INFO-CHIR

Revue Haïtienne de Chirurgie et d’Anesthésiologie

Mars 2015

Vol. 3 No. 16

SOMMAIRE

EDITORIAL

ARTICLES MEDICAUX

1. Avancées en chirurgie néonatale, rôle du diagnostic prénatal
   Pr. Yan Revillon

2. Atresie de l’oesophage
   Pr. Yan Révillon

3. Pseudarthrose congénitale du Tibia: Une des déformations des
   membres inférieurs chez l’enfant les plus difficiles à traiter.
   Francel Alexis, MD

4. La rachianesthésie chez les bébés: une alternative à l’anesthésie
   générale et caudale
   Pascale Sévère, MD

5. Profil épidémiologique et prise en charge du sujet hypertendu au
   service d’anesthésiologie et de réanimation de l’HUEH
   Barbara Mathurin, MD

DIAPORAMA

Rhabdomyosarcome de l’adulte
Louis Franck Télémaque, MD

X TREME DIA

Corps étrangers para aortiques
Louis Franck Télémaque, MD

DOSSIERS :

1. Le dossier anesthésique des hôpitaux universitaires nationaux, vers l’informatisation.
   Farah Franck, MD

2. Euretophobie
   Jean Alix Célestin, MD

3. Valve de l’urètre postérieur
   P. A. Nazon, MD

4. Neuro chirurgie pédiatrique
   Bernard Pierre, MD

INFORMATIONS

1) ELECTIONS A L’AHC discours du Président rentrant Dr J G Doucet
2) Avancées dans le programme SAGES
3) Avancées dans le programme de hernioplastie
4) Office d’Assurance Accidents du Travail, Maladie et Maternité (OFATMA)

Programme d’assurance maladie et maternité

« Ce qu’on n’a jamais remis en question n’a point été prouvé »
Denis Diderot
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 34013422 509 47355350

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. Numéroter 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.
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 mét 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.
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
La Chirurgie est, certes, l'une des plus belles branches de la Médecine. Et le chirurgien haïtien retranché dans son cabinet de consultation ou concentré en salle d’opération n’a pas de temps de prêter attention à tout ce qui se dit sur sa profession ou sur lui-même. Il n’a pas non plus idée de la considération, bonne ou mauvaise dont il fait l’objet; considération qui pousse souvent des patients haïtiens à se transporter outre-mer pour se faire opérer, même d’une simple hernie, tandis que ceux dont les moyens ne leur permettent pas de partir, se pressent aux barrières des ONG éparpillées un peu partout dans le pays.

Et l’argument, « Nous ne faisons pas confiance aux chirurgiens haïtiens ! », est celui le plus souvent invoqué ; Hélas ! La conséquence est qu’il n’y a pas affluence dans les cliniques des chirurgiens. Ceux-ci, sans défense, ne font que constater, impuissants, la détérioration de la situation, de leur situation. Si la compétence locale ne semble pas manquer, nous sommes cependant conscients que cette qualification mériterait d’être supportée par une infrastructure plus adéquate.

Il faudrait aussi aux chirurgiens un forum où ils feraient entendre leurs points de vue. Il leur faudrait un espace approprié pour faire passer leurs messages. Il leur faudrait une tribune où ils feraient montrer de leurs connaissances, de leurs capacités ; où ils pourraient souligner leurs succès, mais aussi les limitations que leur impose l’absence d’infrastructures indispensables à toute pratique chirurgicale efficace et efficiente.

Info CHIR, dans sa troisième année, se veut un véhicule, une tribune de l’expression chirurgicale. Cette seizième édition témoigne du chemin parcouru et de l’importance que, au fil du temps, la Revue a acquise dans le milieu médical et dans la société haïtienne en général.

Les éditions précédentes ont montré que des études ont été réalisées et peuvent encore être effectuées. Nos chirurgiens haïtiens prennent en charge la réalité du milieu et obtiennent des résultats qu’ils souhaitent partager avec la communauté internationale.

En ce début de la nouvelle année, l’équipe d’Info CHIR exhorte les chirurgiens d’Haïti à beaucoup de courage et de persévérance dans leurs efforts pour remettre la Chirurgie à sa vraie place. Une pensée spéciale aux anesthésiologistes et réanimateurs, nos proches collaborateurs.

Nous saluons la remise en branle de l’Association des Chirurgiens Haïtiens (AHC), l’élection de son nouveau Conseil de Direction et leur souhaitons « Bon Travail ! »

Main dans la main, les choses doivent bouger. La Chirurgie haïtienne devra atteindre, coûte que coûte, les sommets qui ne lui sont pas inaccessibles. Nous savons, nous pouvons, nous devons.

Geissly Kernisan
AVANCEES EN CHIRURGIE NEONATALE, ROLE DU DIAGNOSTIC PRENATAL

Pr. Yann REVILLON. 2015
Hôpital des Enfants Malades, Paris.

Les progrès de la chirurgie néonatale se sont développés grâce au diagnostic prénatal, à une meilleure préparation à l’intervention, aux avancées de l’anesthésie, aux nouvelles techniques chirurgicales et à une amélioration de la prise en charge post-natale surtout nutritionnelle.

LE DIAGNOSTIC PRENATAL

L’intervention du chirurgien pédiatre est indispensable

- Lorsqu’une anomalie « chirurgicale » est évoquée.
- Lorsque l’échographie et l’IRM confirment ce diagnostic.
- Lorsque le bilan foetal est réalisé.

Un dialogue doit s’instaurer entre l’échographiste et le chirurgien. La découverte d’une image kystique intra-péritonéale dépistée en pré-natal en est une illustration. Ainsi, on peut évoquer un kyste de l’ovaire, une duplication digestive, un lymphangiome, un neuroblastome ou un pseudo-kyste du cholédoque.

- Le kyste de l’ovaire est de surface régulière, sans péristaltisme. La résolution spontanée s’observe dans 50% des cas.
- La duplication digestive est plus rare. Elle est kystique ou oblongue. Son risque est le volvulus intestinal ou l’infection.
- L’atrésie duodénale se présente comme deux images kystiques à la partie haute de l’abdomen. Il faut rechercher des anomalies associées ou des signes échographiques en faveur d’une trisomie 21.

Hernie de coupole diaphragmatique

Le diagnostic prénatal d’une hernie diaphragmatique est fait de manière systématique. Il permet de découvrir les formes syndromiques, d’effectuer une prise en charge néonatale immédiate et de donner les meilleures informations aux parents.

L’échographie et surtout l’IRM permettent de faire une analyse précise des facteurs pronostiques : le volume pulmonaire et la fonction pulmonaire. Le Lung/Head ratio (LHR) ou rapport de la surface d’une section cérébrale à une section thoracique est corrélé à la survie. Lorsque le LHR est inférieure à 1, il y a 100% de décès; lorsque le LHR est supérieure à 1,4, il y a 100% de survie. L’IRM permet une étude du volume pulmonaire. Si le volume observé/volume attendu est inférieur à 20%, il s’agit d’une forme grave. Si le volume observé/volume attendu est supérieur à 40%, le pronostic est favorable.

La prise en charge est immédiate en salle de naissance.

L’intubation est immédiate avec une ventilation conventionnelle à haute fréquence (la ventilation au masque est interdite), une sonde gastrique assure la vidange de l’estomac et la normothermie est maintenue.

La chirurgie est faite, après stabilisation de l’enfant, vers le troisième jour. L’intervention peut être réalisée en réanimation si l’enfant n’est pas parfaitement stable.

Fig. 1 : hernie de la coupole diaphragmatique
Malformation adénomatoïde kystique du poumon (MAKP).

Le diagnostic prénatal permet de reconnaître le type de la malformation en fonction du volume des kystes :

- Type 1: macro kystique
- Type 2: micro kystique
- Type 3: solide

L’augmentation du volume des kystes (25%) peut conduire à un drainage.

Mais le plus souvent, on assiste à une diminution de ce volume pendant le dernier trimestre de la grossesse.

Le bilan postnatal est fait par scanner avec injection ou par IRM vers le deuxième mois de vie.

Lorsqu’il existe une détresse néonatale (15%) l’intervention est faite en urgence.

Dans les autres cas, l’intervention est différée.

L’intervention se fait sous thoracoscopie et consiste à réséquer la zone malformative.

Fig. 2 : MAKP : bilan postnatal

**Séquestration pulmonaire**

Le diagnostic est affirmé quand le vaisseau systémique est mis en évidence par l’échographie ou par l’IRM. La séquestration peut être traitée par embolisation ou par chirurgie thoracoscopique. Le traitement est souvent retardé jusqu’à l’âge de 8 mois pour que l’artère fémorale ait un diamètre suffisant afin de diminuer les risques de thrombose.

Fig. 3 : séquestration pulmonaire

**Emphysème lobaire géant.**

Le diagnostic prénatal est difficile. Il est évoqué devant une hyper échogénécité lobaire. Il n’y a pas de vascularisation systémique. La symptomatologie post-natale est souvent retardée. Le diagnostic est confirmé par un scanner pulmonaire avec injection voire une IRM. L’indication chirurgicale est rapidement posée pour permettre une bonne croissance du poumon sain.

**Kyste bronchogénique**

Le kyste bronchogénique est de localisation variable: péri-hilaire, sous-carénal, para-trachéal ou intra-pulmonaire.

Le diagnostic prénatal est facile. Le bilan post-natal est fait par un scanner ou une IRM.

L’intervention doit être faite par thoracoscopie. Même si le kyste est peu symptomatique, l’intervention doit être faite précocement car l’intervention est d’autant plus difficile que le patient est âgé.

**Canal Artériel**

Chez l’enfant prématuré, la tentative avortée de fermeture du canal artériel par indométhacine impose une fermeture chirurgicale du canal. La mise en place d’un clip est rapide et simple. Celle-ci est faite au mieux dans le service de néonatalogie, dans la couveuse de l’enfant. Cette technique évite le transfert, le retrait accidentel des abords vasculaires, l’hypothermie, la douleur, l’interruption du monitoring et des traitements vitaux.
**Laparoschisis**

Le diagnostic est en règle facile, il repose sur l'échographie qui permet une surveillance de la croissance intestinale et de la vascularisation mésentérique. Si la périviscérite est importante les amnio-échanges permettent une amélioration et des suites post-natales plus simples.

