



SOMMAIRE

	Page
EDITORIAL	
Dr. Jean-Marie Eustache	3
ARTICLES :	
1-Traumatisme Périnéal Non Fatal par Empalement Traversant la Cavité Pelvienne, à propos d'un cas,	4
Louis-Franck Télémaque, MD	
2-Tuberculose mammaire, à propos d'un cas.	8
Emmanuel Régis, MD	
3-Problématique de la Tungose en Haïti	11
Shesly Jean-Baptiste, MD	
4-Granulome à cellules géantes du maxillaire supérieur : à propos d'un cas	13
Gustave Dabrézil, MD	
6-Invagination intestinale	17
Sylvio Augustin, MD	
7-Evaluation des paramètres cliniques tumoraux et de la biopsie du Ganglion Sentinelle dans la chirurgie du cancer débutant du sein.	20
Lionel Nérette, MD	
X TREME DIA: Goitre diffus simple géant	25
Annales Service Chirurgie HUEH	
DIAPORAMA: Tumeur Royale de Von Recklinghausen	26
Louis-Franck Télémaque, MD	
DOSSIERS :	
1-Chirurgie thoracique en Haïti	27
Mac Namara Padovani, MD	
2-Tele medecine in support of Continuing Medical Education in Haiti	28
Ramona Tascoe, MD	
INFORMATIONS	
AMHE Medical Mission to HAITI, part one	32
Maxime Coles, MD	
DIVERS :	
1- Réflexion	34
2- Mots croisés	35
niceDérivois, MD	
3- Encarts pub : GSP – Villedrouin -	36

"Si vous n'échouez jamais, c'est que vous ne vous êtes pas fixé de buts assez élevés." Anonyme

PUBLICATION DANS *info CHIR*

Guide pour les auteurs

Info CHIR reçoit l'envoi d'articles à caractère clinique, expérimental, culturel, historique pertinents avec des thèmes chirurgicaux et anesthésiologiques. Les manuscrits seront préparés suivants les recommandations décrites plus bas et envoyés à l'adresse suivante :

Louis-Franck Télémaque, MD, FICS, MSc
Coordonnateur, Infochir
Polyclinique des Facultés, 96 Rue Oswald Durand, Port au Prince, Haïti, W.I.
infochir@gmail.com tlmq15@yahoo.com
509 37132151 509 39131556

Jusqu'à nouvelle disposition, la revue des manuscrits est gratuite. La copie et les illustrations peuvent être soumises sur support papier, dans une puce ou sur le net (préférentiellement).

Résumé des recommandations minimales (Uniform requirements for manuscripts submitted to Biomedical Journals, JAMA 1997; 277: 927-934)

1- Préparation du manuscrit:

Papier régulier 29x21 cm avec 2.5 cm de marge. Bien indiquer les différentes sections du texte. Numéroté les pages en haut à droite.

2- Le titre: composantes:

- le titre lui même, concis mais informatif,
- le prénom et le nom de chaque auteur avec le degré académique le plus élevé,
- le nom du département ou de l'Institution,
- le nom et l'adresse de l'auteur, mail, téléphone

3- L'abstract : à ne pas dépasser 150 mots, incluant les données succinctes du problème, le matériel et la méthode, les résultats et la conclusion. L'emphase peut être mise sur l'originalité de l'étude ou de l'observation.

4- Les mots clés: 3 à 10 mots ou courtes phrases correspondant à la liste des titres de sujets médicaux de l'Index Medicus.

5- L'introduction : informe les lecteurs du problème et des trouvailles des autres. Etablit clairement la nature et l'objectif du travail.

6- Le matériel et les méthodes: Expliquent clairement et précisément les procédures clinique, technique et expérimentale.

7- Les résultats : à décrire sans commentaires incluant les tables, chartes et figures.

8- La discussion: Commente les résultats et les mets en relation avec ceux d'autres auteurs. Définit leur pertinence en relation à la recherche expérimentale et à la pratique clinique. Les arguments doivent être bien fondés.

9- Les références: Les énumérer dans l'ordre de citation dans le texte. Les identifier en nombre arabe comme les tables et les photos. Les titres des journaux et les noms des auteurs doivent être abrégés suivant le style de l'Index Medicus. Les références doivent être accessibles.

10- Les tables : Explicatives, supplémentaires par rapport au texte. Numérotées avec un titre court et les explications rédigées en dessous de la table. Les légendes sont bien indiquées.

11- Les illustrations : Clarifient et augmentent la compréhension du texte. Numérotées et citées dans le texte. Les légendes sont bien indiquées.

12- La déclaration de l'auteur : Les manuscrits sont signés par le ou les auteurs. Ils indiquent que l'article est original et non en considération avec aucun autre journal.

13- Droits d'auteur : Des textes, des illustrations qui ne sont pas de l'auteur nécessitent une autorisation écrite pour les reproduire.

14- Check list :

- Lettre de soumission à Infochir
- Déclaration de l'auteur
- Références complètes des auteurs
- Copies : le texte avec toutes ses composantes, informatisé dans une puce (qui sera retournée) ou envoyé par mail
- L'abstract et les mots clés.
- Tables et illustrations
- Références

EDITORIAL

Des mots forts pour saluer tous ceux qui, à un titre ou à un autre, ont prêté leur concours à la conception et à la réalisation du Journal Haïtien de Chirurgie et d'Anesthésie, Info CHIR. Encore une fois, vous avez fait mentir ceux qui croient que rien de grand ne peut prendre corps sur ce coin de terre.

Dépouillés du corset de l'individualisme, vous avez, avec des moyens très limités, entrepris de participer à la formation de nos jeunes chirurgiens et anesthésiologistes. Je m'imagine ce qu'il vous a fallu de clairvoyance, de courage et surtout de tolérance pour en arriver là. Vous pouvez vous enorgueillir d'avoir refusé le chemin de la facilité et de la routine pour opter pour une discipline rigoureuse axée sur le partage, que dis-je, le don de soi. Six parutions déjà; plus d'une trentaine de sujets, les uns les plus intéressants que les autres, avec toujours le souci de former et d'éduquer. Après tant d'efforts et de sacrifices, de telles avancées ne peuvent disparaître comme des empreintes de pas sur le sable...

Il m'est particulièrement agréable, à l'orée de cette nouvelle présentation de saluer la participation remarquable des Membres de l'Association Médicale Haïtienne à l'Étranger (AMHE). Ils n'ont pas eu de cesse, dès la première parution, de nous envoyer des articles que nous avons appréciés au plus haut point. Nous voulons, en les remerciant pour leurs conseils, les assurer que les colonnes d'Info CHIR leur resteront toujours ouvertes.

Fort de l'importance de la formation continue dans toute discipline humaine, particulièrement la science médicale, nous adressons nos hommages et un salut fraternel à tous les membres de la corporation médicale haïtienne. Nous les remercions pour leur support et leur acceptation. Qu'il me soit permis de leur rappeler que pour réaliser ce rêve, notre rêve, il faille plus que la foi dans la réussite de ce projet en gestation. Il faut la participation: une participation active à tous les niveaux et de tous les instants. Puissent leurs actions, leurs réflexions leur permettre de se dépasser chaque jour en prenant continuellement une conscience citoyenne des besoins de notre société pour déboucher sur un système de santé moins sectaire, plus humaniste et plus adapté à nos moyens. Un système de santé permettant de prendre en charge l'Homme haïtien dans sa globalité culturelle et sociale. C'est le vœu que je formule à l'occasion des Fêtes de Pâques.

Jean Marie Eustache, MD

Articles médicaux

Traumatisme Périnéal Non Fatal par Empalement Traversant la Cavité Pelvienne, à propos d'un cas.

Louis-Franck Télémaque, MD*, HUEH- 2012

Résumé

Une femme de 32 ans s'empale sur le montant métallique d'une chaise. Elle est transportée avec l'objet planté dans son périnée. Le montant scié, l'examen clinique et radiologique objectivent un corps étranger qui aurait traversé la fosse ischio rectale gauche en créant des dommages aux organes du petit bassin. La patiente étant stable, l'exploration abdominale et périnéale découvre principalement un délabrement de la paroi latérale gauche de la vessie. Après l'extraction sous vision directe de la tige de fer, l'opération consista en la réparation vésicale avec un drainage au Foley. Les suites furent simples.

Spectaculaire mais rare, l'empalement périnéal isolé ou associé à un traumatisme multiple, peut provoquer des lésions importantes aux organes du pelvis nécessitant une investigation approfondie. Des complications majeures peuvent survenir. Le score de RISS règlemente la prise en charge des lésions recto coliques.

Mots clés : empalement, corps étranger.

Présentation du cas

A- L'histoire clinique



Fig. 1 : Vue postérieure

Fig. 2 : Vue latérale

Une patiente âgée de 32 ans est vue aux Urgences, couchée sur le ventre, surmontée d'une chaise forgée « zo » dont le montant droit était visiblement planté dans son périnée (fig. 1, 2).

Elle raconte qu'un incendie s'était propagé à sa maison et, pour s'échapper, elle n'avait d'autre moyen que d'escalader le mur mitoyen et de se jeter les deux pieds en avant dans le noir, vers 7h de soir. Elle se reçut sur des objets dont l'un la pénétra par le périnée. Les voisins alertés vinrent à la rescousse, l'étalèrent sur une porte, la transportèrent à l'arrière d'un taptap et l'amènèrent à l'HUEH.

Elle était consciente, bien orientée, avec des signes vitaux dans les limites de la normale, se plaignant de douleurs vives au bas ventre. L'examen clinique identifie la porte d'entrée à un travers de doigt de l'anus à gauche. La palpation du flanc, au dessus de la crête iliaque permet de

palper le bout de la pointe du montant de la chaise. Le toucher vaginal est impossible dans cette position. Le toucher rectal découvre un anus tonique et le doigt peut suivre le corps étranger sur une certaine longueur à travers la paroi latérale gauche du rectum. Le doigtier ne ramène pas de sang. Le pouls fémoral n'est pas accessible mais le pouls poplité du même côté est bien perçu. Le diagnostic probable retenu est un empalement avec passage du corps étranger à travers la fosse ischio rectale gauche. Il est à redouter des lésions vasculaires iliaques et une plaie lacérative du sigmoïde et des intestins.

B- Les mesures stratégiques pré op :

La préparation pré op a consisté en :

a) section du montant transfixiant de la chaise à la scie à métaux (fig. 3, 4, 5)



Fig. 3 : Corps étranger en place



Fig. 4 : Corps étranger scié

b) Complément de l'examen clinique

c) X-ray plain de l'abdomen à blanc

d) Cathérérisme vésical.

Fig. 6 : Vue perineale



Fig. 6 : Corps étranger métallique visualisé

L'abdomen réagissait au niveau des quadrants inférieurs. Le toucher vaginal était douloureux, particulièrement à gauche et on palpait le corps étranger plus loin dans sa course latéro vaginale. La mobilisation du col utérin était douloureuse. Une sonde vésicale de Foley 16 ramena des urines sanglantes.

L'impression de délabrement vésical fut retenue. Les clichés obtenus ont objectivé la présence du corps étranger orienté de bas en haut et de droite vers la gauche, traversant le petit bassin et appuyé contre la paroi iliaque gauche jusqu'à la crête iliaque. Deux aspérités sont notées excluant toute traction extraction vers le bas. Il n'y avait pas d'air libre sous les coupes diaphragmatiques.

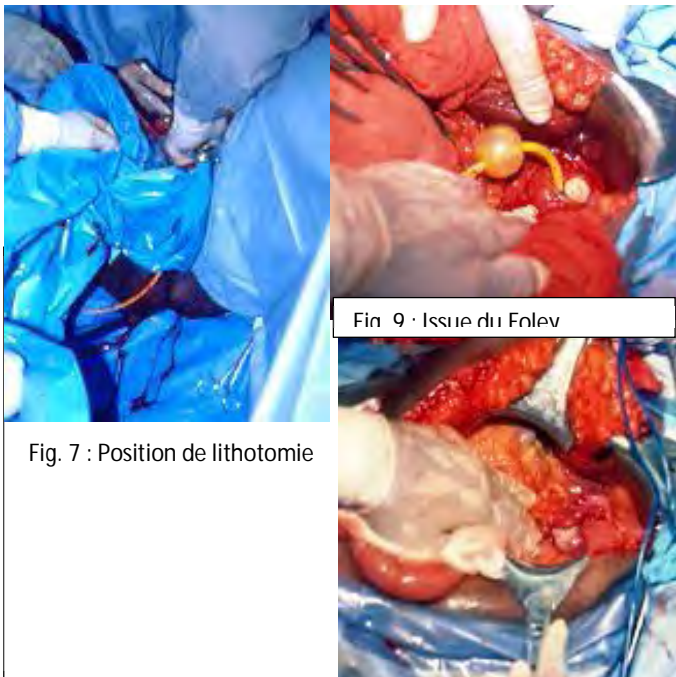


Fig. 9 : Issue du Foley

Fig. 7 : Position de lithotomie

Fig. 8 : délabrement dans le petit bassin

C- L'intervention

Après l'obtention des examens de routine, qui se sont révélés dans les limites de la normale, la patiente fut amenée au bloc opératoire. Elle fut placée en position de

lithotomie, exposant en même temps le périnée et l'abdomen (fig., 7).

A la laparotomie exploratrice, par une incision sous ombilicale, on découvrit un délabrement tissulaire hémorragique dans la fosse iliaque gauche et dans le petit bassin (Fig. 8).

L'anse sigmoïdienne était intacte. Son décollement de la paroi et l'ouverture du méso rectum permirent d'exposer un délabrement pré et latéro rectal du méso sigmoïde, du bord latéral de l'utérus et du vagin avec deux larges brèches vésicales gauches qui laissaient



Fig. 10 : Corps étranger visualize

Fig. 11 : Faïlle pelvienne

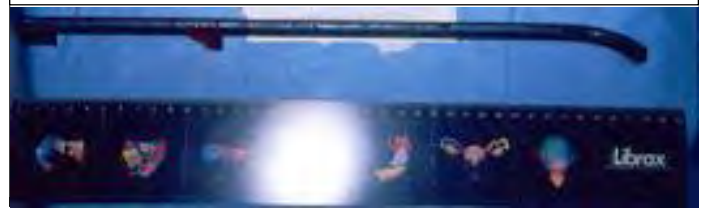


Fig. 12 : Corps étranger de 38cm.

passer le cathéter vésical (fig. 9) L'uretère et les vaisseaux iliaques étaient intacts. L'exposition permit de dégager la partie supérieure du corps étranger dont les deux aspérités furent retrouvées. Il fut extrait sous vision directe sans conséquence (fig. 10, 11, 12).

L'intervention fut complétée par la réparation des brèches vésicales au Vicril[®] 2/0 (fig. 11), la conservation du Foley et par un drainage latéral au Penrose. La plaie périnéale donnant accès à la fosse ischio rectale gauche fut explorée et drainée.



Fig. 13 : Patiente tenant son corps étranger.

D- Le post opératoire

Le post-opératoire fut simple.

