

MOTIFS DE DEPROGRAMMATION AU BLOC OPERATOIRE (RESULTATS PRELIMINAIRES)

J Bousselmi, A Kilani, A Rafrafi, A Bargaoui, H.Jaoua, K.BenFadhel

Service Anesthésie Réanimation Hôpital Habib Thameur Tunis

Introduction : La déprogrammation d'un acte chirurgical au dernier moment est une source de désagrément pour le patient, de perturbation du programme opératoire et peut résulter d'un dysfonctionnement dans l'organisation.

L'objectif de ce travail est d'essayer d'identifier les différentes causes d'annulation afin de rechercher des mesures correctrices.

Matériels et méthodes : C'est un travail réalisé aux différents blocs opératoires de notre hôpital portant sur une période de un mois. Nous avons étudié les déprogrammations aux différents blocs de manière prospective, pour cela toute annulation donnait lieu à la rédaction d'une fiche remplie par le résident d'anesthésie réanimation affecté à ce bloc pour analyse des motifs de déprogrammation.

Résultats : Sur 240 interventions programmées dans différents blocs de l'hôpital, 17 cas ont été déprogrammés soit 7% du programme opératoire. Le médecin anesthésiste est responsable de 59% des déprogrammations, le chirurgien de 17.5%. et le patient de 23.5% (tableau 1).

Tableau 1. Répartition des causes d'annulations.

Causes d'annulation	N	%
Évitables	4	23
Erreurs de programmation	2	11,6
Carence en matériels	1	5,7
Non respect des consignes préopératoires	1	5,7
Inévitables	13	77
Maladie aiguë intercurrente	8	47,6
Absence du patient	5	29,4
Total	17	100

Conclusion : Ce travail a permis de donner une idée sur le taux d'annulation de dernière minute de différents blocs opératoires au sein de notre établissement et d'en découvrir les causes les plus fréquentes. La recherche du taux d'annulation paraît être un indicateur important mais insuffisant dans l'évaluation des performances d'un bloc opératoire.

PARAMETRES ECHO-CARDIOGRAPHIQUES DU VENTRICULE DROIT PREDICTIF DE LA SEVERITE DU SAOS.

Zakhama L, Herbegue B, Slama I, Mimouni M, Bousabbah I, Thameur M, Benyoussef S.

Service de cardiologie, Hôpital des Forces de Sécurité Intérieures, La Marsa.

Introduction : La relation entre le syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) et la fonction ventriculaire gauche est bien établie, mais elle semble encore controversée avec la fonction ventriculaire droite (VD). Notre objectif était d'évaluer la présence d'une dysfonction VD chez les patients atteints d'une forme modérée à sévère.

Matériel et méthodes : 40 patients nouvellement diagnostiqués avec SAOS modéré ou sévère dont on a exclu les patients atteints de cardiopathie valvulaire et/ou ischémique, de trouble du rythme, de pathologie pulmonaire aiguë ou chronique ou d'hypertension artérielle pulmonaire. Tous les patients ont eu une évaluation des paramètres de la fonction VD avant le début de tout traitement : la fraction de raccourcissement des surfaces (FRS), l'excursion systolique du plan de l'anneau tricuspide (TAPSE), la vélocité maximale de l'onde S systolique du VD (S') et l'indice de performance myocardique du VD en mode doppler tissulaire (IPM).

Résultats : L'âge moyen de notre population était de $47,5 \pm 10$ ans. Dix-sept (42%) patients étaient hypertendus et 35 (87%) étaient obèses. L'indice de masse corporelle (IMC) était de $33,4 \pm 4$ Kg/m². Les patients ont été repartis en deux groupes selon la sévérité du SAOS évaluée par l'IAH (index Apnée-Hypopnées) : SAOS modéré (IAH<30):18 patients et SAOS sévère (IAH>30) : 22 patients. La valeur du TAPSE était significativement inférieure dans la forme sévère par rapport à la forme modérée ($22,7 \pm 4$ vs $26,1 \pm 3$ mm ; $p=0,012$). Le pic S' était significativement plus bas dans le groupe des SAOS sévères ($11,4 \pm 3$ cm/s vs 13 ± 1 vs $14,4 \pm 3$ cm/s ; $p=0,05$). L'étude de l'indice IPM en doppler tissulaire et de la FRS en mode conventionnel ne montre pas de différence entre les deux groupes. La recherche de corrélation entre la sévérité du SAOS évaluée par la médiane d'IAH et l'altération des paramètres échographiques a trouvé que seule la valeur moyenne du TAPSE tend à être corrélée à l'IAH ($p=0,064$) : plus l'IAH est élevé, plus le TAPSE est altéré, mais cette corrélation n'atteignait pas le seuil de la significativité.

Conclusion : TAPSE et S' sont deux paramètres sensibles pour détecter une dysfonction ventriculaire droite infra clinique chez les patients atteints d'une forme sévère de SAOS. Nous n'avons pas réussi à trouver une corrélation significative entre la sévérité du SAOS et la dysfonction VD.