La chirurgie se fait rapidement après la naissance; soit après réintégration des anses intestinales et une fermeture primitive; soit après la mise en place d'un silo et la réintégration progressive des anses intestinales. La reprise de la motricité intestinale est lente et impose une nutrition par cathéter central. La technique de minimal enteral feeding (alimentation à but trophique: 1 ml/h avec surveillance des résidus toutes les 3h, suivie d'une alimentation à but nutritionnel: augmentation du volume si les résidus des 24 h précédentes sont inférieurs au tiers de la ration administrée par 24h) accélère le processus. Mais un délai de deux mois est souvent nécessaire avant que l’enfant ne reprenne une alimentation normale par voie orale.

**Omphalocèle**

L’échographie permet de confirmer le diagnostic et de différencier les omphalocèles volumineuses, avec extériorisation du foie, et les autres où seulement des anses intestinales sont extériorisées et dont le traitement est plus facile. On assiste parfois à une réintégration partielle des omphalocèles les plus volumineuses.

Le principe du traitement est d’obtenir une fermeture abdominale avec la tension la plus faible.

La fermeture de la paroi est le plus souvent possible quand le foie n’est pas extériorisé.

Dans les autres cas, on a le choix entre le pansement compressif, la technique de Schuster avec traction au zénith et la traction simple sur le cordon.

La technique de Schuster consiste à envelopper l’omphalocèle entre deux plaques de Goretex et à les rapprocher progressivement ce qui permet une fermeture progressive de la paroi.

Il faut citer également la technique de GROB de moins en moins utilisée et qui consiste à badigeonner l’omphalocèle avec une solution antiseptique en attendant une fermeture cutanée simple, transformant ainsi l’omphalocèle en une large éventration qui sera, secondairement, refermée chirurgicalement.

**Atrésie intestinale**

L’échographie met en évidence l’anse en amont de l’atrésie considérablement dilatée et permet de préciser généralement le niveau de l’atrésie.

L’intervention consiste à rétablir la continuité intestinale par une anastomose termino-terminale après résection de la zone dilatée. La nutrition par voie centrale et la technique de Minimal Enteral Feeding est le plus souvent nécessaire.

**Tératome sacro-coccygien**

L’échographie fait le diagnostic et précise le volume du téréatome et sa vascularisation en appréciant le débit sanguin dans la veine cave inférieure.
L’intervention est faite rapidement mais sans urgence.

Si le tératome est volumineux, l’enfant est placé en décubitus ventral. Il est souvent utile de se faire aider par un chirurgien plasticien pour avoir la meilleure fermeture cutanée avec le minimum de séquelles esthétiques.

La surveillance doit être prolongée car les complications vésicales ne sont pas exceptionnelles.

**Uropathies**

L’échographie et l’IRM permettent d’avoir une excellente visualisation des reins, de la vessie et des organes génitaux. La fonction rénale peut être explorée par la structure du parenchyme rénal, le volume du liquide amniotique et l’analyse de l’urine fœtale et le dosage sérique de la beta-2-microglobuline.

Le diagnostic d’une exstrophie vésicale peut faire discuter l’interruption médicale de grossesse surtout chez le garçon, compte tenu des séquelles vésicales et sexuelles.

Le diagnostic de valves de l’urètre postérieur impose une appréciation de la fonction rénale et éventuellement un drainage ante natal si le haut appareil est très dilaté.

**Malformation ano-rectale**

Le diagnostic prénatal permet de préciser la malformation et de rechercher des malformations associées.

A la naissance, le type (forme haute ou basse) est précisé. S’il s’agit d’une forme haute, une colostomie est réalisée; si un doute persiste, une colostomie sera faite systématiquement.

Le sommet de la boucle sigmoïdienne doit être extériorisé pour conserver une bonne vascularisation au cul-de-sac qui sera secondairement abaissé. L’extrémité avale est soigneusement lavée.

L’intervention de Pena est l’intervention de choix. La prise en charge de l’enfant sera prolongée avec une rééducation sphinctérienne.

**CONCLUSION**

La chirurgie néonatale a bénéficié des progrès du diagnostic prénatal qui permet un bilan précis de la lésion, la recherche d’éventuelles anomalies associées et une meilleure information aux parents. La chirurgie doit être mini-invasive: chirurgie dans la couveuse ou chirurgie laparoscopique. La stimulation digestive (MEF) et la nutrition sont des priorités.
L’ATRESIE DE L’ŒSOPHAGE

*Yann REVILLON, MD. 2014
* Chef du Service de Pédiatrie, Hôpital Necker Enfants Malades, Paris, France

L’atresie de l’œsophage regroupe les anomalies congénitales comprenant une interruption de l’œsophage associée ou non a une communication avec la trachée

Classification (fig. 1)

Les classifications dépendent, selon les auteurs :

- Du type anatomique
- Du poids de naissance: 1500g, 1800g, 2500g
- De l’encombrement respiratoire
- De la dépendance ventilatoire
- Des malformations associées (cardiaque et autres)

Un diagnostic tardif assombrit le pronostic quel que soit le type de l’atresie.

Le type 3, avec une fistule aux dépens du cul-de-sac inférieur, est le plus fréquent, 80% des cas.

Le type 4 avec une fistule aux dépens des deux culs-de-sac inférieur et supérieur représente 10% des cas.

Le type 2 avec une fistule aux dépens du cul-de-sac supérieur concerne 5% des cas.

Le type 1 sans fistule mais avec une grande distance entre les deux culs-de-sac représente 5% des cas

Embryologie

Il s’agit d’une non-fermeture de la cloison oeso-trachéale qui aurait dû survenir vers la 5-6ème semaine de la vie fœtale

Diagnostic prénatal

La fréquence est de 1/4000 naissances. Un hydramnios est souvent présent et l’estomac est difficilement visualisé dans 56% des cas. L’échographie ou l’IRM cherche à mettre en évidence le cul-de-sac supérieur et recherche des malformations associées.

- Le syndrome de CHARGE associe:
  Colobome, cardiopathie, atrésie choanale, retard du développement et hypoplasie génitale.

- Le syndrome de VACTERL associe :
  Anomalie vertébrale, malformation ano-rectale, cardiopathie, anomalie trachéo-œsophagienne, anomalies rénales et des membres.

Un caryotype peut être réalisé ? (trisomie 21).

Il y a souvent un retard de croissance intra-utérine par défaut de nutrition fœtale.

Diagnostic post natal

L’enfant bulle à la naissance et le passage d’une sonde gastrique est impossible. Elle bute au fond du cul-de-sac supérieur. Une radio sans préparation du thorax et de l’abdomen montre l’enroulement de la sonde gastrique dans le cul-de-sac supérieur.

Si l’abdomen est pneumatisé, il s’agit probablement d’une atrésie de type 3. Si l’abdomen n’est pas pneumatisé, il s’agit d’un type 1.

Deux problèmes: le faux trajet pharyngé postérieur et le faux type 1 si la fistule est bouchée.

Bilan pré opératoire

Il comporte le poids de naissance (facteur aggravant si l’enfant pèse moins de 1500g), le bilan des malformations associées.

Fig. 1 : Classification suivant le type anatomique
associées, l’encombrement pulmonaire, la position de la crosse de l’aorte et le retard au diagnostic.

Les malformations associées :

- Cardio-vasculaires : 11 à 49%
- Génito-urinaires : 24%
- Gastro-intestinales : 24%
- Neurologiques : 10%
- Squelettiques : 13%
- Anomalies trachéales
- Agénésie pulmonaire

Traitement pré opératoire

Le traitement de l’encombrement respiratoire nécessite le plus souvent une intubation, une ventilation et toujours une kinésithérapie respiratoire. L’enfant est placé en position proclive et le cul-de-sac supérieur est aspiré. Une antibiothérapie est débutée (Tazocilline, Aminoside) associée à la vitamine K. La préparation peut se prolonger pendant 24 à 48 H.

Si le diagnostic est tardif, une gastrostomie, une oesophagostomie ou une transsection de l’œsophage peuvent être réalisées. Une intervention en urgence s’impose si la fistule est à gros débit et responsable d’un ballonnement abdominal et de difficultés respiratoires.

Technique chirurgicale (Atrésie de l’œsophage de type 3)

- Cure par thoracotomie (fig. 2, 3):

Fig. 2 : Anomalie de type III (Netter)

Fig. 3 : Réparation (Netter)

L’enfant est placé en décubitus latéral gauche, sur un billot. Il est penché vers l’avant et sa tête est fléchie. Une thoracotomie postéro-latérale est réalisée par une incision en 5 italique dans le troisième espace intercostal. La voie d’abord peut être extra ou intra-pleurale.

Après section de la veine azygos, on libère le cul-de-sac supérieur en ménageant le nerf pneumogastrique et en recherchant une éventuelle fistule au niveau du cul-de-sac supérieur (type 4).

La section de la fistule se fait aux dépens du tissu œsophagien et la suture est réalisée par des points séparés (PDS 6/0). On contrôle l’étanchéité de la suture.

La dissection de l’œsophage inférieur peut-être extensive pour effectuer l’anastomose avec le minimum de traction et l’anastomose est, le plus souvent, faite par 8 points séparés. Une sonde gastrique est passée pour contrôler l’anastomose. Un drainage thoracique peut être placé et la paroi thoracique est fermée.

Quand cela est possible, une chirurgie vidéo assistée permet une meilleure vision et aide à l’enseignement.

- La cure par thoracoscopie est la technique de choix.

L’enfant est en décubitus ventral, trois trocards sont insérés et le pneumothorax limité à 4 mm/Hg.

Une gastrostomie doit être associée en cas de diagnostic tardif, d’intervention difficile, de mauvais état
nutritionnel du patient et en l’absence de support parentéral possible.

Technique chirurgicale (Atrésie de type 1 avec écart important entre les deux culs-de-sac).

L’anastomose peut être faite par une forte traction avec une désunion consentie. L’anastomose peut être différée (deux mois) pour profiter de la croissance de l’œsophage; une gastrostomie s’impose alors.

L’intervention de Gavrilu (tube gastrique) (fig. 4). La transposition gastrique qui est simple.
L’oeso coloplastie qui doit être faite secondairement. Une oesophagostomie et une gastrostomie permettent d’attendre (fig. 5).