Discussion

A- L'empalement périnéal (EP)

1- Définition

De plusieurs sources (Wikipedia, IQ.com, Webster Dictionary) l'EP réfère à un état de pénétration profonde d'objet (s) dans le corps, découlant d'un accident non intentionnel et provoquant des plaies délabrantes. L'EP peut être isolé ou faire partie d'un poly traumatisme. Le retrait des objets présente souvent un sérieux challenge chirurgical.

2- La fréquence de l'EP dans notre population n'est pas connue. Des informations anecdotiques font état d'EP d'enfants par corne de bœuf avec ou sans atteinte sphinctérienne. Somme toute, l'EP ne semble pas se prévaloir d'une forte prévalence car F Bäumer¹ affirme que dans sa série de traumatismes abdomino-périnéaux, l'empalement est très rare. Le même constat est relevé dans la série pédiatrique de Pierre-Yves Mure² et de Lippert³.

3- le diagnostic du délabrement

Dans notre cas, le diagnostic fut évident mais des auteurs signalent des difficultés à reconnaître certains EP, insistant sur la nécessité de la recherche d'une histoire précise et d'un examen méticuleux¹. De plus, il est signalé que leur sévérité peut ne pas toujours correspondre avec l'apparence externe du périnée⁴.

4-Les conséquences

La mortalité va dépendre de la gravité des lésions associées⁵. Si elle ne survient pas, la majorité des problèmes seront en rapport avec l'infection, l'hémorragie et les lésions intra abdominales¹. Le degré du délabrement détermine le résultat fonctionnel⁵. La perte de la continence demeure la complication la plus sévère du traumatisme périnéal⁵.

Dans notre cas, le corps étranger de type métallique a traversé la fosse ischio rectale, embrochant la vessie, mais épargnant les autres structures du petit bassin.

B- La technique préparatoire à l'intervention

Les auteurs comme Pierre-Yves Mure² insistent sur le fait que la recherche méthodique et systématique des lésions peut découvrir des lésions non diagnostiquées et permettre une réparation chirurgicale primaire et un bon pronostic. Panis Y.⁵ insiste sur le fait que les lésions sont souvent associées, nécessitant la recherche d'une lésion osseuse (bassin), uro-génitale (urètre et/ou la vessie), vasculaire (hémorragie). Un toucher rectal et vaginal (avec ablation d'éventuel corps étranger) et même une rectoscopie peuvent permettre de faire dès l'admission un bilan satisfaisant du rectum sous-péritonéal⁵.

Notre démarche préparatoire s'était inscrite dans ces principes car nous avons effectué les touchers vaginal et rectal, le cathétérisme vésical et les radiographies qui ont permis d'asseoir le diagnostic d'atteinte probable de l'appareil urinaire. Sonographie et scanner n'étaient pas disponibles.

C- L'intervention: Les Principes :

1- La réparation primaire : De nombreux auteurs insistent sur la nécessité de toujours essayer la réparation primaire comme l'opération définitive^{3, 5, 6}. Dans notre cas, le constat des lésions fait, la réparation primaire des plaies vésicales fut immédiate.

2- La diversion proximale et le drainage pré sacré représentent le traitement standard des lésions du rectum intra-abdominal et des lésions complexes^{7, 8}. Le traitement chirurgical "classique" des plaies du rectum sous-péritonéal comprend les 4 "D" de la littérature anglo-saxonne (Distal rectal washout, Diversion of the fecal stream, Drainage of the presacral space, and Damage repair)^{3, 6}.

On recommande aussi de diversifier le traitement en fonction de l'importance des lésions qui sont au mieux classées selon le **score RISS** (Rectal Injury Scaling System)⁵ dont la classification est la suivante:

- Grade 1: plaie partielle de la paroi rectale (pas de colostomie)

-Grades 2 à 4: plaie de l'ensemble de la paroi rectale (sur un rectum restant bien vascularisé- colostomie et drainage pré sacré)

-Grade 5: existence d'une portion dévascularisée du rectum (colostomie et drainage pré sacré).

Aucune plaie rectale n'avait été décelée dans notre cas.

3- Dans les cas d'hémorragie massive (polytraumatisés pelvi-périnéaux et/ou abdominaux) le geste hémostatique, le plus souvent artériographique prévaut, puis en cas d'échec, chirurgical (ligature des artères iliaques internes ou de leurs branches)⁵. L'exploration du paquet artério veineux iliaque n'avait pas montré de lésion chez notre patiente.

4- La plaie sphinctérienne associée est réparée immédiatement et sans colostomie de protection⁵. La pénétration du corps étranger a été latéro sphinctérienne gauche sans lésion.

D- Les résultats

La morbidité et la mortalité de l'EP vont dépendre de la gravité des lésions associées, apportant son contingent d'infection, de fistules, d'incontinence^{1, 5}. Le score de RISS⁵ est généralement accepté, règlementant les indications de colostomie de proche amont et de drainage préventifs

de complications. Cependant, une révision récente par Morken and all ⁹ suggère qu'un traitement chirurgical agressif pour les RISS I n'est pas nécessaire.

Conclusion

Ce cas de traumatisme périnéal non fatal par empalement, traversant la cavité pelvienne, est l'une des rares situations d'empalement rapporté dans la littérature médicale haïtienne. Spectaculaire, il a fait appel à un sens tactique et à des investigations cliniques et para cliniques pour diagnostiquer les éventuelles conséquences de la pénétration de force de ces 38 cms de barre de fer. L'intervention, au demeurant sans grande difficulté, et un post-op sans complication notable rendraient banal ce type de trauma. Nous savons que les complications sont relatives aux atteintes vasculaires, colo rectale, sphinctérienne particulièrement, absentes dans notre cas.

Le résultat a été satisfaisant dans notre cas.

Références

- 1- F Bäumer, B Gay, U Markert, M Imhof, Problems and incidence of abdominoperineal impalement injuries, *Der Unfallchirurg* (1990) , Volume: 93, Issue: 5, Pages: 212-215
- 2- Pierre-Yves Mure, Lyon, Pathologie ano-rectale acquise, 2007 PPT

- 3- Lippert H, Falkenberg B, Strategy and technique in perineal impalement injuries, *Klinik für Allgemein- Viszeral-, und Gefäßchirurgie, Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg* , **Journal Article: [Der Chirurg](#)** (impact factor: 0.6). 01/2002; 72(12):1402-6.

- 4- Enrique R, Eric H, , Eric M. T. Volsko, Dudgeon D, Pediatric Trauma Center, Rainbow Babies & Children's Hospital, University Hospitals Health System, Case Western Reserve University School of Medicine, Cleveland, OH. Cleveland, Ohio. *J Pediatr Surg* 35:702-704.

- 5- Panis Y. Traumatisme ano-recto-périnéal, D.I.U Enseignement Colo Proctologie, 15 mars 2001

- 6- Impalement injuries, D Soffer, Y Kariv, H Elran, N Razon, D Aladgem, et al. in *The Annals of Thoracic Surgery*(1987)

- 7- [Kirchner R](#), [Diaconescu MR](#). Management of perineal impalement injuries, Department of General Surgery, University of Freiburg, Germany, PMID: 1344845 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Abstract

- 8 -Jose R. Cintron, MD, FACS, FASCRS, Colon & Rectal Trauma, Division of Colon and Rectal Surgery University of Illinois , College of Medicine at Chicago, ASCRS

- 9-Morken JJ, Kraatz JJ, Balcos EG, Hill MJ, Ney AL, West MA, Civilian rectal trauma: a changing perspective, Department of Surgery, Hennepin County Medical Center, Minneapolis, Minn 55415, USA.

Louis- Franck Télémaque, MD, FICS, MSc, Chef du Département de Chirurgie FMP, Chef de service de Chirurgie, HUEH, 2012. tlmq15@yahoo.com

TUBERCULOSE MAMMAIRE, à propos d'un cas

Emmanuel Régis, MD, 2012

Abstract



La tuberculose peut intéresser à peu près tous les organes de l'organisme, mais sa localisation mammaire demeure l'une des moins fréquentes. Quand elle survient, même dans des pays où la tuberculose est endémique, elle peut passer inaperçue. Nous nous proposons par une étude de cas de revoir cette pathologie rare, afin d'en reconnaître les difficultés diagnostiques.

Mots clés : tuberculose, seins, diagnostic, cancer

Présentation de cas

Une patiente de 29 ans s'est présentée au service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital St Nicolas de St Marc pour augmentation de volume de son sein gauche, laquelle s'est développée de façon insidieuse, environ un mois après l'accouchement d'un bébé mort-né, ainsi qu'une perte de poids (fig. 1, 2).



Fig. 1 : Vue latérale

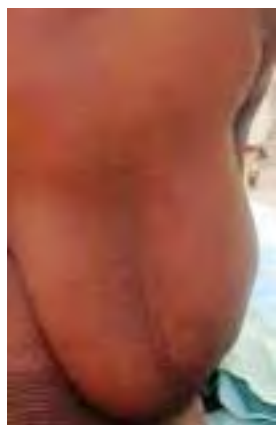


Fig. 2 : Vue antérieure

La revue fonctionnelle des appareils était négative pour anorexie, toux, fièvre, ou douleur du sein. L'examen physique a montré une masse au cadran supéro-externe du sein gauche, ferme, mobile. La malade est revenue en consultation 3 mois après sa première visite, invoquant des difficultés économiques à la réalisation des examens demandés. Entretemps, la masse a augmenté de volume de façon significative, et on a noté la présence d'une adénopathie axillaire ipsilatérale.

L'échographie mammaire a objectivé une masse hypoéchogène du sein, ressemblant à une tumeur phylloïde, d'étiologie à investiguer. L'hémogramme complet a montré un taux d'Hb à 11 gm, sans élévation ni

d'inversion de la formule leucocytaire. Le bilan hémostatique était normal. Le cliché du thorax n'a pas révélé de lésion parenchymateuse.

Elle a donc été opérée. L'intervention a consisté en l'exérèse de la masse, ainsi que celle de l'adénopathie axillaire (fig. 3). Aucune complication postopératoire ne fut observée.

Fig. 3: Masse et adénopathie axillaire



Les études histopathologiques ont révélé la présence de cellules géantes, avec nécrose caséuse centrale, au niveau des 2 spécimens, concluant ainsi à une tuberculose mammaire. La patiente fut envoyée à la clinique de tuberculose de l'hôpital, mais n'y est pas encore parvenue à ce jour.

Revue de la Littérature

A- Epidémiologie

La localisation mammaire de la tuberculose est très rare même dans les pays où la tuberculose est endémique. Elle représente près de 0.07% de toutes les localisations de la tuberculose selon certaines séries². Sa fréquence varie entre 0,5 à 4,5% de l'ensemble de la pathologie mammaire, selon la région géographique.

Des cas de tuberculose mammaire ont été aussi rapportés chez des hommes^{2,4}

L'hypothèse émise est que la glande mammaire est comme le muscle, résistant et peu convenable à la survie et au développement du *Mycobacterium tuberculosis*^{3,4}.

B- Facteurs de risque

On évoque la multiparité, l'allaitement, les traumatismes mammaires et les mastites chroniques. On notera que l'allaitement est lié à la tuberculose mammaire dans 7% à 30% des cas selon les séries^{3,4}. L'explication retenue est que le stress de la grossesse et l'augmentation de la vascularisation durant l'allaitement augmentent le risque infectieux.

C- Physiopathologie

On retrouve 2 formes d'atteintes:

Primitive: le sein est le seul organe atteint (plus commune)

Secondaire: l'atteinte mammaire apparaît après d'autres localisations tuberculeuses.

Il existe 5 voies de contamination:

- *Lymphatique* (plus commune), une adénopathie axillaire étant retrouvée dans 25 à 75 % des cas, selon les séries
- *Hématogène*, lors d'une miliaire tuberculeuse,
- *Canalaire*, par dilatation des canaux galactophores lors de la lactation
- *Contiguïté*, par un foyer de voisinage cutané ou osseux
- *Voie directe*, transcutanée, par abrasion de la peau du sein.

D- Clinique

Plusieurs formes sont décrites^{2,3,4}:

- **Nodulaire**: Lésion caséuse, indolore, d'évolution lente,
- **Diffuse**: avec adhérence à la peau, simulant un cancer
- **Sclérosante**: Femme âgée +++, masse indurée douloureuse.

E- Diagnostic clinique

- Il est difficile, à cause du polymorphisme. L'aspect le plus fréquent est un nodule ferme ou dur situé au niveau du quadrant supéro externe du sein droit, qui peut se fistuliser (fig.4).



Fig. 4 : Scrofulose et TB mammaire (Télémaque 2011)

L'atteinte bilatérale est très rare. On dénote des adénopathies axillaires, sus-claviculaires. L'évolution est chronique.

- Certains aspects cliniques peuvent évoquer la tuberculose, mais ne sont pas spécifiques, tels les abcès récidivant du sein, la fistulisation cutanée, les adénopathies axillaires ou sus claviculaires associées.

F- Diagnostic Radiologique^{1,2,4}

Il est peu spécifique sans aucun élément évocateur. L'échographie peut montrer plusieurs aspects possibles: la masse peut être hypoéchogène ou échogène, homogène ou hétérogène, bien ou mal limitée. La mammographie objective une masse dense de taille et de forme variable avec ou sans rétraction cutanée. Elle peut donc prendre la forme d'une opacité unique circonscrite ou d'une opacité aux contours irréguliers, avec ou sans micro calcifications.

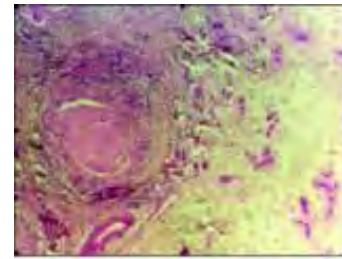


Fig. 5 : Follicule giganto cellulaire

Diagnostic différentiel^{1,2}:

Il est à faire avec le cancer du sein (+++), les mastopathies bénignes (fibroadénome, tumeur

Phyllode), plus rarement la sarcoidose, la mastite granulomateuse ou mastite chronique à plasmocytes qui peuvent donner des lésions granulomateuses sans nécrose caséuse.

Diagnostic de certitude^{1,2}:

Il se réalise à la cytoponction (diagnostic positif dans 30 à 75 % des cas) et à l'étude **anatomopathologique** de la biopsie ou mieux de la pièce de tumorectomie. On trouve la présence de follicules épithélioïdes et giganto cellulaires, avec nécrose caséuse acellulaire centrale (fig. 5).

G- Traitement

Le traitement de la tuberculose mammaire est identique à celui des autres localisations tuberculeuses extra pulmonaires, à savoir une **poly chimiothérapie** dont la durée pourra varier de 6 à 18 mois selon l'évolution clinique².

La **chirurgie** sera réservée au drainage des collections suppurées, ou pour enlever les masses résiduelles après un traitement bien conduit.

H- Discussion

La tuberculose mammaire pose un problème de diagnostic clinique et radiologique.

Les aspects radiologiques sont non spécifiques.

Le principal diagnostic différentiel est le cancer.

L'étude anatomopathologique permet le diagnostic de certitude.

L'évolution sous traitement anti bacillaire, parfois complété par la chirurgie, est favorable.

Ce traitement devra être toutefois adapté à notre contexte socio-économique, où trop souvent nos patients ne sont

pas compliants au traitement médical ou ne peuvent se rendre à la capitale pour y effectuer les examens histopathologiques diagnostiques...

