

Morbidity and mortality of resuscitated cardiopulmonary arrest admitted to intensive care in Kinshasa university clinics

Barhayiga B¹, Mbombo W^{1,2,3}, Atungisa J⁴, Kilembe A¹

¹Cliniques universitaires de Kinshasa, ²Centre hospitalier MONKOLE, ³Université de Mwene Ditu, ⁴Indépendant
Correspondant : Berthe BARHAYIGA berthebarhayiga@gmail.com et Wilfrid MBOMBO pwmbombo@yahoo.fr

Résumé

Contexte et objectifs. L'arrêt cardiorespiratoire réanimé est une modalité d'ischémie ré perfusion globale responsable d'une défaillance multi-viscérale caractéristiques. Ce syndrome est la principale cause de mortalité et chez les survivants du développement des séquelles neurologiques. La mortalité de cette entité est variable, mais reste lourde (10 à 90%) en dépit des recommandations toujours actualisées par les sociétés savantes. Cette étude avait pour objectif principal de déterminer la mortalité des arrêts cardiaques réanimés admis en réanimation des cliniques universitaires de Kinshasa et secondairement les drogues utilisées pour la prise en charge.

Méthodes. Il s'est agi d'une étude documentaire réalisée au Département d'Anesthésie Réanimation des Cliniques universitaires de Kinshasa de janvier 2000 à janvier 2016. Elle a concerné les dossiers des patients ayant présenté un arrêt cardiorespiratoire et réanimés avec succès puis admis dans le service de réanimation des Cliniques universitaires de Kinshasa. Seuls les dossiers comprenant toutes les variables d'intérêt ont été retenus. Les variables de l'étude ont été : l'âge, le sexe, le lieu de survenu de l'arrêt cardiaque, la durée de la réanimation de l'arrêt cardiaque et la reprise de l'activité cardiaque spontanée, les causes probables de l'arrêt cardiaque, le score de Glasgow à la sortie, la durée de séjour en réanimation, les défaillances d'organes observés en réanimation, les drogues utilisées, l'issue des patients et les séquelles à la sortie.

Résultats. Pendant cette période, 125 dossiers ont été retrouvés et seulement 60 étaient exploitables. L'âge moyen des patients est de 33,10 ans avec des extrêmes 0,16 à 80 ans. Le sexe masculin prédomine avec 58,3%. L'arrêt cardiaque était survenu au bloc

opérateur général dans 65% (39 cas), au bloc opératoire de gynécologie obstétrique dans 20% (12 cas), en médecine interne dans 11,6% (7 cas) et en pédiatrie 3,33% (2 cas). La durée de la réanimation était inférieure à 30 minutes pour 46 patients (76,6%) et supérieure pour 23,3%. Les causes probables de l'arrêt étaient au bloc opératoire général : la fibrillation ventriculaire (39 cas), au bloc opératoire de gynécologie, le choc hémorragique (12 cas), en médecine interne, le choc septique 7 cas et en pédiatrie, l'hypoxie 2 cas. La durée de séjour en réanimation était de moins de 10 jours chez 47 patients (78,3% et plus de 10 jours chez 13 patients (21,7%). La durée moyenne de séjour était de 6,3 jours plus ou moins 3 jours avec des extrêmes d'un jour à 38 jours. Les défaillances organiques observés étaient cardiaques 50%, pulmonaires (41,6%), rénales (16,6%) et hématologiques, la CIVD (5%). La prise en charge post arrêt cardiaque comprenait l'intubation/ventilation/sédation au midazolam plus ou moins fentanyl chez tous les patients, l'adrénaline chez 50 patients (83%), la noradrénaline chez 20 patients (33,3%), la dobutamine chez 10 patients (16,6%). L'hypothermie n'a été utilisée chez aucun patient. La mortalité a été de 85% et la moyenne de score de Glasgow à la sortie est de 13 avec des extrêmes de 12 à 15.

Conclusion. En dépit des limites de cette étude (retrospective avec peu de dossiers exploitables), les arrêts cardiaques réanimés récupérés proviennent surtout du bloc opératoire du fait de leur survenu aux yeux de l'anesthésiste qui agit immédiatement augmentant le taux de récupération. Une étude prospective et analytique sur la prise en charge des arrêts cardiaques aux Cliniques universitaires de Kinshasa est envisagée.

Mots-clés : arrêts cardiaques réanimés, réanimation, cliniques universitaires de Kinshasa