Fig. 4 : Intervention de Graviliu

Fig. 5 : Oeso Coloplastie

Traitement post opératoire

La ventilation doit être aussi brève que possible. Les drains sont enlevés rapidement (24-48H) L’apport calorique est fondamental par cathéter ou par gastrostomie. Les antibiotiques sont maintenus 48H. La réalimentation est possible dès le huitième jour post-opératoire.

La complication chirurgicale précoce la plus fréquente (15%) est la désunion d’anastomose. Elle est le plus souvent secondaire à une anastomose réalisée sous tension. Le diagnostic est fait sur l’apparition d’un pneumothorax secondaire. Le traitement associe le drainage de l’épanchement, la pose d’une sonde trans-anastomotique, une nutrition et une antibiothérapie.

Complications secondaires

1- La sténose de l’anastomose est souvent évoquée devant un corps étranger bloqué. Le diagnostic est confirmé par une opacification. Le traitement consiste en une dilatation à la bougie de Savary ou une dilatation pneumatique. Rarement une résection anastomose s’impose.

2- La reperméabilisation de fistule est de diagnostic difficile et souvent retardé. Il peut s’agir d’un type 4 méconnu ou d’une désunion à minima. Le diagnostic est confirmé par l’opacification mais surtout par une fibroscopie œsophagienne et trachéale avec épreuve au bleu.

3- Le reflux gastro-œsophagien est fréquent, souvent responsable d’une sténose et se traite le plus souvent médicalement. La décision d’un geste anti-reflux chirurgical est le plus souvent difficile et tardive.

4- La dysmotricité est constante à un degré variable et rend compte des difficultés alimentaires que présentent certains enfants.

5- La trachéomalacie est fréquente et responsable de la toux rauque. Elle n’a pas de traitement spécifique.

6- La paralysie récurrentielle est souvent ignorée car non recherchée.

7- Les séquelles orthopédiques (désunion), sont la conséquence des infections pleuro-pulmonaires, des synostoses costales congénitales ou acquises et des malformations vertébrales associées.
Pronostic

Pour un poids supérieur à 1500 g sans anomalie cardiaque, la survie est à 97%. Pour un poids inférieur à 1500g ou anomalie cardiaque la survie est à 59%. Pour un poids inférieur à 1500g et anomalie cardiaque la survie est à 22%.

Conclusion

Le succès de la cure de l’atrésie de l’œsophage impose :
• Un diagnostic précoce
• Une bonne préparation
• Un apport nutritionnel satisfaisant et il ne faut pas hésiter à faire une gastrosomie
• Un médecin anesthésiste et un chirurgien entraînés à la chirurgie néonatale
• Un service de néonatalogie de qualité.

REFERENCES :
1- Oesophageal atresia, Orphaet journal of rare diseases, 2007,2:24
2- Youssef El-gohary, Geoge Gittes Tovar, Juan, Congenital anomalies of the esophagus, Seminars in pediatric surgery (2010) 19,186-193,
PSEUDARTHROSE CONGENITALE DU TIBIA:
UNE DES DEFORMATIONS DES MEMBRES INFERIEURS LES PLUS DIFFICILES A TRAITER CHEZ L’ENFANT

*Francel ALEXIS, MD. 2015
*Chef du service d’Orthopédie de l’Hôpital adventiste d’Haïti (HAH).

RESUME
La pseudarthrose congénitale du tibia est une des pathologies les plus récalcitrantes dans le domaine de l’orthopédie pédiatrique. Cette pathologie est restée pendant longtemps un véritable défi pour les orthopédistes à cause du problème très courant de non consolidation de l’os et de refracture. Ainsi, au cours des ans, des techniques spécifiques de prise en charge se sont développées et adoptées. Qu’en est-il exactement de cette déformation des membres inférieurs chez l’enfant ? Comment la définir, la classer ? Comment se présente cliniquement cette déformation ? Quelles techniques sont de nos jours plus appropriées ? Le présent article voudrait répondre à ces questions.

ABSTRACT
Congenital Pseudarthrosis of the tibia is one of the most difficult conditions to treat in pediatric Orthopedics. For years, this pathology around the leg continues to be a very challenging problem for the orthopedic surgeons because of the non-union and the high risk of refracture. With time, a lot of techniques and procedures were tried, developed and adopted. What is exactly Congenital Pseudarthrosis of the tibia? How to define and classify? What about clinical appearance? Which techniques are now most appropriate? All of those is explained in the text below.

Mots clés : Pseudarthrose congénitale, Déformation de membres, greffe osseuse, fixateur externe, enclouage centromédullaire.

INTRODUCTION
« Zo granmoun pa pran » dit souvent le profane haïtien en comparaison à la croyance de la consolidation rapide et sans difficulté des fractures de l’enfant. En effet, toutes les fractures se consolident, enfant ou personne âgée, mais les fractures de l’enfant en général guérissent effectivement plus vite que celles des personnes âgées. Ce cliché est-il vrai et acceptable pour toutes les fractures de l’enfant? Qu’en est-il des fractures associées à des déformations des membres inférieurs? C’est dans cette optique que nous présentons la fracture récalcitrante du tibia chez l’enfant, la Pseudarthrose congénitale du Tibia. Qu’y a t’il de spécifique avec cette déformation ?

La prise en charge des fractures chez les enfants surtout en Haïti se fait généralement par simple utilisation de Plâtre de Paris (gypse), d’attelle plâtrée postérieure, d’un simple fixateur externe ou d’une plaque vissée. Mais malheureusement ces techniques habituelles de prise en charge des fractures de l’enfant sont vouées à l’échec pour la Pseudarthrose congénitale du Tibia.

DEFINITION
La Pseudarthrose congénitale du tibia se définit comme la pseudarthrose d’une fracture du tibia qui survient spontanément ou après un très léger traumatisme sur un tibia dysplasique. Elle se présente de façon très variée allant de la simple courbure antérolatérale de la jambe jusqu’à une véritable solution de continuité Tibia/Fibula avec perte de substance osseuse importante.

ÉPIDEMIOLOGIE
C’est une maladie très rare et très difficile à traiter à cause de cette tendance à la non consolidation et le très haut risque de refracture jusqu’à la maturité squelettique. L’incidence est de 1/200000 naissances vivantes. Cette déformation de la jambe est associée à la
neurofibromatose de type I dans 50-55% des cas. Dans 10% des cas, elle est associée à une dysplasie osseuse. Elle est idiopathique dans 40% des cas restants. Des cas de fracture peuvent survenir même à l’âge adulte.

**ETIO-PATHOLOGIE**

La pathologie n’est pas encore bien définie.

Codivilla fut l’un des premiers chercheurs à montrer le rôle du périoste dans l’existence de cette pathologie.

McElvenny a mis en exergue que le périoste était très épaissi et que cela entraînait une constriction au niveau de l’os qui secondairement allait s’atrophier, se fracturer et pseudarthoser.

L’épaississement du périoste entraîne un rétrécissement puis une fermeture des vaisseaux périostés; l’apport en oxygène et en nutriment de l’os sous périosté va s’altérer; il s’ensuit une fragilité de l’os et la fracture survient et va aboutir à la pseudarthrose récalcitrante.

**CLASSIFICATION**

Plusieurs systèmes de classification essaient de décrire la pseudarthrose congénitale du tibia. Les plus connues sont la Classification d’Andersen, Classification de Boyd, Classification de Crawford, Classification El-Rosasy - Paley - Herzenberg.


**CLINIQUE**

Le patient souffrant de la pseudarthrose congénitale du tibia (CPT) se présente en général, à la clinique, avec une déformation à courbure antéro latérale de la jambe (fig. 1, 2). Aussi a-t-on un raccourcissement bien visible au niveau du membre affecté. L’apex de la déformation se situe en général au niveau du tiers inférieur de la jambe. Des taches de café au lait sont très souvent remarquées sur le corps. Elle est très souvent associée à la neurofibromatose (fig. 3). La radiographie de la jambe confirme la déformation à courbure antéro latérale du tibia et très souvent de la fibula aussi (fig. 4). A un stade plus avancé, la pseudarthrose avec non union des bouts osseux proximal et distal qui sont atrophiques est bien visible. L’enfant ne peut pas marcher dans ce cas.
**CONDUITE A TENIR**

La pseudarthrose congénitale du Tibia est un problème difficile à contrôler. La prise en charge est presque toujours un traitement chirurgical.

1) En présence de la courbure antéro latérale du tibia, avant l’apparition de la fracture, la jambe peut être protégée dans une orthèse de Clamshell (Clamshell Orthosis) (fig. 5)

2) Cependant, une fois que la fracture survienne, des techniques chirurgicales spécifiques sont nécessaires:
   a) Excision de la lésion de pseudarthrose, Enclouage centromédulaire Tibia/Fibula; Greffe osseuse de la crête iliaque; Greffe périoste; Cross union greffe Tibia/Fibula (fig. 6);

3) Le port d’orthèse spéciale (KAFO/ AFO spécifique) est vivement recommandé à l’ablation du fixateur externe. Un usage a plein temps jusqu'à maturité squelettique est la règle.

4) Alternativement des greffes de fibula vascularisée sont aussi utilisées.

**RESULTATS**

a) **Revue internationale des résultats**

Les méthodes de prise en charge de la pseudarthrose congénitale du tibia couramment utilisées internationalement sont l’excision de la lésion suivie par une compression via le fixateur Ilizarov pouvant aussi allonger le tibia. Sont aussi utilisés la greffe de fibula
vascularisée, l’enclouage centromédullaire, la greffe osseuse prélevée de la crête iliaque, la stimulation électrique et le cross union (bypass) greffe.

Les résultats sont meilleurs chez les enfants de plus de 5 ans d’âge. Le taux d’union est autour de 60-70%. En cas d’échec au traitement, l’alternative est l’amputation de type Symes autour de la cheville 11.

b) Revue de cas privés : Comparaison des résultats

C’est une pathologie assez rare. Cependant, d’Août 2011 à Février 2015, 5 cas de pseudarthrose congénitale du tibia ont été opérés à l’HAH. Le taux de réussite est de 80%. La méthode utilisée est similaire à la technique internationalement adoptée. La CPT demande cependant un suivi à long terme jusqu’à maturité squelettique. Il est assez difficile de convaincre les parents en Haïti de suivre le protocole comme convenu (Inaccessibilité, distance, problèmes financiers...). L’amputation n’est tout de même pas une option prioritaire pour nous en Haïti (coté culturel).