Références

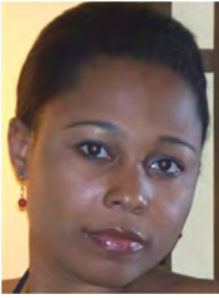
1- I. AINAB, A. IDRISSE, W. ZAMIATI, A. ADIL , *La Tuberculose mammaire, Service central de radiologie. CHU Ibn Rochd .Casablanca. Maroc, 2001*

2- M. Khair*, K. El Hafidy*, A. Ghalloudi*, S. Hermas**, N. Samouh***
„La tuberculose mammaire : A propos de 3 cas, Service de Gynécologie - Obstétrique "C ". CHU Ibn Rochd. Casablanca, *Résident, ** Professeur, *** Professeur et Chef de service, 2008

3- Mohsen Fadaei-Araghi MD*, Loabat Geranpayeh MD*, Shirin Irani**, Reza Matloob**, Soheil Kuraki**

Breast Tuberculosis: Report of Eight Cases , Arch Iranian Med 2008; 11 (4): 463 – 465

4- Khanna R, Prasanna GV, Gupta P, Kumar M, Khanna S, Khanna AK. *Mammary tuberculosis: report on 52 cases. Postgraduate Med J. 2002;78:422–424. doi: 10.1136/pmj.78.921.422.*



Problématique de la Prise en Charge de la Tungose en Haïti.

Shesly JEAN-LOUIS, MD,

Dermatologie et Maladies Sexuellement Transmissibles

Abstract

Cette parasitose causée par le *Tunga Penetrans* est souvent considérée comme un problème entomologique et une maladie discriminatoire. Elle ne suscite pas souvent l'attention des personnels de santé. Pourtant elle a persisté dans le silence en Haïti et depuis quelques années, son expansion rapide menace de plus en plus l'équilibre socio économique du pays.

En vue de déterminer la prévalence de la parasitose chez l'homme, les saisons d'infestation, et la tranche d'âge la plus touchée, un sondage, se basant sur l'examen clinique et l'étude de l'habitat, s'est concentré sur des provinces où de nombreux cas ont été rapportés par les habitants et les autorités sanitaires (Savanette, Cerca Carvajal, Belle Fontaine et Vallue). Des visites de terrain ont été réalisées au cours des mois de mai à juillet 2009 par une équipe de médecins du service de Dermatologie de l'HUEH.

L'étude a montré que la Tungose a une grande prévalence dans ces régions : 31% sur les 383 patients examinés avaient des lésions actives. Ces lésions non traitées se compliquaient facilement de suppuration, de déformations des orteils, de tétanos et d'inflammation chronique.

Le traitement de la Tungose se fait par l'extraction mécanique et aseptique des puces. La prise en charge repose avant tout sur l'éducation sanitaire, le port de chaussures fermées, le cimentage des maisons et l'éradication des animaux réservoirs.

Mots clés : Tungose Maladie discriminatoire, éradication, tétanos, séquelles chroniques.

Introduction

La Tungose est peu connue, peu documentée en Haïti. Certains pensent qu'elle aurait disparu avec l'éradication du pian entreprise par le Docteur François Duvalier vers les années 1946-1949¹. Pourtant, de nos jours, cette maladie est endémique dans les zones de faibles moyens économiques. En effet, cette parasitose est aussi présente dans certaines communautés de l'Amérique du Sud, de l'Afrique et de la Caraïbe. Des cas ont été enregistrés dans le Sud de l'Italie et même aux Etats Unis, chez des touristes en provenance des zones endémiques². Les facteurs de risque sont les mêmes partout : des habitats pauvres, des moyens socio économiques précaires, un manque d'eau potable.

La Tungose est une infection de l'épiderme, atteignant habituellement les pieds, due à la pénétration de la femelle d'un phlébotome nommé *Tunga Penetrans* (fig. 1, 2). C'est la plus petite puce connue dans le monde³. Ce parasite est surtout connu en Haïti sous le nom de *chique*.

La femelle, ayant réalisé son rôle de dissémination meurt *in situ*, sa dépouille est rejetée pour laisser un tissu ulcéré, susceptible d'être surinfecté par d'autres agents pathogènes, entraînant la formation de pustules, d'ulcérations, de lymphangites, de gangrènes gazeuses, de tétanos et de septicémie.

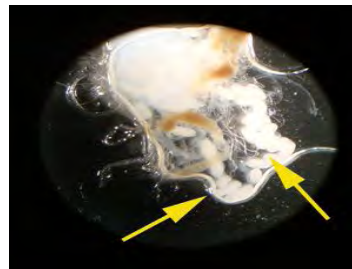


Fig. 1 : femelle de *Tunga Penetrans*



Fig. 2 : Œufs de *Tunga Penetrans* prélevé chez un patient yuanais. Images de Spectrum Health, Grand Rapids, MI.

L'homme (fig. 3, 4) et les animaux sont les hôtes habituels, mais le réservoir est essentiellement constitué par les animaux (rats, porcs, chiens...)⁴. Le traitement est simple et consiste à l'extraction mécanique et aseptique des parasites.

Dans les formes compliquées, on peut avoir recours à des bains de pieds au lindane dilué, à des antiseptiques locaux, des anti parasitaires et même à une antibiothérapie en cas d'infection secondaire. La



Fig. 3 : Tungose des mains chez une fillette



Figure 4: Tungose des pieds chez une fillette

prophylaxie repose sur le port de chaussures fermées et une bonne hygiène des pieds, le cimentage des maisons ou plus simplement l'aspersion des sols au Malathion.

Méthodologie

- Echantillon : Les communes visitées sont : Belle Fontaine, Vallue, Cerca Carvajal, Savanette.
- Moyens utilisés : Visite et examen médical d'individus identifiés comme portant des lésions de Tungose.
- Outil de collecte des données.

Les patients ont été sensibilisés par une campagne menée par les autorités sanitaires locales. Un formulaire fut rempli pour tous les patients examinés en tenant compte de la tranche d'âge, du sexe, de la zone, de la localisation des lésions, des signes, symptômes et complications associés au parasitage cutané.

Des interviews furent menées auprès du personnel sanitaire et de la population des régions visitées afin de mieux comprendre leur mode de vie, leurs habitudes et l'histoire de la maladie. Le support logistique et médical pour la réalisation de cette étude fut fourni par le Ministère de la Santé Publique (MSPP). Le traitement consistait à l'extraction mécanique des parasites avec les lancettes ou des aiguilles stériles (fig. 5). Les parasitages étendus furent traités par des bains de pied au lindane dilué pendant une heure (fig. 6), des antiseptiques locaux, des antibiotiques pour les cas de sur infections et l'administration de Thiabendazole (MINTEZOL[®]) à la dose de 25 mg / kg / jour pendant 5-10 jours dans les cas de parasitage multiple⁵. L'administration du sérum anti tétanique fut systématique.



Fig. 5 : Extraction mécanique des poches remplies



Figure 6: Bain des pieds

Résultats obtenus

Dans la littérature, il est noté que les réservoirs sont les animaux domestiques et péri domestiques. Certains habitants ont rapporté avoir remarqué des lésions semblables aux leurs chez des animaux, particulièrement les porcs et les bœufs.

Sur les 383 malades examinés dans ces 4 régions du pays, 119 présentant des lésions de

Tungose (31%) et cette pathologie prédominait chez les enfants âgés entre 0 à 10 ans (table 1). Le sexe féminin était le plus souvent touché (table 2). Presque 100% des patients (93,2%) présentaient une atteinte aux pieds (orteils, plantes).

Toutes les lésions s'accompagnaient de prurit et de douleur (100%). Les signes d'inflammation chronique étaient présents chez 16,8% des malades et 50,4% avaient une hyperkératose au niveau de la zone atteinte. Aucun cas de tétanos n'a été retrouvé.

Table 1 : REPARTITION DES CAS EN FONCTION DE L'AGE ET DES ZONES

AGE	Belle Fontaine	Cerca Carvajal	Savanette	Vallue	TOTAL
0-10 ans	3	18	18	5	44
11-20 ans	5	3	5	1	14
21-30 ans	0	4	5	2	11
31-40 ans	3	5	5	2	15
41-50 ans	5	2	5	2	14
51-60 ans	3	2	6	3	14
61 et plus	0	2	4	1	7
TOTAL	19	36	48	16	119

Table 2 : REPARTITION DES CAS EN FONCTION DU SEXE ET DE LA ZONE

SEXE	Belle Fontaine	Cerca Carvajal	Savanette	Vallue	TOTAL
F	9	25	25	10	69
M	10	11	23	6	50
TOTAL	19	36	48	16	119

Comment être sûr qu'il s'agissait bien de la Tungose ?

Des prélèvements ont été réalisés au niveau des lésions des patients de ces 4 localités et analysés en histopathologie afin d'identifier le type de parasite.

En effet, les résultats ont été concluants, il s'agit du *Tunga Penetrans*. On a retrouvé au niveau des prélèvements, des femelles aux ventres remplis d'œufs.

Cependant, la prise en charge de la maladie n'a pas pu être réalisée avec rigueur. Les patients ne portaient pas de sandales et après une extraction mécanique, les vides laissés par les poches d'œufs pourraient se surinfecter plus facilement. De plus, le manque d'eau rendait difficile le lavage des pieds et leurs bains dans du lindane dilué.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La Tungose représente un problème majeur de santé publique et est l'expression du niveau socio économique et sanitaire de la zone atteinte. En effet, les résultats de l'enquête menée à Belle Fontaine, Vallée, Cerca Carvajal et Savanette prouvent que l'état d'insalubrité des habitats, le manque d'eau potable, la mentalité erronée des habitants et leur manque d'éducation sont des facteurs de risque et des facteurs aggravant de la Tungose. Il conviendrait donc de sonner l'alarme afin d'attirer l'attention des autorités sanitaires et de la population en général sur les mesures de prévention et d'éradication de cette parasitose qui prend des proportions inquiétantes.

Aussi faudrait-il une approche participative, systémique, globale et intégrée de tous les secteurs du gouvernement afin de mettre sur pied une stratégie pour la prise en charge intégrale et l'éradication de cette pathologie qui consisterait à :

- 1) Planifier et organiser des interventions périodiques dans les localités affectées.
- 2) Eduquer les habitants de ces zones reculées en accentuant sur la nécessité du port des chaussures, sur l'hygiène corporelle, la désinfection des animaux domestiques et même sur l'extraction des puces.
- 3) Dons de chaussures dans les zones à risque.
- 4) Aspersions des habitats, des animaux, des routes et lieux fréquentés au Benzoate de Benzyl, au Lindane ou au Malathion.
- 5) Disponibilité de l'eau potable et courante dans les zones affectées par la Tungose
- 6) Vaccination antitétanique afin de prévenir le tétanos qui est la complication la plus grave
- 7) Formation des agents de santé et leur répartition dans les zones éloignées afin de dépister précocement, de traiter et de rapporter tout nouveau foyer de Tungose
- 8) Inscription des localités atteintes dans les plans du Service Social Médical.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Domersant R. Jr. *L'impact de l'habitat sur les maladies émergentes en Haïti. Etude de cas : La Tungose dans 2 départements sanitaires.*
- 2- Feldmeier H., Eisele M., Cesar R Saboia- Moura and Heukelbach, *Emerging infectious disease. Severe Tungiasis in Underprivileged Communities : Case Series from Brazil. Vol. 9, No 8, August 2003*
- 3- GENTILLI M., LAGARDERE, RICHARD-LENOBLE D., *Médecine Tropicale : Médecine Sciences Flammarion 4^e édition, 1986. Pages 623*
- 4- Njeumi F., Nsangou C., Ndjend A. G, Kojia, Ostanello F. et Pampiglione S., *Tunga Penetrans au Cameroun, Revue Médicale Vet., 2002, 153,3, 176-180,*
- 5- *Emerging Infectious Diseases. Vol. 9, No 8, August 2003*
- 6- ECVH 2001 Tome1 : Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique et Ministère de l'Economie et des Finances.
- 7- Boulin K., *La Tungose, problème de Santé Publique dans certaines localités de Boucan Carré, Université Notre Dame d'Haïti. Juillet 2006*

GRANULOME A CELLULES GEANTES DU MAXILLAIRE SUPERIEUR : à propos d'un cas.

**Gustave Dabresil, MD. 2012*

Résumé

Le Granulome à Cellules Géantes est une lésion bénigne peu fréquente affectant surtout les maxillaires (2 fois plus la mandibule que le maxillaire supérieur et 2 fois plus les femmes). Son étiologie est indéterminée. De par sa localisation, cette tumeur bénigne indolore dont l'imagerie renvoie à une destruction lytique osseuse peut prêter à confusion avec d'autres lésions de la face (améloblastome, tumeurs brunes, etc.). Cependant, seule l'histologie permet de faire la part des choses et de porter un diagnostic de certitude.

Le cas rapporté est celui d'un homme de 41 ans sans antécédents médicochirurgicaux qui traînait depuis tantôt 2 ans un granulome irritatif gingival. La conduite thérapeutique adoptée consiste en des injections localisées de corticoïdes qui seront suivies d'une chirurgie d'exérèse par curetage appuyé qui est le « gold standard » en matière de choix thérapeutique.

Observation :

Chez cet homme dans la quarantaine non alcoolotabagique, il s'agissait d'une toute petite lésion gingivale irritante qui a rapidement évolué par un affaissement de l'hémiface gauche avec protrusion et déplacement de l'œil gauche (fig. 1). Il y a formation d'une communication naso-bucco-sinusienne (fig. 2) et une fistulisation cutanée sous-orbitaire (fig. 3).

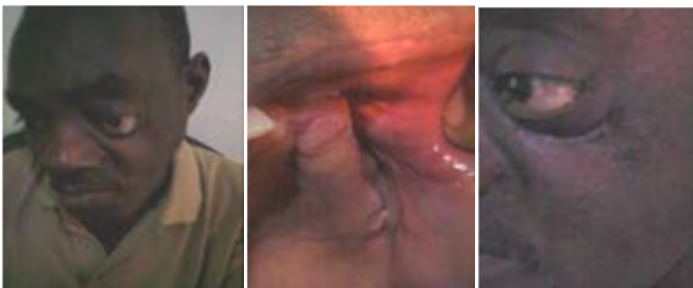


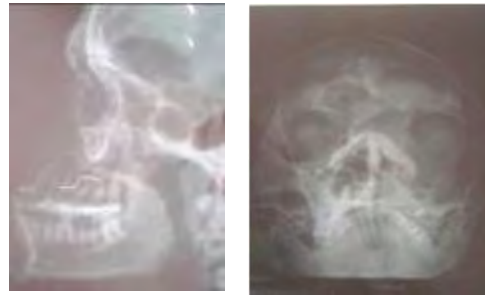
Fig. 1 : Affaissement hémiface gauche et protrusion du globe

Fig. 2 : Communication naso-bucco-sinusienne

Fig. 3 : Fistulisation

Un bilan d'imagerie avec Radiographie des Sinus et CT Scanner fut demandé. La radiographie a montré une importante lacune osseuse témoignant d'une lyse du maxillaire supérieur gauche envahissant le sphénoïde (fig. 4, 5).

