et pédiatrie exclues). EMC-Anesthésie-Réanimation 2010 : 1-17[Article 36-324-A-10].
2. Villet S, Mondragon P, Albrecht E. Anesthésie locorégionale (ALR), In : E ALBRECHT, JP HABERER, E BUCHSER, V MORET. Manuel pratique d'anesthésie, 2^{ème} édition, Paris, Masson, 2010.
3. Van Steenberge A, Joos S. Anesthésie péridurale, caudale et rachidienne, In : K SAMII. Anesthésie-réanimation chirurgicale, Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 1995.
4. Brouh Y, Tétchi Y, Pete Y, Ouattara A, Koffi N, Bredou A, Abhé Chaké. Pratique de l'anesthésie en Côte d'Ivoire. Rev Afr anesth Med Urg ; 2011 ; 16(1): p 48-53.
5. Tomta K, Mouzou T, Sama H, Chobli M, Ahouangbévi S. pratique de l'anesthésie au Togo. Rev Afr anesth Med Urg 2012 ; 17(1) : p 16-24.
6. Carpentier J.P, Banos J.P, Brau R, Malgras G, Boye P, Dubicq J, Angel G, Roth C. Pratique et complications de la rachianesthésie en milieu tropical africain. Annales françaises d'anesthésie et de réanimation 2001 ; 20(1) : p 16-22.
7. Gentili M.E, Chassard D. Echecs de la rachianesthésie : problème technique, pharmacologique, anatomique ? . Annales françaises d'anesthésie et de réanimation 2008 ; 27(2) : p 179-180.
8. Hounkpè P C, Dossou F M, Tonato-Bagnan J A, Gbessi D G, Olory-Togbé J L, Atchadé D, Bagnan K. O. Rachianesthésie haute pour cure de hernie de la ligne blanche au CNHU de Cotonou : une observation. Rev.CAMES-Série A 2010 ; 11: p 138-141.
9. Stanley LL. Spinal anesthesia in upper abdominal surgery. California State Journal of Medicine 1919; 183-184.
10. Allen O. Whipple, William Barclay Parsons and Clinton R. Mullins. Treatment of carcinoma of ampulla of Vater. Ann Surg 1935; 102 (4): p 763-779.
11. Fraser R J. High spinal anaesthesia. Can Med Asso J 1940; 43(3): p 251-255.
12. Kumar CM, Corbett WA, Wilson RG. Spinal anaesthesia with a micro-catheter in high-risk patients undergoing colorectal cancer and other major abdominal surgery. Surg Oncol. 2008; 17 (2): 73-79.
13. Lejus C, Biard M, Leclair M.-D. Urgences chirurgicales néonatales. EMC-Anesthésie-Réanimation 2011 :1-16 [Article 36-640-A-50].