CONCLUSION

La pseudarthrose congénitale du tibia est une des déformations les plus marquées au niveau des membres inférieurs. C’est une des déformations des membres inférieurs chez l’enfant les plus récalcitrantes. Ne rien faire ou mal faire aboutira à une invalidité du membre empêchant la marche et le port de chaussures.

Les techniques courantes de prises en charge des fractures chez l’enfant (plâtre, plaque vissée) sont vouées à l’échec et doivent être proscrites.

De ce fait, des techniques spécifiques de chirurgie pédiatrique sont nécessaires incluant enclouage centromédullaire tibia/fibula, greffe osseuse tibia/fibula, greffe de périoste, application de fixateur circulaire TSF ou Ilizarov.

L’apport des biphosphonates et l’usage de BMP-2 (Growth hormone) a grandement favorisé la guérison de cette maladie.

REFERENCES

1. Codivilla A. On the cure of the congenital pseudarthrosis of the tibia by means of periosteal transplantation.JBJS Am.1906;82-4:163-169

2. McElvenny RT. Congenital pseudarthrosis of the tibia: the findings in one case and a suggestion as to possible etiology and treatment.Q Bull Northwest Univ Med Sch 1949;23:413-423


11- POSNA-Pediatric Orthopedic Society of North America

*Dr Francel Alexis,  
Chirurgien Orthopédiste,  
Spécialiste en Orthopédie pédiatrique,  
Chef du service d’Orthopédie de l’Hôpital adventiste d’Haïti  
Email : francelito001@yahoo.fr  
Cell : 509 37202907
“LA RACHIANESTHESIE CHEZ LES BEBES : UNE ALTERNATIVE A L’ANESTHESIE GENERALE ET A LA CAUDALE”

*Pascale SEVERE, MD; ** Sybille MICHEL, MD; *** Yolaine ÉDOUARD, MD. 2014
*Résidente au Service d’Anesthésie et de réanimation HUEH.
**Anesthésiologiste HUEH.
***Chef de service d’Anesthésie et de réanimation HUEH.

INTRODUCTION

Depuis quelques décennies, la rachi anesthésie redevient la première technique loco régionale dans certains pays, pour les interventions sous-ombilicales. Cette technique présente plusieurs avantages: la fiabilité, la facilité, la rapidité d’installation et un relâchement musculaire important, tout cela au moyen de faibles doses d’anesthésique local n’entraînant pas de toxicité systémique et de coût réduit.

Plusieurs auteurs ont montré l’intérêt réel de cette pratique en chirurgie pédiatrique. Dans cette étude, nous reportons la faisabilité, les indications et les complications de la rachi anesthésie en chirurgie pédiatrique sous ombilicale à l'Hôpital de l'Université d'Etat d’Haïti (HUEH).

L’objectif principal est d’intéresser les spécialistes à la pratique de la rachianesthésie chez le nourrisson. Par objectifs secondaires nous entendons évaluer la faisabilité de la technique au sein de l’HUEH et effectuer des recommandations afin d’instituer la technique à localement ou dans tout autre hôpital. La pratique de la rachianesthésie chez le bébé se révélerait être intéressante et indiquée chez les prématurés ou un nourrisson présentant un risque potentiel à l’anesthésie générale ou chez tout autre nourrisson.

METHODOLOGIE

Il s’agit d’une étude prospective, non aléatoire et descriptive qui a été effectuée à l’HUEH, durant la période allant de mars 2013 à août 2013 (6 mois).

Elle inclut un nombre de nourrissons éligibles pour bénéficier d’une rachianesthésie, i.e, tout bébé devant bénéficier d’une intervention chirurgicale sous-ombilicale, programmée ou en urgence, répondant aux indications de la rachianesthésie pour cette tranche d’âge et tout bébé en programmation sélective pour intervention sus-ombilicale abdominale devant bénéficier d’une rachianesthésie avec ou sans intubation.

Sont exclus, tous bébés devant bénéficier d’une chirurgie sous-ombilicale sous anesthésie locale, ceux qui seront opérés dans le thorax, ceux qui presentent une contre-indication majeure à la rachianesthésie, ceux pour qui les parents ont refusé l’abord anesthésique.

Les variables retenues sont : l’âge en mois, le sexe, le poids en kilogramme, le score ASA, l’indication(s) chirurgicale(s), la dose de bupivacaine en mg, les paramètres vitaux (FC, SpO2...) et les complications.

Protocole appliqué :

a) le consentement éclairé du parent (ou du tuteur) de l’enfant,

b) la consultation pré anesthésique : Elle était faite le jour même de l’intervention pour les urgences et la veille pour les cas électifs. L’indication opératoire, l’identité du patient (noms, prénoms, âge, sexe), ses antécédents, l’examen physique (poids, pouls, pression artérielle, fréquence respiratoire, examen cardio-pulmonaire et abdominal, état du rachis, coloration), les critères d’intubabilité étaient recherchés, de même que le bilan para clinique avec, au minimum, la numération de la formule sanguine (NFS) et le bilan de coagulation (TS, TC, PT, APTT). Au terme de cette consultation, le risque opératoire était évalué par le score ASA et la technique d’anesthésie était adoptée.

c) Pré médication : il était prévu d’administrer systématiquement l’atropine à tous les enfants. elle était faite sur table en intraveineux direct.

d) check list : les drogues (atropine, éphédrine ou adrénaline) et le matériel nécessaire (drogues anesthésiques et plateau d’intubation) pour une réanimation en urgence sont disponibles.

e) les drogues utilisées et leur posologie : bupivacaine isobare à 0.5% (5 mg/ml) pour effectuer la rachianesthésie à la dose de 0,2cc/kg.
ou 1 mg/kg. les volumes obtenus étaient majorés de 0,1 ml environ pour tenir compte de l’espace mort de l’aiguille.

de 27 gauges g (2,5cm de long).

le matériel stérile nécessaire à la rachi anesthésie est une aiguille à rachianesthésie de 27G.

le personnel désigné pour réaliser la rachi anesthésie est un résident de 3e année du service.

la ponction était réalisée en position assise de réalisation plus facile au niveau l4-l5 ou l5-s1. la ligne reliant les crêtes iliaques correspond à l5- s1 chez l’enfant et à s1 chez le nouveau-né.

Puis, le patient était installé en décubitus dorsal avec la tête surélevée.


Toutes les données ont été collectées à l’aide d’une fiche de collecte de données, puis analysées avec Excel à l’aide de tableaux.

RESULTATS

a) Nombre de patients : Dix patients âgés de 2 à 14 mois ont été recensés au cours de cette étude. Le sexe ratio était de 1:1.

b) Gravité du cas : 60 % des patients étaient classés ASA 2 U. Ceci s’explique par le fait que 80% des patients sur lesquels l’étude a été menée étaient des cas d’urgence et il n’y a eu que deux cas sélectifs.

c) Le geste opératoire : Toutes les rachianesthésies ont été réalisées par des résidents de 3e année du service. Toutes les aiguilles utilisées étaient de calibre 27G. 70% des ponctions ont été faites entre l5-s1 chez de patients âgés de 2 à 5 mois. A cet âge l’extrémité caudale de la moelle se projette entre L2- L3. La ponction entre L4 et L5 éviterait donc toute atteinte de l’artère d’Adamkiewicz (artère vascularisant la moelle lombaire) dont la lésion conduirait à une ischémie spinale suivie d’une paraplégie définitive.

d) Dosage : La dose de bupivacaine est proportionnelle au poids des patients en kilogramme.

e) Indications : L’invagination intestinale et la hernie inguinale étranglée sont les indications les plus retrouvées représentant 40% chacune.

f) Durée : La durée la plus courte était de 17 minutes pour une arthrite septique du genou et la plus longue de 120 minutes pour une invagination intestinale. Ce qui veut dire que 120 minutes après l’incision, la qualité de l’anesthésie permettait de poursuivre la chirurgie. Cela veut dire que le bloc moteur et encore plus le bloc sensitif s’étendaient au-delà de 120 minutes.

g) Qualité du monitorage : Il n’y a eu aucune perturbation neuro végétative recensée au cours de l’étude liée au bloc sympathique après la rachianesthésie. Le monitorage des patients n’a pas pu être complet par manque de matériels tels que le tensiomètre avec brassard pour bébé, les électrodes pour bébé et le moniteur d’ECG.

h) Complications et décès : En per-opératoire, la désaturation (SpO2 à 96%) notée chez un patient avait été pris en charge à l’aide d’un masque facial et de l’oxygène. Un enfant était très agité en per-opératoire et on avait dû recourir à la kétamine en IM. Il n’y a eu aucune perturbation neuro végétative recensée au cours de l’étude liée au bloc sympathique après la rachianesthésie. Un (1) décès en post-op immédiat classé ASA 3U à la visite pré- anesthésique a été recensé environ 12h après la fin de l’intervention dont l’étiologie est difficile à déterminer faute de moyen de surveillance.

ANALYSE

a) A propos des indications : De la population observée, elles sont limitées à 10 (dix) dont l’invagination intestinale et la hernie inguinale...
étranglée sont les pathologies les plus retrouvées, représentant 40% chacune. Ces données concordent à la littérature \(^1\), \(^2\), \(^3\). La hernie inguinale est une pathologie fréquente puisque l’incidence globale varie de 0,8 à 4,4 % chez l’enfant, tous âges confondus et atteint près de 30 % chez l’enfant prématuré.

b) A propos de la durée moyenne des interventions : Elle était de 47,1 minutes. Toutefois Aguémon avait retrouvé en utilisant la bupivacaine 0,5% isobare pour la rachi anesthésie chez les enfants de 1 jour à 17 ans, une durée d’anesthésie moyenne de 95 minutes.

c) A propos de la qualité du monitorage : L’absence de perturbation neuro végétative recensée au cours de l’étude liée au bloc sympathique après la rachianesthésie correspond bien aux données de la littérature \(^1\), \(^2\), \(^3\), \(^4\), \(^5\).

d) A propos des complications et des décès : nous présumons qu’ils sont imputables aux limitations de la prise en charge locale, générant des situations critiques nécessitant des gestes hors protocole.

CONCLUSION


La mise en place de la rachianesthésie pour cette tranche d’âge au service d’anesthésiologie et de réanimation se révélerait un atout majeur pour ce service en général et pour l’HUEH en particulier.