Fig. 4a & 4b : lacune osseuse des sinus



Un complément d'imagerie par CT Scanner (Fig. 5, 6) a révélé une lésion détruisant la corticale de l'os avec envahissement du plancher de l'orbite, des cellules ethmoidales et même en partie du sinus sphénoïdal gauche.

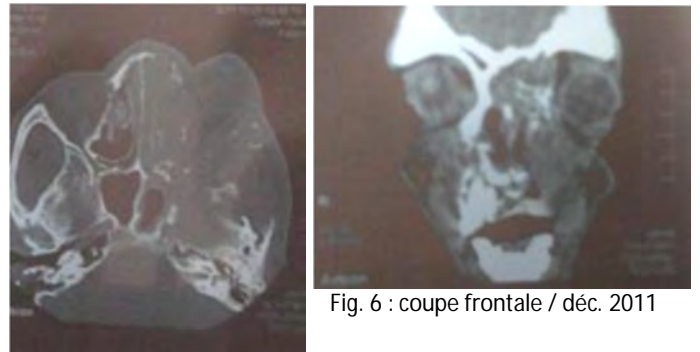
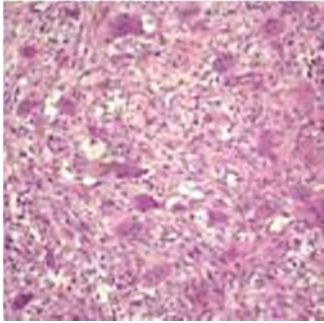


Fig. 5 : coupe axiale / déc. 2011

Fig. 6 : coupe frontale / déc. 2011

Un bilan biologique fut demandé avec notamment un bilan phosphocalcique (pour éliminer une tumeur brune secondaire à une Hyperparathyroïdie) et un dosage enzymologique de la LDH. Le Lactate Déshydrogénase est un marqueur biologique de destruction tissulaire pouvant témoigner d'un diagnostic de lymphome malin. Les paramètres biologiques demandés se sont révélés négatifs.



Ce n'est que la conclusion histopathologique d'une biopsie qui a apporté la certitude de Granulome Réparateur à Cellules Géantes (GRCG).

Fig. 7 : lame histologique – GRCG (photo de Gérard ABADJIAN)

Face à l'envahissement tumoral et devant le pronostic à long terme qui est bon (pas de métastases d'habitude pour ces lésions souvent bénignes et d'ailleurs bilan d'extension chez ce patient sans adénopathies cervicales et atteintes du foie et des poumons), nous avons proposé au patient des injections localisées de corticoïdes (4 à 5 injections d'Alin Depot[®]), suivies d'excision curetage appuyé avec nettoyage à fond de toute source d'irritation pour limiter le risque de récurrence.

La lésion a régressé peu, nous nous apprêtons à réaliser la chirurgie par curetage.

Discussion

Le Granulome à Cellules Géantes d'étiologie pathogénèse inconnue. C'est une lésion histologiquement bénigne. On incrimine les ostéoclastes considérés comme des cellules mangeurs d'os, la possibilité de métastases est peu probable mais non nulle quoique la tumeur soit agressive. La pathologie débute généralement par une cellulite odontogène d'évolution variable qui peut facilement détruire l'os. L'imagerie montre généralement une lésion lytique plus ou moins bien délimitée uni ou multiloculaire. Il n'y a que l'anatomopathologie pour trancher sur la nature exacte de la lésion et confirmer le diagnostic (fig. 5).

L'excision curetage est la méthode thérapeutique de choix ; cependant il existe trois alternatives : la calcitonine, l'interféron α et les corticoïdes locaux.

En effet il est rapporté des résultats favorables avec l'administration intra-lésionnelle de corticostéroïdes (Abdo et coll., 2005 ; Carlos et Sedano, 2002 ; Kurtz et coll., 2001). D'autres auteurs ont également démontré le rôle favorable de la calcitonine dans le traitement du GRCG (De Lange et coll., 2006 ; O'Regan et coll., 2001 ; Pogrel 2003). L'Interféron α administré en monothérapie dans le traitement des GRCG agressifs, semble également capable d'interrompre la croissance des lésions, parfois d'en réduire la taille. Ces traitements alternatifs apportent des résultats certes encourageant mais il est souvent nécessaire d'ajouter un geste chirurgical pour éliminer la lésion⁷. Dans ce cas rapporté, on voulait réduire la taille de la lésion pour rendre aisée la chirurgie du maxillaire.

Conclusion

Le Granulome à cellules géantes est rare dans la pratique quotidienne. Cette rareté entraîne des difficultés diagnostiques qui font appel à une démarche rigoureuse nécessitant non seulement un interrogatoire minutieux mais également et surtout un examen clinique attentif, une imagerie complète, et une analyse anatomopathologique. Les données bibliographiques actuellement disponibles concernant les différents traitements possibles montrent que la chirurgie par curetage associé ou non à une exérèse plus large est le traitement conventionnel engendrant le moins de récurrence. Si de nombreux rapports de cas ont montré de bons résultats lors de thérapeutiques non chirurgicales, les données ne sont statistiquement pas significatives. La majorité des études présentent l'intervention chirurgicale comme le "gold standard" dans le traitement de ce type de tumeur, et à ce titre, ont orienté nos choix thérapeutiques dans le cas clinique présenté.

Toutefois, l'exérèse chirurgicale demeure mutilante physiquement, avec des répercussions psychologiques importantes pour le patient (en général très jeune). Des études cliniques randomisées concernant l'association de calcitonine, d'interféron α ou de corticostéroïdes à un curetage chirurgical peu invasif doivent être réalisées.

Enfin, il convient d'insister sur l'intérêt du dépistage précoce et de la connaissance des éléments diagnostiques de ce type de tumeurs souvent bénignes, mais dont les conséquences très destructrices sont handicapantes.

Bibliographie

1-KURTZ M., MESA M., ALBERTO P. *Treatment of central giant cell lesion of the mandible with intralesional glucocorticosteroids. Oral Surg Oral Med Oral Path Oral Rad Endo 2001; 91:636-637.*

2-MAZUR G., BOGUNIA-KUBIK K., WROBEL T., KULICZKOWSKI, LANGE A. *TGF-β1 gene polymorphisms influence the course of the disease in non-Hodgkin's lymphoma patients. Cytokine 2006; 33:145-149.*

3- O'REGAN E.M., GIBB D.H., ODELL E.W. *Rapid growth of giant cell granuloma in pregnancy treated with calcitonin. Oral Surg Oral Med Oral Path Oral Rad Endod 2001; 92:532-538.*

4- POGREL M.A., *Calcitonin therapy for central giant cell granuloma. J Oral Maxilfac Surg 2003; 61:649-653.*

5- SENTHILES C., MICHAUD J. , *Lésions à cellules géantes du maxillaire. Difficultés diagnostiques. Rev Stomat Chir Maxilfac 1986; 87:102-107.*

6- CARLOS R., SEDANO H.O. , *Intralesional corticosteroids as an alternative treatment for central giant cell granuloma. Oral Surg Oral Med Oral Path Oral Rad Endo 2002; 93:161-166.*

7- DE LANGE J., VAN DEN AKKER H.P., KLIP H.

Incidence and disease-free survival after surgical therapy of central giant-cell granulomas of the jaw in The Netherlands: 1990-1995. Head Neck 2004;26:792-795.

8 - DE LANGE J., VAN DEN AKKER H.P., *Clinical and radiologic features of central giant cell lesions of the jaw. Oral Surg Oral Med Oral Path Oral Rad Endo 2005; 99:464-470*

***Gustave Dabresil, MD**

Chirurgie ORL-CCMF,

Oncologie et Radiothérapie,

Chargé de Cours d'Anatomie cervico-faciale,UNIQ

www.gustavedabresil.vpweb.fr

Facteurs influençant la morbidité et la mortalité de l'Invagination Intestinale chez l'enfant.

Sylvio Augustin*, Harry Jeudy**

*Assistant en Chirurgie Pédiatrique Hôpital St Damien

**Chef de Service de chirurgie Pédiatrique Hôpital St Damien

L'invagination intestinale aiguë est le télescopage d'un segment intestinal dans le segment d'aval¹. L'intussusceptum (la portion proximale de l'intestin) est propulsée dans l'intussusceptum (l'intestin distal) par le péristaltisme. C'est l'une des causes les plus fréquentes de douleur abdominale chez les enfants de moins de cinq ans³ et la grande majorité des cas surviennent entre trois à neuf mois d'âge³. L'incidence réelle de l'intussusception est inconnue chez nous, comme c'est le cas pour la plupart des pays en développement. L'étiologie est dans la grande majorité des cas idiopathique. Dans 2% à 12% des cas on peut trouver un « substratum anatomique »⁵.

La présentation tardive semble être la règle dans les pays en voie de développement⁶. Plusieurs facteurs sont évoqués tels que, l'ignorance, la pauvreté, la faible communication et les difficultés d'accès aux centres de traitement de base²⁻⁶⁻⁷. Dans ces pays l'intervention chirurgicale est le traitement de routine⁶ contrairement aux pays développés. Les résultats des études réalisées jusque-là suggèrent une augmentation significative de la morbidité et de la mortalité dans les pays du tiers monde. Une question s'impose à nous : quel est le poids réel de la consultation tardive (au-delà des premières 24 heures) sur le pronostic des enfants haïtiens avec invagination intestinale et quels sont les autres facteurs à retenir qui peuvent aggraver ce pronostic.

Patients et Méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur plus de 11 ans de Janvier 2000 à Septembre 2011 à l'Hôpital Saint-Damien (Nos petits Frères et Sœurs), à vocation pédiatrique.

23 cas d'Invagination Intestinale Aiguë ont été observés. Seuls les cas confirmés par une intervention chirurgicale ont été retenus soit 22 patients âgés de 3 mois à 11 ans. Tous ont été opérés par le même chirurgien pédiatre.

Les dossiers ont été revus en tenant compte des variables : âge, sexe, étiologie, délai diagnostique, clinique, les examens de routine pratiques, la conduite chirurgicale tenue, l'évolution (complications et autres). Les patients ont été sélectionnés à partir des archives numériques de l'hôpital et leurs dossiers analysés sur

place. Une grille a été établie pour la cueillette des paramètres à analyser puis ces paramètres ont été traités à partir de Microsoft Excel (2010).

Résultats :

a) Données épidémiologiques :

- La moyenne d'âge est de 13,5 mois avec des extrêmes de 3 mois et 11 ans. La tranche d'âge la plus touchée est située entre 3 et 8 mois. Le sexe masculin prédomine : 59% avec un sex-ratio de 1,44 garçon pour 1 fille.

- Délai diagnostique

Le temps écoulé entre l'apparition des symptômes et le diagnostic d'invagination est de 5 jours en moyenne allant de moins de 24 heures à 19 jours. 13,64% (n=3) ont été diagnostiqués dans les 24h après le début de la symptomatologie et 86,27% (n=19) après ces 24h.

b) Données Cliniques :

Les signes et symptômes qui prédominent lors du diagnostic des patients sont essentiellement les vomissements notés chez 90,91% des patients (n=20) et les selles glairo-sanglantes dans 95,45% (n=21). Puis vient la fièvre (Température >37,5 degrés C) dans 68,18% (n=15) et la douleur et la distension abdominale retrouvées à pourcentage égal : 31,82% (n=7). La masse abdominale n'est palpée que dans 27,27% (n=6) des cas et on a noté un prolapsus du boudin d'invagination chez 27,73%⁵ des enfants et le toucher révèle ce boudin chez 9,09% (n=2) autres enfants. La triade classique, douleur abdominale, masse abdominale et selles glairo sanguinolentes n'est notée dans la série de patients observée que dans 18,18% (n=4) des cas.

c) Délai d'intervention

La moitié (50% ; n=11) des patients ont pu bénéficier d'une intervention chirurgicale dans les 24 heures suivant le diagnostic chirurgical, 40,90% (n=9) entre 24 et 48h, 4,55% (n=1) entre 48 et 72h et 4,55% après 72h.

d) Bilan lésionnel

Une invagination iléo-caeco-colique a été retrouvée chez 63,63% (n=14) des patients opérés avec un cas (4,55%) en trans-valvulaire, 22,73% (n=5) des enfants avaient une invagination iléo-caecale. Enfin deux cas d'invagination secondaires respectivement à un diverticule de Meckel (iléo-iléal) et des polypes au niveau du colon (colo-colique) sont retrouvés chez les enfants les plus âgés (3 et 11 ans respectivement)

e) Traitement

L'intervention, conduite sous anesthésie générale a permis de réaliser une réduction manuelle douce avec appendicectomie complémentaire (systématique) chez 10 patients (45,45%). Deux d'entre-eux cependant ont eu un renforcement épiploïque pour des zones « fragilisées » mais sans brèche séreuse. La résection suivie d'une anastomose primaire s'est imposée pour 4 cas (18,18%). Enfin 7 patients ont dû avoir une dérivation des selles par stomie (36,32%) et de ceux-là 2 ont eu une anastomose additionnelle après perforation et deux autres une réparation de brèche séreuse. Notons également que 5 (22,73%) ont bénéficié d'une ileostomie avec colostomie tandis que 9,09% (n=2) ont eu une colostomie en double bouche.

f) Evolution

Six cas se sont compliqués soit 27,27% dont deux infections du site opératoire (9,09%) une fistule (4,55%) une hernie incisionnelle, une occlusion sur brides à un mois d'intervalle et un cas de convulsions fébriles ayant laissé des séquelles neurologiques. Un enfant s'est présenté en septicémie 15 jours après exéat avec des troubles de la coagulation qu'on n'a pas pu lier à son intervention ou sa pathologie antérieure. Il est à noter deux décès (9,09%) dans le post-op immédiat à 1 et 8 jours respectivement, liées à la septicémie.

g) Durée d'hospitalisation

D'une façon globale les patients ayant eu un diagnostic dans les 24h sont restés en moyenne 9.5 jours à l'hôpital contre 11.7 jours pour ceux n'ayant pas eu cette chance et en excluant les patient gardés à l'hôpital jusqu'à réintégration d'une stomie.