Nos recommandations vont au pourvoi du service d’anesthésiologie et de réanimation en matériel indispensable à la réalisation de la rachianesthésie ou tout acte chirurgical pédiatrique devant bénéficier d’une anesthésie générale d’emblée ou d’une autre anesthésie loco-régionale : brassard pédiatrique, moniteurs cardiaques et électrodes pédiatriques, aiguilles de rachi pour bébés, salle de SSPI équipée tant en ressources humaines et qu’en matériel.

Un bilan complet de coagulation devrait pouvoir être effectué localement et dans un délai assez court, permettant d’écourter la durée d’attente des enfants déjà en situation précaire pour l’acte chirurgical.

Tous les médicaments de base d’urgence et les analgésiques (paracétamol en suppositoire) devraient être disponibles, de même que la ropivacaine ou la levobupivacaine pouvant servir à infiltre la plaie opératoire en fin de chirurgie.

REFERENCES

6. www.nysora.com
PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DU SUJET HYPERTENDU EN PERI ANESTHESIE

*Barbara MATHURIN, MD.; **Magdala Pavrette, MD; ***Yolaine EDOUARD, MD.  2014
*Résidente au Service d’Anesthésie –Réanimation HUEH
**Anesthésiologiste Service d’Anesthésie –Réanimation HUEH
***Chef de Service d’Anesthésie –Réanimation HUEH

RESUME
L’Hypertension artérielle est un facteur de risque cardiovasculaire majeur dans la survenue d’accident cérébro vasculaire, d’insuffisance cardiaque, d’insuffisance rénale et de maladie coronaire qui représentent les principales causes de décès dans le monde. Pour cela, tout patient hypertendu, avant de subir une intervention, doit bénéficier d’une consultation ou d’une visite pré anesthésique pour une prise en charge péri opératoire adéquate au service d’Anesthésiologie et de Réanimation de l’HUEH. Le présent travail nous a permis d’évaluer non seulement nos responsabilités en tant médecins face à cette pathologie, mais aussi le taux d’hypertendus fréquentant l’hôpital 4,07% sur une période choisie (6 mois) dont la majorité était des femmes 74%. L’hypertension artérielle était contrôlée dans 74% des cas.

Mots clés : Hypertension artérielle

INTRODUCTION
L’hypertension artérielle (HTA) est la pathologie la plus fréquente dont souffrent les malades en milieu chirurgical. En France, une enquête menée sur l’anesthésie dans les années 1996, a révélé qu’un tiers des 8 millions d’anesthésies effectuées chaque année est réalisée chez des patients âgés de plus de 60 ans, population avec une forte prévalence d’HTA 1.

D’après une évaluation effectuée aux Etats-Unis, soixante millions de personnes en sont atteints, dont les trois quarts n’ont pas de suivi médical 2. Parmi ceux consultant dans le cadre d’un accès hypertensif aigu, la plupart d’entre eux se savaient porteurs d’une HTA, mais n’avaient pas de contrôle régulier de leur pression artérielle (PA). Souvent associée à une insuffisance coronarienne, une maladie cardio-vasculaire et une néphropathie, le contexte péri opératoire est un mode de dépistage fréquent d’une urgence hypertensive absolue 3, 4.

Les effets délétères auxquels exposent les épisodes de variations de la pression artérielle per-opératoire et la survenue de complications post opératoires rendent compte de l’absolue nécessité de maintenir cette pression tout au long de l’intervention 1. Pour s’assurer de cette bonne stabilité, une démarche doit-être définie et portée aux trois temps pré, per, postopératoire conditionnant la maîtrise du risque opératoire. Au cours de la prise en charge per-opératoire, le type d’anesthésie lui même paraît moins important que l’adaptation de l’anesthésie aux anomalies vasculaires et aux traitements antihypertenseurs administrés aux patients 1.


METHODOLOGIE
Il s’agit d’une étude prospective, descriptive, réalisée à partir des dossiers anesthésiques à l’HUEH 5. Elle est étalée sur une période de 6 mois (d’Avril à Octobre 2013). Nous avons recherché dans l’échantillonnage déterminé, le nombre de patients...
hypertendus. Pour chacun de nos patients, les variables ont été l’âge, le sexe, la catégorie de cas, les antécédents médicaux, les stades de la classification ASA, le suivi médical, les chiffres tensionnels et surveillance de la PAM (pression artérielle moyenne), les antihypertenseurs utilisés, critère d’intubation difficile par exemple: Mallampati et les techniques anesthésiques appliquées. Les cas ont été catégorisés en cas sélectifs (70%) qui comprenaient les ambulatoires et les programmés, et les cas urgents (30%), pour quels que soient les services concernés.

RESULTATS

1- Epidémiologie: Dans l’échantillon, nous avons retrouvé 1.227 patients qui ont bénéficié d’une intervention chirurgicale quelconque. L’HTA a été trouvée chez 50 patients (4.07%). Ils étaient âgés de 20 à 80 ans et plus.

2- Sexe ratio: Les femmes étaient plus atteintes (74%) par rapport aux hommes (26%) soit sexe ratio: 3F/1H.

3- Age: La tranche d’âge la plus touchée en général 50-59 ans soit âge ratio : 24% ²

4- Catégorie des cas: Au cours de notre visite anesthésique, 94% des sélectifs et 75% des urgences non obstétricales étaient hypertendus connus. Ceux des urgences obstétricales (69%) ignoraient leur HTA gravidique.

5- Les stades de la classification ASA: La majorité des patients étaient apparentem avec HTA contrôlée: 74% des sélectifs étaient classés ASA II et 60% des urgences classés ASA II U.

6- Les antécédents médicaux: En ce qui concerne la découverte de l’HTA, 58% l’ont su dans moins de cinq ans et ceci nous oriente sur le suivi médical: 66% des sélectifs se faisaient consulter régulièrement par un médecin mais 73% des urgences n’étaient pas compliantes. 50% des patients demeuraient à proximité d’un Centre de Santé ou Hôpital. À ne pas négliger le coût des médicaments qui peut contribuer à une mauvaise compliance.

7- Management de la TA en péri opératoire: Certains patients ont été évalués par un examen clinique et para clinique (contrôle de la pression artérielle en pré opératoire, recherche des retentissements sur les organes vitaux: cerveau, cœur, reins).

En pré opératoire 39/50 (78%) ont eu une PAM qui variait entre 105-180 mm Hg. Et pour cela certains d’entre eux ont vu leur intervention différée et d’autres ont reçu, quelques minutes avant intervention, des bolus de β bloquants. Ils bénéficient généralement d’une bonne prémédication avec les benzodiazépines pour éliminer le stress ⁶.

En per-opératoire 23/50 patients (46%) ont eu une PAM qui variait entre 105-180 mmHg ⁷. On a constaté que 9/23 de ces patients surtout des sélectifs ont bénéficié d’une injection soit d’un β bloquant soit d’un anti arythmique.

8- Para clinique : Moins de la moitié des patients ont pu avoir un ionogramme (40%) et plus de la moitié un bilan rénal (58%) et un ECG (58%). Parmi les 29 ECGs, 14 (48%) révélaient certaines modifications telles que: hypertrophie auriculo-ventriculaire, ischémie, trouble de repolarisation, bloc de branche droit et un seul des ionogrammes dépassait les limites de la normale.

9- Les techniques anesthésiques appliquées. Il y a eu plus de rachianesthésie (43%) et d’anesthésie générale (31%) à être réalisées pour les sélectifs. Pour les urgences obstétricales, on a plus de rachi (33%) et d’anesthésie générale (13%) par rapport à la péridurale (4%).

ANALYSE

1- Epidémiologie: La tranche d’âge la plus touchée est en général celle de 50-59 ans (âge ratio: 24%). Ceci correspond aux données de la littérature ³.

2- Par rapport aux antécédents d’HTA ignorée par le patient dans la moitié des cas, il serait intéressant de rechercher les facteurs incriminés. Est-ce un problème de proximité par rapport à un hôpital ou un centre de Santé, ou un problème économique ?

La préparation du sujet hypertendu comporte une évaluation pré opératoire qui recherche les risques opératoires. De plus, avant l’intervention
chirurgicale, certaines recommandations ont été proposées du point de vue anesthésique pour une meilleure prise en charge. L’impact de ces recommandations devrait être évalué.

Les effets néfastes d’une pression artérielle non traitée, non évaluée augmentent le risque opératoire chez un malade fragilisé par le dysfonctionnement des organes vitaux et du système endocrinien qui les commande, rendant ainsi le stress chirurgical incontrôlable alors qu’un des impératifs de l’anesthésie est la protection neurovégétative du système endocrinien 3.

3- **Management de la TA en période opératoire:**
   Que penser du traitement en pré opératoire (bolus de β bloquants) ? Nos patients bénéficiaient généralement d’une bonne prémédication avec les benzodiazépines pour éliminer le stress. En per-opératoire, 23/50 patients (46%) ont eu une PAM qui variait entre 105-180 mm Hg. On a constaté que 9/23 de ces patients surtout des sélectifs ont bénéficié d’une injection soit d’un β bloquant soit d’un antiarythmique. Cette attitude est discutable par rapport aux données internationales 8.

L’hypotension est une autre complication à éviter chez un sujet hypertendu : 3/50 patients ont bénéficié d’une prise en charge adéquate pour compenser leur hypotension. Toutes les drogues anesthésiques disponibles dans le service ont été utilisées sans contrainte mais en fonction de l’état hémodynamique de ces patients.

4- **les techniques anesthésiques appliquées.**
   Les chiffres sus cités reflètent la réalité du service à ce qui attrait à la disponibilité des matériels anesthésiques pour la prise en charge. Le choix du monitorage fait partie de l’élaboration du protocole d’anesthésie afin d’améliorer également la prise en charge, mais, certains équipements et paramètres étaient indispensables. La plupart des techniques anesthésiques effectuées pour ces patients ne répondaient pas exactement à celles proposées par la littérature, par exemple en cas d’HTA gravidique la technique préconisée est la péridurale 3.
   Dans la pratique, beaucoup de variables portaient l’anesthésiste à choisir un geste qui serait plus profitable au patient. Il y a eu plus de rachi anesthésie (43%) que d’anesthésie générale (31%) à être réalisées pour les sélectifs. Pour les urgences obstétricales, on a plus de rachi (33%) et d’anesthésie générale (13%) par rapport à la péridurale (4%). Ces chiffres reflètent la réalité du service à ce qui attrait à la disponibilité des matériels anesthésiques pour la prise en charge.

5- **Limitations:** En dehors des critères d’exclusion établis au préalable et des contraintes auxquelles nous avons été soumises, notre étude présentait certaines limitations. Certains paramètres n’ont pas été décrits et certaines informations sont inédites, soit par manque de matériels ou par omission à travers les dossiers.

**CONCLUSION**

Cette étude menée à l’HUEH a été réalisée en se basant sur la prise en charge de l’opéré(e) Hypertendu(e). Les références citées témoignent d’une attitude préventive et une thérapeutique vigilante face à cette situation.

Les protocoles prévus n’ont pas pu être appliqués dans toute leur rigueur vu les limitations locales, mais le bénéfice du patient a toujours été recherché dépendamment des disponibilités. Il reste donc beaucoup à réaliser pour répondre aux normes internationales par un monitoring adéquat. De plus, le risque de mortalité et de morbidité pourrait diminuer si un travail en amont était réalisé pour amener plus de patients mieux contrôlés au bloc opératoire.

**REFERENCES**

2- Harrison Principes de Médecine Interne 16ème édition
4- B. Orlando, M. Baud, J.-L. Pourriat www.sfar.org/ 
   Accès hypertensif aux urgences / Conférences d’actualisation 2002
5- Dossiers Anesthésiques, Département d’Anesthésie Réanimation, HUEH
6- memo2004.free.fr.PDF/HTA.pdf
7- unf3s.cerimes.fr/media/paces/Grenoble.../ribuot_christophe_p06.pdf
8- WW.Kayinamura.free.fr/Anesthésie et HTA pdf

Etude préparée et soutenue par Dr. Barbara MATHURIN,
Anesthésiste MD en 2014,
sous la direction du Dr. Magdala PAVRETTE,
Anesthésiste MD, à l’HUEH, P-au-P, Haïti.
**INTRODUCTION**

La rachianesthésie ou anesthésie spinale est une technique d’anesthésie loco-régionale. Elle consiste à injecter une solution anesthésique à travers un espace intervertébral de la colonne lombaire au contact des dernières racines médullaires. Elle est simple, d’installation rapide, puissante et peu coûteuse pour effectuer les césariennes programmées ou en urgence. Elle s’est largement imposée ces dernières années. Elle est devenue la technique de choix en Obstétrique et elle représente un taux de 81% des cas des anesthésies pour les sections césariennes au service de la Maternité de l’Hôpital de l’Université d’Etat d’Haïti (HUEH), sur une période de 12 mois (Janvier 2012 à Décembre 2012). Mis à part le haut niveau d’extension anesthésique, l’inconvénient principal est le risque d’hypertension artérielle survenant dans 55% à 90% des cas en général. Elle représente à l’HUEH un taux de 77% des patientes césariées durant la période observée. Cette hypotension peut entraîner une morbidité materno-fœtale. Elle doit être systématiquement recherchée, prévenue et traitée efficacement.

**METHODOLOGIE**

Nous avons proposés de réaliser une étude prospective sur une cohorte de 94 patientes, pendant une période de 6 mois, (Janvier à Juin 2013), à la recherche de la meilleure thérapeutique pour les parturientes de l’HUEH devant subir une section césarienne.

Les critères d’inclusion concernent les césariennes en urgence ou programmées pour des patientes à terme; les femmes ASA 1-2; d’âge ≥ 18 ans, dont le poids varie entre 55-95 kg, et dont la taille est entre 1m40 - 1m80. Le consentement de la patiente est exigé.


Nos parturientes n’avaient aucune contre-indication à la rachi anesthésie et ont été évaluées ASA 1 et ASA 2. Le critère de jugement principal était la dose de vasopresseurs (éphédrine- phényléphrine) à administrer jusqu’à l’extraction fœtale. Les critères de jugement secondaires sont les paramètres hémodynamiques maternels, les effets maternels secondaires (nausées et/ou vomissements), le score d’APGAR à 1 min et à 5 min.

Pour l’étude, on a établi un protocole qui est représenté dans le tableau ci-dessous:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Paramètres recherchés</th>
<th>Pression artérielle</th>
<th>Fréquence cardiaque</th>
<th>Saturation en O2</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Avant la rachianesthésie</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td>Après le pré-rempissage et avant la mise en position pour la rachianesthésie</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td>Toutes les 5 minutes de TD à T10 suivant l'injection intra-thécale</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Toutes les 5 minutes de T10 à l'extraction fœtale</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tableau 1 : Paramètres recherchés.

Cependant, en cas d’hypertension grave, il est prévu de sortir du protocole ci-dessus selon les modalités suivantes:

- Si la PAS se situe entre 70 à 85 mm Hg et persistant au moins 2 minutes ou PAS <70 mm Hg persistant au moins 1 minute, malgré l’administration d’éphédrine + phényléphrine prévue selon le protocole ci-dessus pour les trois (3) groupes, et/ou s’il y a des troubles associés (troubles de la conscience), une injection d’adrénaline par bolus de 0,1 mg est faite, et répétée selon les besoins.
• En cas bradycardie maternelle ≤ 45 avec une PAS maternelle peu diminuée, voire augmentée (bradycardie reflexe parfois décrite avec phényléphrine) injection et/ou adjonction d’atropine IV : 0,5 mg répétée si besoin.

Ce tableau résume les paramètres recueillis (cf. tableau 1):

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pression artérielle</th>
<th>Fréquence cardiaque</th>
<th>Saturation en O2</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Avant la rachianesthésie</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td>Après le pré-répissage et avant la mise en position pour la rachianesthésie</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td>Toutes les 5 minutes de T0 à T10 suivant l’injection intra-thécale</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td>Toutes les 5 minutes de T0 à l’extraction foetale</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tableau 1 : Paramètres recherchés.

Sont notés aussi :
- Les doses cumulatives d’éphédrine et de phényléphrine;
- La survenue de nausées et/ou vomissements;
- Les autres effets maternels (malaise, céphalées, tachycardie, hypertension artérielle);
- Le score d’APGAR à 1 et 5 minutes;
- Le score de douleur globale pour l’ensemble de l’intervention (échelle verbale simple de 0 à 4).

L’application du protocole, sur une base aléatoire, détermine une répartition en 3 groupes:
1) Groupe 1 : le pré-répissage est effectué avec le Ringer Lactate (1000 ml) pour 50 parturientes ;
2) Groupe 2 : en plus du pré-répissage, de l’éphédrine en bolus a été administré chez 30 parturientes ;
3) Groupe 3 : le pré-répissage est toujours maintenu et l’administration de l’association d’éphédrine et de phényléphrine sur une même seringue pour 14 parturientes.

RESULTATS
En analysant les résultats, plusieurs faits importants ont été soulignés pour chacun des groupes:
1) Pour les groupes 1 et 2 (80 patientes), on a atteint une stabilité maternelle qu’après plusieurs bolus d’éphédrine, ce qui nous a amené à administrer de fortes doses surtout chez les patientes du groupe 2. La stabilité évoluait selon une courbe en dent de scie (fig. 1).
Ces injections de vasopresseurs ont entrainé bien des complications (tachycardie, céphalées, hypertension artérielle, malaise, tachyphylaxie) chez 28 patientes (35%) dont la plus fréquente est la tachycardie (67%).
Quant aux nouveaux-nés, au nombre de 81, l’APGAR à une minute et à cinq minutes de vie ne dépassaient pas 8 dans la grande majorité des cas (45% à 1 minute de vie et 12% à 5 minutes de vie). 16 nouveaux nés (12%) ont été admis au service de néonatologie APGAR pauvre à la naissance.

2) Pour le groupe 3 (14 patientes), la stabilité est atteinte par l’administration de faibles doses de l’association des deux vasopresseurs : éphédrine + phényléphrine. Ici, l’évolution de la stabilité suit une trajectoire linéaire (fig. 2). Seulement quatre (28,57%) patientes ont présenté des complications.
Pour les nouveaux-nés (14), l’APGAR à une minute et à cinq minutes est de 10 dans la majorité des cas. Ainsi, aucun transfert n’a été fait en néonatologie.

Fig. 1 : Stabilité en dent de scie.
INFO

hémodynamique
materno
vasopresseurs
donne
(1994)
colloïdes,
représentent
la
stratégie
de
choix
(Jackson
and
par
les
cristalloïdes
(Ringer
Lactate
en
particulier)
or
les
la
ph
prophylactique
de
vasopresseurs
tels
que
l'éphédrine
plusieurs
études
sur
le
sujet
Rout
and
Al
(1993),
King
and
all
(1998)
ont
réalisé
plusieurs
études
sur
le
sujet
11. Pour certains,
il/utilisation
prophylactique
de
vasopresseurs
tels
que
l'éphédrine
ou
la
phényléphrine,
en
plus
du
pré-remplissage
vasculaire
par
les
cristalloïdes
(Ringer
Lactate
en
particulier)
or
les
colloïdes,
représentent
la
stratégie
de
choix
(Jackson
and
all,
1994)6,7,10,12. Pour
d'autres,
il/association
de
ces
deux
vasopresseurs
donnerait
une
meilleure
stabilité
hémodynamique
materno-fœtale
(Mercier
and
all,
2001).

b) De
l'utilisation
de
l'éphédrine
seule
pour
les
groupes
1
et
2:

A l'HUEH, on utilise le plus couramment l'éphédrine seule
et très rarement la phényléphrine, encore moins
l'association de ces deux vasopresseurs dans la prise en
charge de l'hypotension artérielle des parturientes sous
rachianesthésie.
L'emploi de éphédrine seule n'a pas permis d'avoir une
stabilité hémodynamique materno-fœtale satisfaisante.
De fortes doses ont été utilisées pour aboutir au résultat
espéré. Il en découle des complications maternelles
et malheureusement des nouveau-nés ont été transférés au
service de la néonatologie en dépit de l'utilisation de
fortes doses d'éphédrine.

c) De l'utilisation du mélange des deux vasopresseurs:
Les résultats semblent plus satisfaits chez le 3ᵉ
groupe
qui
a
bénéficié
l'emploi
du
mélange
de
deux
vasopresseurs.
L'utilisation
du
mélange
de
deux
vasopresseurs
a
permis
de
conserver
la
stabilité
maternelle
(minois
de
complications)
or
l'amélioration
du
score
d'APGAR
chez
le
nouveau-né.
Malgré
le
nombre
restreint
(14
patientes),
il/résultats
de
cette
association
de
vasopresseurs
ont
montré
des
taux
de
succès
et
pour
la
mère
et
pour
le
nouveau-né
qui
sont
similaires
taux
de
autres
publications
5,13,14.

d) Complications
Cependant,
il/en
découle
des
effets
délétères
de
l'utilisation
de
deux
vasopresseurs,
tels
que
ta
tachycardie,
il/malaises,
il/céphalées,
il/HTA
et
la
tachyphylaxie
9,14.
Peut-on
avancer
cette
instabilité
observée
chez
les
3
groupes
serait
dû,
soit
tlà
patiente,
à
cause
de
la
hauteur
utérine,
de
phénomènes
d'adhérence
des
structures
intra
abdominales;
soit
et/
or
des
effets
délétères
de
médicaments?