Analyse et Discussion

a) Epidémiologie : Du point de vue de l'Age et du sexe, nous constatons dans la série de patients étudiés que l'âge moyen correspond à celle évoquée dans la littérature : la majorité se trouve dans les deux premières années de la vie, avec une fréquence maximale entre 3 et 8 mois (la moyenne à 13,5 mois). La prédominance masculine est nette (1,44 :1) comme à travers le monde : rapport variant de 1,4 :1 à 3 :2¹¹.

b) Considérant l'étiologie, dans la majorité des cas (90-95%)¹¹ ce sont les causes idiopathiques qui prédominent en particulier chez les moins de 2 ans. Dans notre série seuls 2 enfants ont une invagination intestinale secondaire (soit 90.1% des cas idiopathiques) l'un ayant eu un diverticule de Meckel et l'autre des polypes au niveau du colon, confirmant encore une fois les données de la littérature.

c) Au sujet du diagnostic, les études menées dans les pays en voie de développement telles que le Niger¹¹ ou encore le Madagascar¹ montrent que le retard diagnostic est la règle. Elle est de 55 heures et de 35,5 heures en moyenne respectivement pour ces deux pays. A l'Hôpital Saint Damien, il est encore plus prononcé : environ 5 jours (4.9) avec seulement 13,64% des enfants à consulter dans les premières 24 heures de la symptomatologie. Un tel retard n'a été retrouvé que dans une étude publiée en 2004 et réalisée au Kenya¹¹ : la moyenne était de 5 jours.

d) Du point de vue des signes et symptômes, les signes révélateurs de l'invagination intestinale sont très variables. Souvent on évoque la douleur abdominale, les vomissements et les selles sanglantes dans 30% des cas². Dans notre série d'enfant, les selles glairo sanguinolentes et les vomissements sont présents dans plus de 90% des cas alors que la douleur n'est retrouvée que dans 31,82% des cas. Nous n'avons trouvé au cours de nos recherches qu'une seule étude avec des résultats similaires : Nandlal et al ont eu 92.8% de patients avec un saignement rectal dans un groupe d'enfants au diagnostic tardif. Néanmoins, les vomissements ne sont retrouvés que dans 61.4% des cas¹³. Ekenze et Mgbor ont retrouvé chez les enfants qui se présentaient après 24 heures une fréquence de vomissements et de saignement rectal élevés de façon significative (83.8% et 77% respectivement) par rapport à ceux qui se présentaient tôt à l'hôpital¹⁴.

e) Considérant l'évolution et pronostic, la mortalité à travers le monde pour l'invagination intestinale est d'environ 1% et voisin de zéro avec le traitement non chirurgical². Sur le continent africain, la mortalité est au contraire élevée allant de 12.1% à 35.1%²⁻³⁻⁷⁻⁹. Notre série de patients opérés à Saint-Damien accuse un taux de 9,1% ce qui inférieur à la moyenne africaine mais comparable aux résultats obtenus par Sébastien Ekenze au Nigeria publiés en 2010 avec 8.5% de mortalité⁶.

f) Au sujet de la fièvre et la leucocytose, ce sont des signes tardifs indiquant une gangrène transmurale et un infarcissement⁵. En effet dans notre série de patients, des 22 cas 15 (68.18%) ont eu une fièvre accompagnée d'une hyperleucocytose. Parmi eux figurent les 12 patients (54.54%) qui ont dû bénéficier d'une résection ou d'une réparation pour nécrose et gangrène de l'intestin. De ceux-là 2 ont eu une réparation de zone de pré-perforation et sont des patients qui venus dans les 24 heures ayant suivi le début de la symptomatologie ayant présente néanmoins une fièvre accompagnée d'hyperleucocytose. Les dix autres sont venus tardivement et 50% d'entre eux ont eu une complication (infection, fistule, hernie incisionnelle, convulsions).

Conclusion

Il est connu, et d'autres études l'ont prouvé avant nous, que le retard diagnostique de l'invagination intestinale est un facteur majeur aggravant de façon significative la morbidité et la mortalité de nos patients. Il est cependant intéressant de noter qu'en dépit d'un délai plus important entre le début des symptômes et le diagnostic posé chez les enfants évalués à Saint Damien, le taux de mortalité, quoiqu'élevé, reste inférieur à la moyenne constatée dans le continent africain. Les trouvailles per opératoires ne peuvent être les seules causes d'une mortalité élevée. L'état d'hydratation et les symptômes associés doivent être pris en ligne de compte. D'un autre côté, la fièvre et l'hyperleucocytose pourraient être considérées comme étant des facteurs prédictifs d'un infarctus intestinal. Une étude prospective nous aiderait à faire la lumière sur les facteurs réels qui aggravent le pronostic de nos patients mais également sur les facteurs qui peuvent l'améliorer. Nous ne pouvons que souhaiter que l'utilisation de la réduction à l'air au bloc opératoire entre dans notre arsenal thérapeutique et qu'il nous aide à améliorer la morbidité liée à l'intervention chirurgicale.

References

1. - B. Rakotoarisoa, M Rabarijaona, Zafitasondry, L. Rabarioelina, A. Andrianandrasana. Invagination intestinale aigüe du nourrisson, A propos de 22 cas traités chirurgicalement dans le service pédiatrique au CHU d'Antananarivo ; *Médecine d'Afrique Noire* 2001 48 (8-9)
- 2.- Afua A. J. Hesse, Francis A. Abantanga, Kokila Lakhoo, Intussusception, Chapter 68.
- 3.- Hans Iko Huppert; et al. Intussusception among young children in Europe, *The Pediatric Infectious disease Journal* 2006; 25, S22-S29.
- 4.- Michael Buettcher, Gurli Baer, Jan Bonhoeffer, Urs B. Schaad, Ulrich Heininger Three Year Surveillance of Intussusception in Children in Switzerland; *Pediatrics*, 2007; 120; 473
- 5.- Felix C Blanco, Carmen Cuffari et al. Intussusception Medscape Reference, Jul 2011.
- 6.- Sébastien O. Ekenze, Samuel Mgbor, Obina R. Okwesili; Routine Surgical Intervention for Childhood Intussusception in a Developing Country; *Annals of African Medicine* Vol , 2010:27-30.
- 7.- F Abantanga, M Amoa, A O Adeyinka et al. Pneumatic Reduction of Intussusception in Children at the Komfo Anokye Hospital, Kumasi, Ghana, *East African Medical Journal* Vol 85, November 2008.
- 8.- Sarah N. Wehmler, Carlo Buonomo, Richard Bachur. Risk Stratification of Children Being Evaluated for Intussusception; *Pediatrics*, 2011 (127): 295-303
- 9.- B. T. Ugwu, J. N. Legbo, N.K. Dakum, S.J. Yiltok, N. Mbah & F. A. Uba Childhood Intussusception: a 9 year review; *Annals of Tropical Paediatrics* (2000), 20, 131-135
- 10.- Michael W. Hyacinthe. Vers une meilleure Prise en Charge de l'Invagination Intestinale a l'Hopital de l'Universite d'Etat d'Haiti. 2006.
- 11.- Y. Harouna, . Tardivel, I Adou, Y. Gamatie, S. Mariama, M Bia: Pronostic de l'Invagination Intestinale Aigüe du Nourrisson a l'Hôpital National de Niamey (Niger) A propos de 11 cas traités chirurgicalement ; 1996
- 12.- Shakya VC, Agrawal CS, Sina AK, Bhatta NK, Khania S, Adhikary S. : Childhood Intussusception: A Prospective Institutional Study at BKHS; *J. Nepal Pediatr. Soc. Jan-Apr 2001; 31 (1):6-10*
- 13.- Nandlal Kella, Prem Kumar Rathi, Bashir Ahmed Soomro and Muhamad Ali Qureshi; *Childhood Intussusception: Delayed Presentation and Surgical Outcome, JLUMHS Jan-Apr. 2009;(08), 46-49*
- 14.- SO Ekenze, SO Mgbor. Childhood intussusception: The Implications of Delayed Presentation *African Journal of Paediatric Surgery*; (8) 2011: 15-18.
- 15.- Bode CO. Presentation and Management Outcome of Childhood Intussusception in Lagos: A Prospective Study. *Afr J Paediatr Surg* 2008; 5:24-8
- 16.- van Heek N. Tjarda, Aronson Danel, Halimun Eddy M., Soewarno Roesman, Molenaar Jan, Vos Anton ; *Intussusception in a Tropical Country: comparison Among Patient Populations in Jakarta, Yogyakarta and Amsterdam* 1999
- 17.- S. A. Alamdaran, B. Zandi, S. Sadeghipor, H. Esfandiari ; *Ultrasound Guided hydrostatic Reduction of Childhood Intussusceptions using Water Enema ; Iran J Med Sci* 2006 (31) : 224-227
- 18.- Rege VM, Deshmukh SS, Borwankar SS, Kulkarni BK. Intussusception in Infancy and Childhood: Evaluation of a Prognostic Scoring Pattern. *J Postgrad Med* 1991; 37: 109
- 19.- RB Alifer. Invagination Intestinale Aigüe, Faculté de Médecine Montpellier Nîmes. 2005
- 20.- Dr Khuon Nara, Prof Lam Eng Huor, Dr Ky Santy. Invagination Intestinale Aigüe, Hôpital des Enfants Kanthabopha, Phnom Penh

EVALUATION DES PARAMÈTRES CLINIQUES TUMORAUX ET DE LA BIOPSIE DU GANGLION SENTINELLE DANS LA CHIRURGIE DU CANCER DÉBUTANT DU SEIN.

François L. Nérette, M. D. 2009

Abstract.

The aim of this retrospective study is to assess clinical tumor parameters and Sentinel Lymph Node Biopsy (SLNB) in early breast cancer surgery. Between Jan. 2009 - June 2009 sixty-five eligible women with breast cancer, 14 CIS, 32 CCI, 10 CLI, 6 recurrences breast cancer and 3 combined cancers were treated with primary breast surgery with or without SLNB at the Oncology Surgery Department at Institut Claudius Regaud. Age, imaging, tumor size, clinical stage, histology type, hormonal receptor status, SLNB, were recorded and reported.

31 women received breast surgery with Lumpectomy and 34 with Mastectomy. Mean age was 56.0 (29.0 - 85.0) years. Breast tumor imaging was revealed as unique, bifocal, diffuse, and residual calcifications. Mean tumor size was 25.103 (7.0 - 61.0) mm. 46 women were clinically staged: 17[T0], 18[T1], 7[T2], 4[T3]. 45 (69.23) SLNB and 23 (35.8) hormonal receptors were reported. $P < 0.05$ was set as statistically significant. Parameters estimation of Tumor size, clinical stage I-II, SLNB, in Lumpectomy were significant $P = .029$, $P = .013$, $P = .003$ respectively. Association between tumor size, clinical stage, imaging, histology in Lumpectomy was significant $P = .000$, $P = .002$, $P = .014$ respectively. Clinical tumor parameters coupled with SLNB treated with Lumpectomy favor the oncologist surgeon to achieve a good cosmetic result without compromising the oncologic benefit.

Key-words: Early breast cancer (EBC) - Lumpectomy – Mastectomy – Sentinel Lymph Node Biopsy (SLND).

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme dans le monde ^{1, 2} avec plus d'un million de nouveaux cas diagnostiqués chaque année à travers le monde et 465 000 décès ². En 2009, aux Etats Unis d'Amérique, 194 280 nouveaux cas de cancer infiltrant du sein étaient diagnostiqués avec 40 610 décès ³. En Europe, l'incidence du cancer du sein augmente avec plus de 300 000 nouveaux cas diagnostiqués chaque année ^{1, 4, 5}, mais la mortalité par cancer du sein finalement a commencé à baisser ². Cette réduction est le résultat d'un vaste programme de dépistage dans la détection précoce de la maladie et, aussi des progrès remarquables dans les techniques de chirurgie oncologique du sein et de la détection du Ganglion Sentinelle ^{2, 5}. La chirurgie oncologique est une chirurgie logique ¹¹. Elle repose sur des principes fondamentaux qui permettent d'aménager l'indication et la tactique opératoire en fonction de la patiente et de l'extension tumorale ¹¹.

Le Ganglion Sentinelle (GS) est le premier relais satellite de drainage lymphatique potentiellement métastatique. Si ce premier ganglion à risque n'est pas envahi, dans l'ensemble, tous les ganglions axillaires sont négatifs. Les paramètres cliniques tumoraux couplés avec la biopsie du GS ont opéré une véritable révolution avec la Tumorectomie dans la chirurgie oncologique du cancer débutant du sein en reléguant la Mastectomie au second rang et réduisant la morbidité physique et psychologique

rattachées à celle-ci. L'objectif de cette étude vise à évaluer la relation des paramètres cliniques tumoraux couplés avec la biopsie du GS dans l'option d'une stratégie chirurgicale.

Méthodologie

A- Les patientes

Une analyse rétrospective, évalue les options chirurgicales chez les femmes traitées avec chirurgie première pour un cancer du sein, dont 14 Carcinome in situ (CIS), 32 Carcinome canalaire infiltrant (CCI), 10 carcinome lobulaire indifférencié (CLI), 6 carcinomes récidivants (CR), 3 carcinomes mixtes (CM), Elle a été conduite à l'Institut Claudius Regaud (ICR), de Janvier 2009 à Juin 2009. Les informations tirées par voie électronique et recueillies dans les dossiers des patientes sont d'abord colligées, traitées, puis analysées statistiquement, incluant l'âge, l'imagerie, le stade, la taille tumorale, l'histologie, la biopsie du GS, le statut des récepteurs hormonaux et le type de chirurgie pratiquée.

Etaient incluses pour l'analyse, les patientes traitées avec chirurgie première avec un diagnostic histologiquement prouvé de CIS, CCI, CLI, CM, CR. Etaient exclues celles

ayant subi une reprise de Tumorectomie, une Mastectomie Bilatérale, une réduction mammaire.

B- L' Analyse Statistique

Elle était réalisée avec « The SPSS » version 13.0 (Chicago, Ill). Les variables continues utilisent les mesures de tendance centrale, mean, median, range. Les variables catégoriques décrites comme fréquence et pourcentage. Les différences de groupes étaient analysées utilisant le χ^2 test et le Wilcoxon Rank Sum test. Pour les comparaisons statistiques, le χ^2 était utilisé pour les variables catégoriques et le Mann Withney test pour les variables continues. L'analyse de la variance était utilisée pour étudier l'effet des paramètres tumoraux et chirurgicaux. Toutes les valeurs sont 2-sided et descriptives. La valeur $P < 0.05$ était considérée significative.

Résultats

De Janvier 2009 - Juin 2009, 31 Tumorectomies et 34 Mastectomies étaient pratiquées à l'ICR pour un cancer du sein : 14 CIS, 32 CCI, 10 CLI, 6 Cancers Récidivants, 3 Cancers mixtes.

L'âge moyen des patientes était de 56.0 (29.0-85.0) ans (mean = 13.8167). 52 (80%) patientes étaient âgées de 50 - 85 ans, 13 patientes âgées de 29 - 49 ans.

Des 44 (67.7%) tumeurs imagées et révélées dans le sein, 37 (84.1%) tumeurs non palpables étaient révélées par des calcifications groupées uniques, bifocales, multiples, diffuses ; 7 (15.90%) non révélées par des calcifications.

Des 37 tumeurs, 27 (72.97%) étaient révélées par des calcifications uniques, 10 (27.02%) par des calcifications bifocales, multiples ou diffuses.

29 (44.6%) tumeurs étaient de taille mean = 25.103 mm, median = 15.000 mm, SD 18.2881, [95% CI= 18.147 - 32.060].

46 tumeurs Stade : T0 (17), T1(18), T2(7), T3(4) étaient rapportées.

Des 45 (69.23%) biopsies exérèses de GS rapportées, 29 étaient traitées avec Tumorectomie et 16 avec Mastectomie desquelles 25 (86.20%) GS(-) corrélaient avec 16 CCI, 7 CCI, 2 CCI + CIS. 4 (13.79%) GS (+) traités avec Tumorectomie suivie de dissection axillaire ganglionnaire corrélaient avec 2 (50.0%) CCI, 2 (50.0%) CCI-R. Les 16 CCI étaient associés

avec 5 CCI-T0, 7 CCI-T1, 4 CCI-T2. ; 7 CIS avec 4 CIS-T0, 2CIS-T1, 1CIS-T2 (Tableau 1).