Alors
que
choisir,
que
faire?

a) La
prévention
par
le
pré-remplissage
vasculaire
adéquat
avec
de
R/L
et
l'utilisation
de
vasopresseurs
tà
faibles
doses.

b) Le
traitement
par
l'emploi
de
cristalloïdes
et/or
colloïdes
+/
vasopresseurs.

Fig. 2 : courbe linéaire pour le groupe 3.

DISCUSSION
1) Le protocole utilisé :
En analysant
les
trois
groupes
de
l'échantillon
de
notre
étude :

a) Le
pré-remplissage
s'est
effectué
en
volume
suffisant
avec
une
diurèse
très
satisfaisante.

b) La
solution
anesthésique
hyperbare
entraîne
moins
d'instabilité
hémodynamique.

2) De
l'utilisation
de
vasopresseurs

a) De
la
littéraure
internationale :
Rout
and
Al
(1993),
King
and
all
(1998)
ont
réalisé
plusieurs
études
sur
le
sujet
11. Pour
certains,
il/utilisation
prophylactique
de
vasopresseurs
tels
que
l'éphédrine
ou
la
phényléphrine,
en
plus
du
pré-remplissage
vasculaire
par
les
cristalloïdes
(Ringer
Lactate
en
particulier)
or
les
colloïdes,
représentent
la
stratégie
de
choix
(Jackson
and
all,
1994)6,7,10,12. Pour
d'autres,
il/association
de
deux
vasopresseurs
donnerait
une
meilleure
stabilité
hémodynamique
materno-fœtale
(Mercier
and
all,
2001).

b) De
l'utilisation
de
l'éphédrine
seule
pour
les
groupes
1
et
2 :

INFO-CHIR: La Revue Haïtienne de Chirurgie et d’Anesthésiologie
Vol. 3 No. 16
Mars 2015
CONCLUSION
L’hypotension artérielle est un phénomène fréquent au cours des rachianesthésies pour les sections césariennes qui peut entraîner des complications materno-fœtales. Son traitement repose sur le pré-remplissage par les cristalloïdes comme le Ringer Lactate et l’utilisation de l’association de l’éphédrine + phényléphrine. Cette association est actuellement la méthode la plus recommandée, car elle donne de meilleurs résultats et chez la mère et pour le fœtus, car la stabilité materno-fœtale qu’elle entraîne évolue de façon linéaire. Cette association a été utilisée avec de bons résultats à la Maternité de l’HUEH, chez 14 parturientes. Elle devrait être considérée comme une option thérapeutique. Enfin, le petit nombre de bénéficiaires appelle à continuer cette expérience au profit des malades et pour statuer sur les vrais résultats.

REFERENCES
1- Morgan, Mikhail, Murray Clinical Anesthesiology, Lange, Fourth edition 2006, 5 : 902-903
3- Stoelting, Miller Basic of Anesthesia, Churchill Livingstone, Elsevier fifth edition
4- Chassard- Protocoles d’anesthésie obstétricale et gynécologique Décembre 2007, page 14 - www.mapar.org
6- Eric Albrecht, Manuel pratique d’Anesthésie, Elsevier Masson, 2ème édition 2009,18 : 277-278
7- Département d’Anesthésie - Réanimation de Bicêtre, Protocoles 2010, 12ème édition 2010, 213-215
8- Urman, Ehrenfeld, Pocket anesthesia, 2009, 9-3
9- Grégoire Coutant- infirmier anesthésiste- cours pharmacologie- les catécholamines - www.soins-infirmiers.com
10- CDM Lavoisier- Solutés de remplissage, Laboratoires Chaix et du Marais - www.lavoisier.com
14- Adam Cloe- Ephedrine danger - www.livestrong.com
Les rhabdomyosarcomes (RMS) sont des tumeurs malignes qui se développent à partir du tissu musculaire squelettique normal. Ils peuvent se développer presque dans n'importe quelle partie du corps humain, les structures de la tête et du cou (40%), l'appareil génito-urinaire (25%), les membres (20%) 1,2. Ils sont rares chez l'adulte, à histologie pléomorphe le plus souvent sans facteur de risque connu 1,3. Les symptômes associés aux RMS sont très variables selon la localisation de la tumeur 1. Les tumeurs qui se développent dans les jambes ou les bras font généralement partie des types de RMS les plus agressifs, pouvant passer de la taille d'une bille à un ballon de football en quelques semaines. Ils envahissent les tissus provoquant gêne, lourdeur, compression et impotence fonctionnelle. Ils métastasent rapidement (fig. 1, 2, 3, 4).

Il s'agit d'une tumeur de haut grade et de mauvais pronostic (Furlong et al.). Les facteurs affectant le pronostic dépendent de l'emplacement, des caractéristiques microscopiques, de la taille, de l'absence ou de la présence de métastases, du nombre de cellules cancéreuses encore présentes suite à la chirurgie initiale, de l'âge du patient au moment du diagnostic 1. Les RMS ont un risque d'extension loco-régionale et à distance 2,3,4. Les modalités de traitement pour la prise en charge des adultes atteints de RMS sont similaires à celles des enfants. Il est pluridisciplinaire. Une fois le diagnostic obtenu par biopsie, suivant la taille et l'emplacement de la tumeur initiale, elle peut être réséquée (contrôle local). La qualité de la résection détermine le groupe clinique (staging) qui va orienter les indications de ré-intervention, de combinaison de radiothérapie et chimiothérapie (contrôle systémique) 1. La radiothérapie est administrée au niveau de la zone d'exérèse avant la chimiothérapie. La liste des médicaments utilisés est importante provoquant des effets es corte spécifiques ou globaux lourds 1. Même après exérèse complète, quand la localisation le permet, le taux de survie reste mauvais laissant la place à de nouvelles thérapies 1,4.

REFERENCES
1- Por Leonard H. Wexler, Rhabdomyosarcome Traduit en français par: Simon Bacoannier, PhD et Elodie Espesset 
3- Instituto Nazionale Tumori, Milan, Italie, 190 patients âgés de 18 ans ou plus sur une période de 25 ans 
4- OBERLIN Odile, Rhabdomyosarcome, ORPHANET 780
X- TROME DIA : CORPS ETRANGERS PARA CARDIAQUES
Louis-Franck TELEMAQUE, MD. 2015

Les figures 1 et 2 montrent des images de scanner du thorax en D6 et D 10 présentant deux corps étrangers (balles) au contact de l’aorte et du cœur.

La rétention de ces corps étrangers est secondaire à des traumatismes par balle, chez des patients reçus vivants, reçus à distance de l’incident.

Quel serait la meilleure conduite à tenir en général et dans un pays à ressources limitées ?

Fig. 1 : Balle médiastinale entre le cœur et l’aorte

Fig. 2 : Balle au contact de l’aorte en D 10.
Dossiers

LE DOSSIER ANESTHESIQUE DES HOPITAUX UNIVERSITAIRES NATIONAUX DU PAYS


* Résidente du service d’Anesthésie Réanimation HUEH
**Anesthésiologiste du Service d’Anesthésie Réanimation HUEH
***Anesthésie Réanimation.

INTRODUCTION
Selon la Société Française d’Anesthésiologie et de Réanimation (SFAR), « Le dossier d’anesthésie, est l’élément essentiel de la continuité des soins en période péri-anesthésique et péri-interventionnelle. Il a pour objectif de rassembler l’ensemble des informations concernant les périodes pré, per et post anesthésiques pour tout acte d’anesthésie délivré à un patient. Ces informations enregistrées dans leur totalité doivent pouvoir être facilement communiquées aux différents médecins intervenant à toutes les étapes de la prise en charge péri-anesthésique et péri-interventionnelle. »


METHODOLOGIE
Il s’agit d’une étude rétrospective, multicentrique, randomisée, descriptive, sans bénéfice individuel direct pour les hôpitaux.

Le choix du dossier d’anesthésie a été fait suivant un choix aléatoire de 100 (cent) dossiers médicaux par hôpital universitaire, s’il y eut une intervention réalisée sous anesthésie autre que l’anesthésie locale, durant le dernier trimestre 2012.

RESULTATS
Le dossier d’anesthésie a été évalué suivant deux aspects: Aspect organisationnel et aspect qualitatif. Le rapport qui va suivre est le résultat d’un constat, d’une observation sans commentaire, ni jugement personnel ; le but n’est pas de comparer les institutions mais d’identifier les raisons qui expliquent la carence d’une bonne tenue du dossier anesthésique et d’y apporter des recommandations.

I- ASPECT ORGANISATIONNEL DU DOSSIER D’ANESTHESIE
Il existe dans les trois institutions, un dossier médical unique incluant le dossier d’anesthésie contenant : une fiche de la consultation pré-anesthésie (CPA)/ de la visite pré-anesthésie (VPA), une fiche per anesthésie et une fiche pour la surveillance post-anesthésie. L’ordonnance médicale post-interventionnelle est rédigée par l’équipe chirurgicale; seulement à l’HUJ, les résidents en anesthésiologie sont responsables de la première ordonnance médicale post-interventionnelle.

À l’HUEH et à l’HUP, l’approbation du patient à l’acte d’anesthésie se fait par une procédure informelle, verbale et non systématique. À l’HUJ, il existe une fiche de consentement éclairé à l’anesthésie qui n’est pas toujours utilisée.