16 (34.04%) GS traités avec Mastectomie étaient ainsi distribués : 10 GS (+) corrélant avec 4 CCI-T1, 2 CCI, 2 CCI-R, 1 CCI-T0, 1 CCI de haut grade ; 6 GS(-) corrélant avec 1 CCI-R, 2 CCI-T1, 1 CIS, 1 CIS-T2.

* = CIS + Hyperplasie Atypique

Stade	Histol.	GS (-)	N =	%
T0	CCI	-	5	31.25
T1	CCI	-	7	43.75
T2	CCI	-	4	25.0
TOTAL		GS(-)	16	64.0
T0	CIS	-	4	57.14
T1	CIS	-	2	28.57
T2	CIS	-	1	14.28
TOTAL		GS(-)	7	28.0
T1	CCI.CIS	GS(-)	2	8.0
TOTAL		GS(-)	25	100.0
T2	CCI	GS(+)	2	50.0
	CCI-R	GS(+)	2	50.0
TOTAL		GS(+)	4	100.0

Tableau 1.- Association Stade / Histologie / GS.

3 (9.37%) des tumeurs mixtes étaient révélées par des calcifications uni focales (1) et bifocales (2). 6 (9.23%) carcinomes infiltrants récidivants, révélés par des calcifications étendues, résiduelles, étaient découverts après chimiothérapie adjuvante + TAM lors du suivi radiologique. Des 13 (18.6%) tumeurs imagées chez les femmes de 29 - 49 ans (median = 44.0 ans) 7 tumeurs, (mean = 10.174) mm, étaient révélées par des foyers de calcifications, une densité mammaire ACR4, ACR5, ou une masse hypo échogène à l'échographie de complément. 16 (28.57%) tumeurs [T0], SD 9.3mm, traitées chez les femmes de 50.0 - 85.0 ans, étaient associées histologiquement avec 9 (56.25%) CCI, 5 (31.25%) CIS, 1 (6.5%) CCI + Hyperplasie Atypique et 1 (6.5%) CIS-R. 11 (31.42%) des tumeurs [T1], SD 1.90 mm, corrélaient avec 9 (81.81%) CCI, 1 (9.09%) CIS, 1 (9.09%) CIS + CCI. 4 (11.42%) tumeurs [T2], SD 3.562 mm corrélaient avec 2 (50.0%) CCI, et 2 (50.0%) CIS. 4(11.42)

tumeurs [T3]mean=4.15mm avec 1CIS et 3 CLI (Tableau 2).

Stade	Histologie	N =	%	SD
T0	CCI	9	56.25	*****
	CIS	5	31.25	*****
	*CIS+Hyp.	1	6.25	*****
	CIS-R	1	6.25	*****
	Total	16	28.57	9.3 mm
T1	CCI	9	81.81	
	CIS	1	9.09	
	CCI+CIS	1	9.09	
	Total	11	31.42	1.90 mm
T2	CCI	2	50.0	
	CIS	2	50.0	
	Total	4	11.52	3.56 mm
T3	CIS	1	25.0	
	CLI	3	75.0	
	Total	4	11.42	4.15 mm

Tabl.2.-Association Stade / Histologie / Taille 50-85 ans

29 (44.6%) tumeurs, (mean =25.103mm) (7.0-61.0mm, median = 15.000 mm, 95%CI = [18.147-32.060] corrélaient avec 16 CCI, mean = 20.875 mm, 7 CIS, mean = 23.286 mm, 5 CLI, mean = 44.400 mm, 1CCI+ CIS, mean = 9.000 mm. La taille tumorale était plus petite chez les patientes traitées avec Tumorectomie que chez celles traitées avec Mastectomie : (mean = 14.154 mm, SD 7.1862 vs mean = 34.000 mm, SD 19.8662), respectivement. L'analyse des proportions [Stade - Taille] = 29 établissait 18 (39.1%) [T1], mean = 10.209 (7.0 - 20.0) mm, 95 % CI = [6.442 – 13.976]; 7(15.2%) [T2], mean = 37.288 (27.0 – 50.0) mm, 95 %CI = [32.365 - 42.211] ; 4 (8.7%) [T3], mean = 59.023 (52.0 - 61.0) mm, 95% CI = [52.156 – 65.890].

Les corrélations, Taille [Stade / Imagerie, / Histologie, / Tumorectomie. / GS] étaient significatives P = .000, P =.002, P =.000, P =.014, P =.003 (P<0.01) respectivement.

Les associations Age / Taille et des groupes pairs [Age / Taille], [Taille / Histologie] n'étaient pas significatives P=.557, P=.567, P=.468. La comparaison avec les groupes pairs montrait une différence moyenne P = .000 avec une variance entre les groupes Taille et GS P=.013 (P<0.01) L'analyse de la variance (ANOVA) entre les groupes dans la Tumorectomie montrait un test statistique F=8.607 P=.014 (P<0.05)2-tailed.

L'association Stade et Mastectomie, P = .042. montrait à l'analyse des variances entre les groupes un test

statistique F=1.842, P=.193. Le test de Bonferonni pour les Stade I-II, B = - 48.814 t = 13.208, 95% CI = [-56.479,-41.149] ; B= -21.736 t = -5.704, 95%CI = [- 29.636, -13.834] était significatif P =.000 respectivement. L'effet de la Tumorectomie sur les sujets pour Taille et Stade P=.020, P=.017, était significatif dans la Tumorectomie seule (P<0.05). L'effet de l'âge sur le Stade et la Taille dans la Tumorectomie et, dans la Mastectomie n'était pas significatif P =.385, P = .667 ; P = .067, P = .180 (P>0.05) respectivement (Tableau 3).

	N =	Mean	SD	95%CI
Tumorect. Seule	12	12.833	5.621	9.261,16.405
Tumorect.. +AB	1	30.000	*****	*****
TOTAL	13	14.154	7.1862	9.811,18.496
Mammect.	3	21.667	12.583	-9.591,52.925
Mastec.+CA	11	37.091	19.331	24.104,50.078
Mast.+AB	1	10.000	*****	*****
Mast.+Rec.	1	61.000	*****	*****
TOTAL	16	34.000	19.866	23.414,44.586

Tableau 3. Tumorectomie et Mastectomie

Discussion

Le diagnostic d'un cancer du sein peut être accompli soit par l'examen clinique et/ou à l'imagerie du sein (Mammographie-IRM). L'histologie demeure la « règle d'or » d'un diagnostic définitif. Le traitement chirurgical est actuellement guidé par les micro et macro biopsies pré opératoire qui permettent de cibler la nature de la lésion, son agressivité (grade nucléaire, emboles) et sa surexpression éventuelle à l'HER2. La chirurgie mammaire en pleine évolution, et particulièrement incontournable dans la chirurgie première du cancer du sein débutant, repose sur 2 grands axes d'intervention : la chirurgie carcinologique, qui consiste en fonction de la taille et de la localisation de la tumeur en Tumorectomie et, la chirurgie de reconstruction qui vient en support à la chirurgie radicale en améliorant le profil esthétique du sein.

75.7% des femmes de la population de l'étude étaient âgées de 50-79 ans. Dans ce groupe, 50% (20) des femmes avec des CCI étaient traitées avec une chirurgie conservatrice et radicale respectivement. La Tumorectomie et la Mastectomie représentaient les deux modes de traitement pratiqués dans la chirurgie première du cancer du sein débutant. La Tumorectomie, considérée comme le traitement standard des petites tumeurs, réalisée pour réduire la morbidité physique et psychologique de la Mastectomie, vise en effet à concilier exigences carcinologique et esthétique. La tendance à la baisse de la maladie du cancer, évidente dans les groupes 60-69 (13) et 70-79 (9) de l'étude, représentait 32.6% contre 43.1 % du groupe cible 50-59 (28). Cette observation significative (10.1%) résulte des progrès considérables réalisés dans l'imagerie et de l'efficacité du dépistage systématique organisé dans la lutte contre le cancer du sein. 47.7% des femmes traitées avec Tumorectomie vs 52.3 traitées avec Mastectomie étaient plus jeunes, avaient une taille tumorale plus petite que celles traitées avec Mastectomie et, 80% des tumeurs révélées dans le sein par des calcifications uniques étaient traitées avec Tumorectomie. Les cancers révélés par des calcifications bifocales, multiples ou diffuses étaient de préférence traités avec Mastectomie. Des calcifications, groupées avec un CIS [T2] bien différencié est possible avec une Tumorectomie. La Mastectomie avec reconstruction immédiate, était pratiquée dans tous les cas de CCI-R. Les formes pures de CIS (56%) découvertes à l'imagerie révélées par des calcifications ou des masses tumorales (mean =13.4mm) peuvent évoluer seuls, mais peuvent être aussi associés à une micro invasion. L'absence des 2 composantes importantes de phénotype malin, l'infiltration choriale et les métastases à distance avec une distribution uni centrique rend l'excision complète et, le traitement chirurgical complètement possible⁶. Le taux de récurrence locale avec la Tumorectomie ne doit pas étonner et est un phénomène connu¹². Ce taux à 5 ans pour les CIS est de 4.2 % et de 6.1% pour les CCI¹⁰. Cependant la survie spécifiquement liée au cancer du sein est indépendante du caractère radical ou non de la chirurgie mais est plutôt liée à l'extension tumorale. Le pronostic des CCI est moins favorable que celui des CIS 96.7% et 77.9% à 5-10 ans¹².

L'atteinte ganglionnaire dans le cancer du sein reste le facteur le plus important. L'existence d'un envahissement ganglionnaire aggrave le pronostic et modifie la décision chirurgicale définitive. Réservée aux petites tumeurs, celles qui ont probablement l'avantage

de ne pas présenter d'envahissement ganglionnaire, la biopsie du Ganglion Sentinelle (GS) n'a de signification que pour les petites tumeurs¹⁴. Dans un enregistrement prospectif de 993 procédures types GS réalisés en routine à L'ICR entre Jan. 2001 et Oct.2005, Martel et al¹³, concluaient que 72.15% des patientes porteuses de tumeurs invasives < 20mm évitaient la morbidité du curage axillaire parce qu'elles ne présentaient pas d'envahissement ganglionnaire des GS prélevés. Des 27.9 % des tumeurs de l'étude avec GS envahis, 14.5% avaient une macro métastase, 11% une micro métastase et, 2.4% des cellules tumorales isolées (CTI)¹³. Si l'examen extemporané permet de guider un complément de curage axillaire en cas de macro métastases, l'examen histologique définitif permet de mettre en évidence les micro métastases (0.2 mm) et les cellules immuno marquées à l'immuno histochimie¹⁵. La présence de cellules immuno marquées sur le GS est une indication à reprendre la patiente chirurgicalement (Curage Axillaire Classique)¹⁵. Les facteurs modulant l'envahissement d'un curage complémentaire sont représentés par la taille tumorale le grade tumoral, la taille de la micro métastase et la présence de plusieurs foyers micro métastatiques dans le GS¹³.

L'étude connaît de nombreuses limitations. Un échantillon restreint, des données histologiques définitives qui font défaut sur la taille exacte des tumeurs et du GS ou la présence d'extension tumorale, la présence et le nombre de ganglions positifs dans les curages axillaires classique ou de complément, le statut et la définition des berges tumorales constituent autant de biais, Il n'en demeure pas moins vrai que les paramètres Taille- Stade- et Imagerie à défaut de paramètres histologiques (grade nucléaire, embolies lympho vasculaires) représentaient des facteurs importants et étaient d'un apport non négligeable dans la prise en charge thérapeutique. En effet, la Taille et le Stade dans la Tumorectomie étaient significatifs P = 0.29, P = 0.13 (P<0.05) et la plupart des tumeurs traitées avec tumorectomie étaient de Stade I-II. Il est possible qu'un échantillon plus exhaustif évalué sur une plus longue période puisse objectiver des informations plus pertinentes et changer nombre de résultats de l'étude.

L'option d'une Tumorectomie comme chirurgie première dans le cancer du sein débutant relève de toute évidence d'un ensemble de paramètres à la fois cliniques et biologiques qui doivent être étudiés au cas par cas et discutés en tenant compte particulièrement du risque élevé de récurrence locale à laquelle est associée la chirurgie conservatrice comparée à la Mastectomie. L'exérèse complète des calcifications confirmée par un

examen radiologique de contrôle per opératoire, la définition et le statut des berges tumorales en examen extemporané et une histologie définitive, le siège de la tumeur, son grade nucléaire, le type histologique, les problèmes de résidence sont également des paramètres à réviser avant toute stratégie thérapeutique définitive. Les risques et les bénéfices rattachés à chaque technique (Tumorectomie ou Mastectomie), les problèmes de cout dans la Tumorectomie avec Radiothérapie adjuvante, le suivi à long terme seront pesés, analysés et présentés à la patiente, qui décidera en accord avec son chirurgien de l'option la meilleure.

Licite pour les petites tumeurs du sein, la biopsie du GS fait débat et gagne de plus en plus du terrain dans la chirurgie du cancer du sein. L'accès à la Tumorectomie couplée avec la biopsie du GS occupe une place de choix dans l'élaboration stratégique thérapeutique du cancer débutant du sein. Malgré son caractère morbide, la Mastectomie conserve encore sa place dans la chirurgie du sein. La Mastectomie Radicale suivie de reconstruction immédiate avec le lambeau autologue cutané musculaire du Grand Dorsal (FLD) a opéré un véritable changement dans la reconstruction mammaire. La chirurgie mammaire carcinologique du cancer du sein débutant combinée avec la biopsie du GS sollicite avant tout une infrastructure de haute gamme, une coordination et une collaboration harmonieuses entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire. Chargée d'élaborer une stratégie thérapeutique cohérente, et engagée non pas à accorder la primeur à l'approche chirurgicale seule, celle-ci veillera à la qualité de vie et la survie avec maladie sans récurrence.

Références Bibliographiques

1. Ries L.,Eisner MP, Kosary CI et al (eds): *SEER Cancer Statistics Review 1973-1997* Bethesda MD,National Cancer Institute,2000

2. Cardoso F, Lago L Dal, Braga S Better predictive factors in endocrine responsive breast cancer than the estrogen receptor itself *Int Gynecol Cancer* 2006, 16 (Suppl. 2),533-537
3. Kamangar F, Dores GM, Anderson WF, Patterns of cancer incidence, mortality and prevention across five continents: defining priorities to reduce cancer disparities in different regions of the world *J Clin Oncol* 2006, 24 :2134-2150
4. American Cancer Society *Cancer Facts and Figures 2004* Atlanta,GA : American Cancer Society 2004
5. Metlin C. *Global Breast Mortality Statistics CA cancer J Clin* 1999, 49 :138-144
6. Silverstein MJ, Lagios M, Groshen S, et al. the influence of margin width on local control of ductal carcinoma in situ of the breast *N Engl j Med* 1999 ; 340 : 1455-1460
7. Autier P, Hery C, Haukka J,et al. Advanced Breast and Breast Cancer Mortality in randomized controlled trials on mammography screening *J Clin Oncol* 2009;27:5019-23
8. Reintgen C, Reintgen D, Solin LJ *advances in loco regional treatment for patients with early stage breast cancer : A Review of the Field Breast Cancer Vol.10, 2010;3: 180-187*
9. *Bulletin du Cancer Vol. 85; No6 : 539-43 Juin 1998 Syntheses*
10. Ashley S, Royle ST, Corder et al. Clinical radiological and cytological diagnosis of breast cancer in young women *Br J Surg.* 1989; 76 :835-837
11. Querleu D, Leblanc E, Morice P, Ferron G *Chirurgie des Cancers Gynecologiques Techniques Chirurgicales Gynécologiques 2009, Eds. Elsevier Masson*
12. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, et al. Twenty year follow up of a randomized study comparing breast conservative surgery with radical Mastectomy for early breast cancer *N Engl J Med* 2002 ; 347 :1227-32 Analyse R. Van dan Broecke, R. Serreyen
13. Martel P et al. La procédure du Ganglion Sentinelle en routine : interets et limites d'une serie de 993 cas *bulletin du Cancer* 2008 ; 95 (7-8) : 163-172
14. Vaini-E V *La Technique du Ganglion Sentinelle en pratique libérale e- mémoires de l'Académie de Chirurgie* 2003, 2 (4) :57-62
15. Krag DN, Auderson SJ, Julian TB, et al. Technical outcomes of Sentinel Lymph node resection and conventional axillary lymph node dissection in patients with clinically node negative breast cancer : results from NSABP B-32 randomized phase II trial *Lancet Oncol*; 8: 881-8

François L. Nérette, M. D. 2009
Soumis le 11 Mars 2012

X treme dia

X TREME DIA : GOITRE GEANT DIFFUS SIMPLE JUVENILE

GOITRE GEANT DIFFUS SIMPLE JUVENILE

Fillette de 16 ans vue pour une énorme masse cervicale d'origine thyroïdienne.

Le goitre diffus simple, endémique dans sa région, évoluait depuis l'enfance. Elle consultait pour des signes de compression trachéale et une dysphagie.

L'intervention a consisté en une thyroïdectomie subtotale bilatérale. La trachéomalacie nécessita une intubation prolongée. La trachéotomie fut évitée.



Fig. 1: Goitre diffus simple géant.
Service de Chirurgie HUEH

Diaporama



DIAPORAMA : Tumeur royale de Von Recklinghausen au niveau de la fesse

Louis-Franck Télémaque, MD, HUEH, 2012

Jeune adulte de 25 ans atteinte de la maladie de Von Recklinghausen. Elle s'est présentée avec des nodules, des taches café au lait disséminées sur le corps et un **neurofibrome plexiforme**, énorme masse postérieure attachée au bas du dos, au sacrum, à la fesse gauche, au périnée. Le diagnostic de Maladie de Von Recklinghausen fut retenue avec présence de Tumeur Royale (fig. 1,2, 3, 4, 5).



Fig. 2: Maladie de Von Recklinghausen avec une tumeur royale fessio périnéale

La Maladie de RECKLINGHAUSEN est la plus fréquente des neurofibromatoses (NF1)¹. C'est une poly dysplasie complexe congénitale et familiale à manifestation surtout cutanée et nerveuse².

La tumeur royale [TR] est le nom donné à la plus volumineuse des tumeurs cutanées. Tlili² signale qu'elle est très rare et traduit le développement prépondérant et monstrueux d'un névrome plexiforme ou d'une tumeur profonde d'un tronc nerveux.

La TR est potentiellement maligne et peut siéger sur n'importe quelle partie du corps. Elle est caractérisée par son développement qui peut atteindre des proportions volumineuses. Duperrat est cité pour en distinguer trois types : le névrome plexiforme, la dermatolyse ou pachydermocèle et le myxogliome gélatiniforme².

La chirurgie est indiquée dans les lésions étendues. Cependant, elle est palliative, souvent incomplète, le reliquat tumoral pouvant être à l'origine de récurrence. Par ailleurs, c'est une chirurgie très hémorragique du fait de l'hyper vascularisation tumorale. Le laser CO2 est une alternative thérapeutique

Références

- 1- Denguezli M, Maladie de Von Recklinghausen, Service de Dermatologie CHU FARHAT HACHED SOUSSE TUNISIE.
- 2- Tlili N. Tumeur royale du membre inférieur. Société Française de Rhumatologie



Fig. 4: TR déployée, attaches postérieures



Fig. 3 attache vulvaire



Fig. 3: attache fessière et périnéale



Fig. 5: posture de camouflage inter cuisse. et périnéale

Dossiers

ETAT DE LA CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE EN HAÏTI.

M. Mc Namara PADOVANY. MD, HUEH, 2012

Il s'agit d'un résumé d'une étude rétrospective sur l'état de la chirurgie thoracique, réalisée dans le cadre du travail de sortie, au terme des 4 années de résidence en Chirurgie Générale.

L'étude couvre l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti (HUEH) et trois hôpitaux privés (l'Hôpital du Canapé Vert; l'Hôpital Albert Schweitzer, l'Hôpital St Damien/Nos Petits Frères et Sœurs). La période couverte s'étend de 2 ans à 7 ans, dépendamment des données disponibles. La population visée est constituée de toute personne enfant ou adulte des 2 sexes qui aurait été admise au bloc opératoire pour une pathologie thoracique ou vasculaire urgente ou sélective.

Mon intérêt pour la chirurgie thoracique et vasculaire est particulier, vu :

- L'absence de centre de référence de pathologies vasculaire et thoracique en Haïti
- La faible performance académique dans la prise en charge de ces pathologies
- L'augmentation de la morbi-mortalité générale
- La non évolution en général du système de santé haïtien
- L'absence de formation continue dans cette spécialité.

Les objectifs visés sont:

- Etablir la morbi-mortalité des pathologies thoraciques urgente ou sélective
- Faire le recensement des ressources en ces spécialités
- Etudier le potentiel local.

Les résultats ont trouvé que dans les institutions consultées:

- Il y a peu ou pas d'intervention pour réparation d'anévrismes

- Peu ou pas de chirurgie pour pathologies œsophagiennes
- Peu ou pas d'intervention pour tumeurs médiastinales ou cancer du poumon
- Peu de spécialistes à l'échelle nationale (deux)
- Peu d'offres de programmes de prise en charge de ces types de patients.

Si les statistiques internationales informent qu'il y a un nombre important de ces pathologies dans le monde, il faut croire que leur non prise en charge en Haïti entraîne des conséquences graves. Dans le but d'améliorer cette prise en charge et la formation, nous recommandons:

- La restauration du Centre National de Chirurgie Thoracique détruite par le tremblement de terre
- La mise en place d'un programme de Formation continue du personnel (bourses d'étude)
- Des journées scientifiques de formation et de prévention des facteurs de risque de certaines pathologies thoraciques notamment le cancer de l'œsophage, le cancer du poumon
- La formation rotatoire des résidents dans les autres services (anesthésiologie,...) et en dehors de l'HUEH et à l'étranger.
- La coopération avec les ONG qui pratiquent sporadiquement cette chirurgie dans le pays.

La chirurgie thoracique constitue une chirurgie spécialisée, nécessitant une prise en charge intégrée et multidisciplinaire. La restauration ou mieux la création d'un centre spécialisé serait nécessaire pour une prise en charge de qualité de la population affectée, pour améliorer la formation des résidents et permettre une formation continue nécessaire.

Nous souhaitons ardemment jouer un rôle actif dans cette sphère d'activités.

Mc Namara PADOVANI, MD

TELEMEDICINE IN SUPPORT OF CONTINUING MEDICAL EDUCATION IN HAITI

Ramona Tascoe, MD, MHSA, MDiv, 2012

Abstract

A variety of innovations are occurring in medical education centers worldwide. Driven by technological advances and cost-conscious leadership, these institutions are finding creative ways to do more with less. Telemedicine has become a popular tool for advancing the electronic delivery of medical knowledge and clinical care to doctors, students and patients.

This innovation promises to have a significant impact in economically strained global arenas looking to enhance the quality of their continuing medical education. Distance learning models can be developed for audiences requiring unique considerations such as language, environmental conditions, and clinical priorities.

Keywords: Telemedicine; Distance Learning; Innovation

In the world of medicine, the very best physicians are nourished on a formula of excellent Post-Graduate Training, and Continuing Medical Education (CME). Dr. Claude Surena, AMH Past-President addresses this topic in the December 2011 issue of Info CHIR, where he proposes full implementation of article 39 of the "Code de Deontology" of the AMH. The development of a Continuing Medical Education Program (CMEP), made mandatory for all physicians is among the strategies he proposes. The CMEP must be implemented consistently in forms that include at a minimum, locally held monthly scientific activities, and an annual convention. Surena acknowledges the need for infrastructural development and technological innovations to support this endeavor¹.

CMEP innovations are critical at a time when rapid change is occurring globally in medicine to meet patient-driven quality care demands on overworked physicians and the over utilized health service industry². This is particularly true for countries like Haiti where the healthcare system is fragile. The Ministry of Health must not only aspire to meet World Health Organization (WHO) standards for quality care, but is expected to succeed in its oversight of medical and nursing education, clinical training, supervision and certification. The primary benefactors to an innovative CMEP are patients who are ultimately, likely to see a decrease in morbidity and mortality.

Telemedicine

"Telemedicine is the use of electronic communication and information technologies to provide healthcare when distance separates the medical professional from the patient. It also includes educational and administrative uses of these technologies in support of health care, such as distance learning and administrative video conferencing"³. (Association of Telehealth Service Providers-2000) (fig. 1, 2, 3).



Fig. 1: Vidéo conférence 1



Fig. 2: Cisco



Fig. 3: Vidéo conférence 2

Telemedicine is an innovation designed to meet several objectives in the performance of healthcare delivery systems. This technological advance offers **Distance Learning (DL)** and **Distance Treatment (DT)**. DL is simply defined as a way to provide education and training to an audience remote from the source providing the training. DT, on the other hand, provides patient access to remote providers of secondary care. It is the DL component of telemedicine that provides an excellent innovative platform for the enhancement of a CMEP in Haiti. The CMEP can collaborate for DL opportunities with leading medical institutions that have telemedicine programs throughout the U.S. and Canada or within the Caribbean community. This strategy provides an automatic solution to the CMEP problem of access to quality education^{2, 4, 5, 6}.

But in order for the process to begin, two elements must be secured in Haiti.

1- **The end-user** must acquire technology that is reliable and versatile in quality; well understood and managed locally; and must be compatible with the end-provider's technology.

2-**The collaborators** must agree on the subject matter, curriculum content and the pedagogy for training, except when the end-user is observing conferences such as Grand Rounds. This pedagogy might include: language used, syllabus development, end-user faculty reinforcement, email or web-based conferencing access, follow-up, local mentoring, study groups and workshop development^{2, 7, 8}

This technology can extend the reach of medical facilities and resources by promoting efficiency, productivity, clinical accuracy, and affordability^{5, 9}. CME can occur daily for the benefit of physicians in practice and resident physicians who are receiving post-graduate training. In fact, nurses, allied health professionals and public health leaders are potential beneficiaries of this technological reality. Telemedicine designed for the direct benefit and involvement of the patient is often referred to as **TeleHealth, Telepresence, and TeleCare**. It constitutes the platform for distance treatment (DT). In this mode, telemedicine provides academic support to Post-Graduate Training by enabling access to field experts, and consultations from specialists who are thousands of miles away^{5, 9, 10}. As an example, remote transmission of fundoscopic, echographic, or laparoscopic images can be shared in well-synchronized real time as part of a diagnostic examination or treatment remedy (Fig. 4).



Fig. 4: Telehealth

The **technology** behind Distance Learning can vary significantly. There are Internet applications such as Skype, Face to Face telephone dial ups, Conference calls, You tube and video training sessions. These are all considered hybrid systems that achieve the same goal: Sharing knowledge in a manner where teacher and student are not in the same physical location.

However, when curriculum is developed to train a cohort of students such as residents attending grand rounds or AMH members attending a CME lecture, these technologies are inadequate. The best technological advances for healthcare distance learning rely upon more advanced technology for reasons of audience size, real-time conferencing into lecture halls, and privacy concerns for patients when they are involved in the process^{3, 10}.

In mid-1990, the Institute of Medicine (IOM) conducted a review of the literature to assist in developing a scientific framework for evaluating Telemedicine³. This comprehensive review included meta-analysis of telemedicine, on-line learning studies, and the use of TeleHealth for prevention, education, disease management, home health care, remote location access to care, and emergency medicine. IOM was able to confirm expanding use and utility, but also found that value was contingent upon good program planning and execution. Patient satisfaction was consistently high. Reimbursement concerns were an issue for some end-provider institutions. Since the 90's, Telemedicine has continued to be a growing field and an effective tool for the enrichment of medical education, patient care, and administrative efficiency³.

Strategic Action:

The historic January 12th earthquake provided the opportunity for Haiti's healthcare leaders to envision a strategy that could revolutionize the approach to education and training of all doctors, nurses and allied healthcare professionals; not just those financially able to travel far and frequent to obtain the enrichment of CME abroad. Despite the goodwill of medical volunteers and institutions that promised long term commitments to teach and train (if and when) funding was available, Haitian healthcare leaders were un-afraid to examine DL as a viable and sustainable strategy to address this problem^{5, 10, 11, 12}.

To assist in this initiative, the General Hospital of Haiti (HUEH) gave permission for its International Consultant to seek an affordable remedy that could become part of the emerging institutional overhaul of HUEH. The directive encouraged the acquisition of technology that could be installed immediately for use in didactic and clinical training during the interim of demolition and reconstruction of the General Hospital in Port-au-Prince. CISCO Systems in California was approached for an inkind

donation and responded generously with the gift of a CTS-500 Telemedicine/Telepresence Unit^{11,12}.

Implementation:

Over the past six months, CISCO has worked with local and US system engineers to design and test a technological platform for the CTS-500 unit that will allow HUEH/MSPP and its associate institutions to interface with multiple end-users (institutions) in the Western Hemisphere¹¹. Concurrently, MSPP has provided an excellent and secure space on its current campus, and local engineers have explored with full detail the specifications and requirements for installation and site testing of the system by mid-spring 2012.

Pilot Application:

As a Pilot Program, the first interactive lecture will occur through the Department of Surgery which plans to introduce a Minimally Invasive Surgery (MIS) training module to its standard curriculum. HUEH's Department of Surgery, in collaboration with the Society for American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons (SAGES), the premier training and certifying body for laparoscopy in the US and Canada, will launch a two year lecture series: Fundamentals of Laparoscopic Surgery (FLS). By the early fall, this program is expected to include real-time laparoscopic intra-operative surgical training, and supervision.

Future Applications:

In general, the CTS-500 Unit will allow all clinical specialties of medicine and pharmacy to identify a collaborating partner or institution with compatible technology to schedule a conference or a series of times for its department to attend a distant conference; or obtain an expert second opinion. The MSPP will need to strengthen and increase the size of its qualified workforce in the areas of field research, surveillance and evaluation. Statistics, Biostatistics, research design and epidemiology are examples of courses available for distance learning. Collaborating institutions have already been identified to develop curriculum and provide a lecture series for UEH, FMP, and HUEH.

Conclusion:

Doctors are being asked to expand their concept of health care beyond the biomedical model of diagnosis and treatment to one that focuses on population health, equitable distribution of medical resources, and incorporating new measures for education, training and implementation of disease prevention models. In order

for them to know what is new on the horizon, their CMEP must be efficiently accessible and delivered in a cost-effective way^{13,14}. As research and best practice models continue to rapidly emerge, the forum for telemedicine conferencing will remain an ideal distance learning tool for efficiently addressing the confluent interest of patients, providers and policymakers. The inescapable reality is that telecommunications, internet, and social networking platforms have leveled the field for human expectation in general. These technologies are contributing measurably to increased public awareness of what is possible to protect wellness, and to prevent or treat disease³. Even the poor have a better grasp of what is possible, and they are rightly demanding their fair share. Distance Learning is an innovation whose time has come.

References

1. Surena C. *Continuing Medical Education. INFO-CLHIR: La Revue Haïtienne de Chirurgie et d'Anesthésiologie. Decembre 2011 1(4)*
2. Schneider E, Eisenberg J. *Strategies and Methods for Aligning Current and Best Medical Practices: The Role of Information Technologies. WJM, May 1998 168(5)*
3. U.S. Department of Education. *Evaluation of Evidence-Based Practices in Online Learning: A Meta-Analysis and Review of Online Learning Studies. Revised September 2010*
4. Meyer, KA. *Quality in Distance Education: Focus on On-Line Learning, Jossey-Bass, 2002, 29(4)*
5. Ackerman M, Craft R, Ferrante F, et al. *Telemedicine Technology. Telemedicine Journal and e-Health, 2002, 8(1)*.
6. Davies H, Hall D, Harpin V, Pullan C. *The Role of Distance Learning in Specialist Medical Training. www.archdischild.com*
7. Wright T, Howell S. *Ten Efficient Research Strategies for Distance Learning. Online Journal of Distance Learning Administration, Spring 2004*
8. Young LB, et al. *"Impact of telemedicine Intensive Care Unit Coverage on Patient Outcomes. Archives Intern Med 2011;171(6): 498-506*
9. CISCO. *Global Study: The Benefits and Barriers to Video Collaboration Adoption. 2010 1-11*
10. CISCO Systems. *Seven Reason to Invest in Tele presence: Tele presence is the new way of working. Learn more about how you can do more with less, transform your organization and be greener. 2010*
11. Tandberg. *The Great Divide: Global Survey on Adoption of Video Collaboration Tools. 2010*
12. CISCO. *Tele Presence in Education: White Paper*
13. Whitten P, Mair F, Haycox A, et al. *Systematic review of cost effectiveness studies of telemedicine interventions. BMJ 2002;324:1434*
14. National Library of Medicine. *Telemedicine: A Guide to Assessing Telecommunications in Health Care.*

Recommended Resources for further Study in distance education:

1. *American Journal of Distance Education*
<http://www.ajde.com/>
2. *Continuing Higher Education Review*
<http://www.ucea.edu/publications02.htm>

-
3. *Journal of Asynchronous Learning Networks (JALN)*
<http://www.aln.org/publications/jaln/index.asp>
 4. *DEOSNEWS*
<http://www.ed.psu.edu/acsde/deos/deosnews/deosnews.asp>
 5. *Journal of Distance Education*
http://www.cade-aced.ca/en_pub.php
 6. *Online Journal of Distance Learning Administration*
<http://www.westga.edu/~distancejmain11.html>
 7. *Quarterly Review of Distance Education*,
<http://www.aect.org/Publications/qrde.htm8>.
 8. *Google Distance Learning Directory*
http://directory.google.com/Top/Reference/Education/Distance_Learning/

Associations

1. University Continuing Education Association
<http://www.ucea.edu/>
2. American Association for Collegiate Independent Study
<http://www.aacis.org/>
3. Western Cooperative for Education Telecommunications
<http://www.wcet.info/about/>
4. The American Distance Education Consortium
<http://www.adec.edu/>
5. The Sloan Consortium <http://www.aln.ucf.edu/>

Informations



AMHE MISSION A PORT AU PRINCE, Part I

Maxime Coles, MD, 2012.

A tous les membres de l'AMHE

Quelques propos sur la première partie de la mission de l'AMHE, du 23-25 Février 2012, à Port-au-Prince.

Je viens d'avoir le privilège de participer, une fois de plus, à une autre mission à Port-au-Prince et j'ai eu, comme d'habitude, le plaisir de travailler avec nos médecins, nos résidents, internes et externes durant leur rotation au service d'Orthopédie et de Traumatologie de l'HUEH. J'ai côtoyé beaucoup de faces familières parmi lesquelles les derniers résidents à m'avoir visité à Coffeyville, Kansas et qui maintenant suivant l'expertise acquise, travaillent avec des groupes comme Médecins Sans Frontières (James Jean-Baptiste et Johnny Michel). Deux autres attendent encore leur confirmation comme médecins de service dans le sein même de l'Alma Mater (Worken Alexandre et Berlin Bien-Aimé) résidents que la AMHE ont formé à travers ses rotations à Coffeyville, KS.

Je suis resté deux jours avec nos résidents, dans les cadres familiers du service d'Orthopédie, maintenant partagé avec le service de Chirurgie. Nous avons participé à des rondes didactiques sur tous les patients à problèmes, nous avons discuté les états généraux du service. Une salle d'opération dans Le service, devenue fonctionnelle et servant à faire des opérations mineures est finalement très bien entretenue par nos résidents et nos infirmières. Pour ceux qui ont connu Mme Brouard, et apprécié toutes les années de service que cette infirmière en chef a dédié au service et au pays, il était temps pour une relève et elle a choisi sa remplaçante en considérant celle qui l'a secondée pendant de si longues années pour continuer la tâche.

La plupart des résidents, après leurs rotations à Coffeyville ont suivi un "fellowship" en terre étrangère subventionné par divers organismes étrangers qui ont choisi à la pincette chacun des résidents à en bénéficier. Tous les résidents suivants ont bénéficié de l'AMHE :

- Francel Alexis qui demeure en Haïti est le seul à avoir une spécialisation en Pédiatrie Orthopédique, une partie

délicate de notre formation...D'autres ont eu l'opportunité de se rendre à plusieurs reprises à San Antonio, TX pour travailler avec le Dr. Wilkins, Orthopédiste pédiatrique. Francel lui a terminé une année et demie de spécialisation et se trouve maintenant à la recherche de travail dans Le pays...Qui NE voudrait pas sauter sur tant de talent pour l'incorporer sous leur toit. J'espère que nous serons à même de le mentionner au Dr. Gabriel Timothée. Il pourrait aider à suppléer à la carence d'Orthopédiste dans Le Nord qui sévit et qui paralyse nos efforts. Je n'ai pas pu approcher le Ministre de la Santé, mais j'espère qu'elle lira notre rapport.

-Mukkuako Oda et Cheroute Getho terminent cette semaine 6 mois de "fellowship" en Israël en Traumatologie et seront prêts à continuer la besogne là où ils l'ont quitté sur leur sol natal.

-Patrick Jumelle est de retour après un long séjour en France et me demande qu'une décente position pour établir ses priorités afin d'aider ses compatriotes. Il attend une nomination à l'OFATMA.

-Eldine Jacques attend sa nomination à l'Hôpital Général de Miragoane.

-Dr Lunick Santiaque, après avoir complété une résidence en Orthopédie, s'est aussi assuré d'une deuxième spécialité en Chirurgie Générale et doit être considéré comme une mine d'or pour une institution dans Le Nord-Ouest du pays alors qu'il se permet de faire la navette pour traiter des patients à l'île de la Tortue.

- Finalement, le Dr Brunel Bayard, qui vient de commencer son fellowship en France, pour une durée de 6 mois, fera partie du groupe.

Quel choix de jeunes orthopédistes..!! Nous avons cette dizaine de "fellows" prêts à prendre la relève dans un pays que les forces internationales abandonnent petit à petit. Nous avons été approchés par le dernier gouvernement pour les aider à suppléer le pays en médecins compétents. De mon côté je peux dire que cette dizaine d'orthopédistes peuvent affronter n'importe quelle situation... Et à travers l'AMHE ils seront à même de faire des merveilles dans Le pays. Je suggère fermement à vous tous, de pointer du doigt, ces individus que nous avons formés et qui représentent la relève du pays, afin de leur permettre de mettre la main à la tâche.

Rondes dans les salles, présentations du groupe d'internes sur leur projet de sortie, cas intéressants, conférences de résidents et de médecins de service, démonstration d'aspiration de hanche et d'épaule, clinique. Finalement quelques lectures à la requête du groupe, lectures plus intéressantes et plus captivantes pour les résidents et les médecins de service sur différentes approches de la hanche et différentes procédures comme pour traiter les épiphysiolyse de la hanche, les fractures subcapitales et intertrochanteriques, tibial pilons., infections, antibiotiques peri-opératoire, remplacement de hanches....etc. Avec l'utilisation d'un nouveau C-arm dans le service, je me suis trouvé en extase d'observer la compétence de nos nouveaux résidents à utiliser les nouvelles techniques que les aînés leur ont apprises (fig. 1, 2, 3).

Figure 6: Dr. Coles examinant un patient



Figure 7: Dr. Coles à la lecture d'un cliché

La visite était courte comme d'habitude. Nous nous sommes fait un échange de courriels pour mieux garder le contact et discuter les cas difficiles à travers l'internet. Voici en bref notre récente visite à l'HUEH...Toujours content de visiter l'Alma Mater. J'ai quitté le cœur gros, et avec regret pour me rendre au Cap-Haitien où l'AMHE, avec un groupe de 13 médecins, avait une plus importante délégation. Je vous inviterai à prendre plus de connaissance du deuxième volet de notre mission au Cap-Haitien en lisant le rapport détaillé du Dr. Louis Joseph Auguste...



Fig. 3 : Dr. Coles entouré des résidents et internes.

Maxime Coles, MD, 2012.

Divers

BLAQUES - Reflexion ?

Un médecin est entré à l'hôpital dans la hâte après avoir été appelé pour une chirurgie urgente. Il a répondu à l'appel, a changé dès que possible ses vêtements et est allé directement au bloc de chirurgie. Là, il trouve le père du garçon qui fait des vas et vient dans le hall.

En voyant le médecin arriver, le papa hurla : « Pourquoi avez-vous pris tout ce temps pour venir ? Vous ne savez pas que la vie de mon fils est en danger ? Vous n'avez pas le sens de responsabilité » ?

Le médecin sourit et dit : « Je suis désolé, je n'étais pas dans l'hôpital et je suis venu le plus rapidement possible après avoir reçu l'appel..... Et maintenant, je souhaite que vous vous calmez pour que je puisse faire mon travail »

« Me calmer ? Et si c'était votre fils vous calmeriez vous ? Si votre propre fils meurt maintenant que ferez vous » ? dit le père avec colère.

Le médecin souri encore et répondit : « Je dirai.. De la poussière nous sommes venus et épousseter nous retournerons, béni soit le nom de Dieu. Les médecins ne peuvent pas prolonger des vies. Allez et intercédez pour votre fils, nous ferons de notre mieux par la grâce de Dieu »

« Donner des conseils, quand nous ne sommes pas concernés, c'est si facile » Murmura le père.

La chirurgie a pris quelques heures après lesquelles le médecin sorti heureux, « Merci Dieu ! Votre fils est épargné, Si vous avez n'importe quelle question, demandez a l'infirmière ! »

« Pourquoi est-il si arrogant ? Il ne pouvait pas attendre quelques minutes pour que je me renseigne sur l'état de mon fils ». A commenté le père en voyant l'infirmière après que le médecin soit partit.

L'infirmière répondit, les larmes descendant son visage : « Son fils est mort hier dans un accident de route, il était a l'enterrement quand nous l'avons appelé pour la chirurgie de votre fils. Et maintenant qu'il a épargné la vie de votre fils, il est parti courir pour finir l'enterrement de son fils ».

Moralité : Ne JAMAIS JUGER PERSONNE parce que vous ne savez pas ce qu'elle traverse en ce moment...

Source : TOL PRESSE DU JEUDI 09 FEV 2012 à 00:05

MOTS CROISES MEDICAUX

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1								■		
2		■								
3							■			
4						■			■	
5		■			■					
6				■			■			
7								■		
8		■			■				■	
9							■			
10					■			■		

Mots croisés médicaux, préparé par Eunice Derivois Merisier

Horizontalement.

1-Diarrhée infectieuse. A moi. 2-Il habite a Milan 3-Baisse du prix. Démonstratif. 4- Inutile. Enlever (phonétique). 5- Article. Pays du nord de l'Europe. 6-Immobile. Union Européenne. Paille. 7-Incrusté dans la chair. Condition. 8- Matinée. Choix. 9- Explose. Belle-fille. 10-Chef - lieu du canton de l'Orne. Note. Fin de journée.

Verticalement.

1-Affections d'un certain col. 2-Alcooliques Anonymes. Indéfini. Corps étranger.3- Telle une certaine hernie. 4-Plante a tige flexible. Tas. 5-Prophète. Patrie d'Abraham. 6-Près du bord. Eprouvés. 7-Révolution. Alternative. Fin d'infinitif. 8-Faits. Anti-inflammatoire (Abrégé) 9-Partie de pain. Région postérieure. Note. 10- D'une très grande faiblesse.

COMITÉ CENTRAL

Comité de direction

Louis-Franck Télémaque, Coordonateur
Sosthène Pierre, Relations publiques
Geissly Kernisan, Rédacteur
Jean Alouidor, Éditeur
Jude Milcé, Trésorier

Comité scientifique

Joëlle Mc Intosh, Membre
Demes Adrien, Membre
Adrien Paul, Membre

Comité de lecture

Eunice Derivois Merisier, Secrétaire
Frédéric Barau Déjean, Membre
Jean Marie Eustache, Membre
Claudine Jolicoeur, Membre
Claude Paultre, Membre
Denise Fabien, Membre
Alix Elie, Membre

Groupe Santé Plus



L'assurance d'un service de qualité !



Notre compagnie de distributions de produits pharmaceutiques a été créée en 1955 par Marcel et Betsy Villedrouin. Depuis 1973, elle fonctionne sous le nom commercial M. Villedrouin & Co. Succrs.

La Mvco assure la distribution des produits pharmaceutiques et nutritionnels des Laboratoires Européens et Américains notamment Alter Farmacia, AstraZeneca, IREX, Mead Johnson Nutrition, Pfizer et SevenSeas. Elle possède les compétences et agréments nécessaires pour prendre en charge tout type de produits. Elle est dotée d'une infrastructure informatique performante pour une communication accrue avec tous ses partenaires.

Notre personnel commercial et logistique assure une prestation de très haute qualité auprès du corps médical, des pharmacies, des hôpitaux, des épiceries et des grossistes.

Mvco, une entreprise engagée pour l'amélioration de la santé et pour la promotion de la recherche.

M. Villedrouin & Co. Succrs. Siège social : 83 rue Capois

Comptoir de vente : 9 Rue Marcelin

Port-au-Prince, Haiti HT 6110

Email: Clientele.mvco@gmail.com