II- ASPECT QUALITATIF DU DOSSIER D’ANESTHESIE
La qualité de la tenue du dossier a été calculée pour tous les 300 dossiers choisis au hasard suivant treize (13) critères définis par la SFAR tenant en compte les différents périodes de l’anesthésie:

A- En phase pré anesthésique
1. Identification du patient sur toutes les pièces du dossier, satisfaite dans 47% à l’HUEH et à 0% à l’HUJ et 2% à l’HUP.
2. Identification du médecin anesthésiste sur le document représentant la phase pré-anesthésique,
   Satisfaite dans 49% des dossiers à l’HUEH, 45% des dossiers à l’HUJ et 12% des dossiers à l’HUP.
3. Trace écrite de la visite pré-anesthésique,
   Satisfaite dans 46% des dossiers à l’HUEH, 7% des dossiers à l’HUJ et 9% des dossiers à l’HUP.
4. Mention du traitement habituel du patient (ou de l’absence de traitement) dans le document traçant la CPA ou la VPA (si applicable), Satisfait dans 35% des dossiers à l’HUEH, 45% des dossiers à l’HUJ et 13% des dossiers à l’HUP.
5. Mention de l’évaluation du risque anesthésique dans le document traçant la CPA (ou la VPA), Satisfait dans 39% des dossiers à l’HUEH, 43% des dossiers à l’HUJ et 9% des dossiers à l’HUP.
6. Mention du type d’anesthésie proposé au patient dans le document traçant la CPA (ou la VPA), Satisfait dans 52% des dossiers à l’HUEH, 45% des dossiers à l’HUJ et 3% des dossiers à l’HUP.
7. Mention de l’évaluation des conditions d’abord des voies aériennes supérieures en phase pré-anesthésique dans le document de la CPA (ou la VPA), Satisfait dans 52% des dossiers à l’HUEH, 45% des dossiers à l’HUJ et 13% des dossiers à l’HUP.

**B- En phase per-anesthésique**

8. Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase per-anesthésique,
   Satisfaite dans 96% des dossiers à l’HUEH, 100% des dossiers à l’HUJ et 90% des dossiers à l’HUP.
9. Mention de la technique d’abord des voies aériennes supérieures en phase per-anesthésique (si applicable), Noté dans 45% des dossiers à l’HUEH, 30% des dossiers à l’HUJ et 16% des dossiers à l’HUP.

**C- En phase post-interventionnelle**

10. Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase post interventionnelle.
11. Autorisation de sortie du patient de la salle de réveil validée par un médecin anesthésiste (si applicable).
12. Trace écrite des prescriptions médicamenteuses en phase post-anesthésique (si applicable).

P.S. les trois (3) critères de cette rubrique n’ont pas pu être évalués car ils ne sont applicables dans aucune des institutions.

**D- En phase péri anesthésique**

13. Rubrique renseignée permettant de relever les incidents ou accidents péri anesthésiques,
    Notés dans 62% des dossiers à l’HUEH, 12% des dossiers à l’HUJ et 4% des dossiers à l’HUP.

Par ces 13 critères, on a attribué une note comprise entre 0 et 1 à chaque dossier suivant un score \(^3\) :

- Au numérateur: le nombre des critères satisfaits dès lors qu’ils sont applicables; et au dénominateur: le nombre de critères applicables.
- Si un critère n’est pas applicable, il est retiré à la fois du numérateur et du dénominateur.
- Chaque réponse valide est comptabilisée pour 1 point. Le numérateur est égal à la somme des points, et le dénominateur est égal à la somme des critères applicables.
C’est le score de qualité, autant que le score est égal ou proche de 1, autant la qualité de la tenue du dossier d’anesthésie est bonne (fig. 2).

### Fig. 2 : Score de qualité

![Score de qualité](image)

- A l’HUEH, 55.85% des dossiers ont un score de qualité supérieure ou égale à 0.6 (≥0.6)
- A l’HUJ, 40.38% des dossiers ont un score de qualité supérieure ou égale à 0.6 (≥0.6)
- A l’HUP, 12.98% des dossiers ont un score de qualité supérieure ou égale à 0.6 (≥0.6)

La rubrique évaluant la phase post-interventionnelle n’a pas pu être évaluée puisque, dans aucun des trois cent (300) dossiers intéressants l’étude, pas un seul rapport du passage du patient en salle de réveil n’a été retrouvé ; la salle de surveillance post-interventionnelle n’étant pas normalement opérationnelle dans aucune de ces institutions, cette rubrique a été donc considérée non applicable.

Dans la globalité, le dossier d’anesthésie n’est complet dans aucune des institutions visitées, bien que la documentation existe, elle n’est pas toujours utilisée correctement.

### ANALYSE

#### I- ASPECT ORGANISATIONNEL DU DOSSIER D’ANESTHÉSIE

Les chefs de service d’anesthésiologie des différentes institutions accordent un intérêt capital au dossier d’anesthésie. Conscients du standard des services qui devraient être offerts, ils reconnaissent leur limitation de fonctionnement et travaillent tous dans le but d’améliorer l’unité de service dont ils ont la charge.

#### II- ASPECT QUALITATIF DU DOSSIER D’ANESTHESIE

Dans la globalité, le dossier d’anesthésie n’est complet dans aucune des institutions visitées, bien que la documentation existe, elle n’est pas toujours utilisée correctement.

La rubrique évaluant la phase post-interventionnelle n’a pas pu être évaluée puisque, dans aucun des trois cent (300) dossiers intéressants l’étude, pas un seul rapport du passage du patient en salle de réveil n’a été retrouvé ; la salle de surveillance post-interventionnelle n’étant pas normalement opérationnelle dans aucune de ces institutions, cette rubrique a été donc considérée non applicable.

### CONCLUSION ET RECOMMANDATION

Le dossier anesthésique fait partie intégrante du dossier médical. Il est le véritable fil conducteur de la prise en charge anesthésique qui, à chaque étape, transmet les informations relatives au patient.

Le dossier d’anesthésie doit contenir : tous les faits, rien que les faits, et non des opinions, des commentaires ou des jugements personnels.

Les résultats de l’étude indiquent que la tenue de celui-ci varie selon les structures et les institutions hospitalières. Ces différences sont légitimes témoignant des modes de fonctionnement des équipes d’anesthésistes visant à optimiser la prise en charge du patient.

Toutefois, le dossier d’anesthésie doit contenir un rapport pré-anesthésique avec un consentement éclairé, un rapport per-anesthésique, un rapport post-anesthésique et tout autre document pouvant relater la prise en charge et l’état du patient.

En cas de litige, un dossier bien «tenu» doit permettre de produire les documents nécessaires pour reconstituer le passé médical du patient victime.

### BIBLIOGRAPHIE

1- Dossier anesthésique (SFAR 2001), Mis en ligne le 16 Décembre 2002 et modifié le 11 Avril 2013 ;
2- La consultation et le dossier d’anesthésie : qualité du dossier ; MAPAR 2002
3- Indicateur sur la qualité du dossier d’anesthésie - Campagne 2011 - Analyse descriptive des résultats agrégés 2011 - février 2012 ; Date de validation Février 2012
EREUTOPHOBIE


*Clinique de Bercy, unité de chirurgie thoracique et vasculaire de Dr Jean Valla
9 Quai de Bercy, 94220 Charenton-le-Pont, France

RESUME

L’érythrophobie ou érythrophobie est une phobie sociale caractérisée par une peur de rougir amenant la personne qui en est atteinte à éviter d’intervenir ou de s’exprimer en public. Le rougissement survient de façon involontaire et s’aggrave par les efforts effectués pour le maîtriser.

Sa fréquence est mal connue, elle est estimée entre 3% et 15% en France avec une légère prédominance féminine. Souvent plusieurs membres d’une même famille en sont atteints.

Mots clés : phobie sociale, peur de rougir, érythrophobie, érythrophobie, hyperhidrose, sympathectomie thoracique, clippage du nerf sympathique.

ETIOLOGIE

L’Erythrophobie serait la conséquence d’un déséquilibre au niveau du système nerveux autonome entre le système sympathique et le système parasympathique. Le système nerveux autonome intervient, entre autres, pour accélérer ou ralentir le rythme cardiaque et sur la vasoconstriction des vaisseaux sanguins. Une hyperactivité sympathique serait à l’origine du rougissement 7 par un afflux sanguin excessif au niveau de la face 4, 11, 16, en réponse à un stimulus stressant pour l’érythrophobe.

SYMPOTMES

Les symptômes relevés sont :

- une rougeur du visage et du haut du tronc qui apparaît dès l’adolescence, rarement dans l’enfance : c’est le ressenti de cette sensation qui est pathologique. Elle peut être déclenchée par une situation stressante, une contrariété ou par une exposition en public soit pour prendre la parole soit pour faire face à une rencontre professionnelle ou autre. Certaines personnes qui rougissent ne sont pas handicapées par ce symptôme. Mais l’érythrophobe lui cherche à éviter toute occasion qui peut déclencher le rougissement et quand il survient il est gêné par le regard de l’autre, il souffre de ne pas pouvoir mettre fin au rougissement. Il n’a qu’une envie : fuir ou disparaître à un point tel que certains érythrophobes abandonnent études, carrière ou (raretment) recourent au suicide. Une sensation de bouffée de chaleur accompagne souvent le rougissement avec transpiration excessive du visage.

- une hyperhidrose: (transpiration excessive). Une hyperhidrose palmaire, axillaire ou faciale peut être associée au rougissement avec un degré de handicap plus ou moins important. Le sujet peut minimiser une hyperhidrose importante par rapport au rougissement. Chez les noirs moins gênés par le rougissement, visible au niveau des muqueuses de la face, l’hyperhidrose est le symptôme prépondérant qui va amener la personne à chercher un traitement. Le sujet est gêné en serrant la main lors d’une rencontre ou par l’inondation de tout ce qu’elle touche.

- le syndrome de Raynaud: c’est l’engourdissement des extrémités exposées au froid, qui deviennent toutes blanches, insensibles mais douloureuses suite à une vasoconstriction des petits vaisseaux (artéioles) des bouts des doigts ou des orteils.
TRAITEMENT:

Dans un premier temps, il est licite de commencer la prise charge par une psychothérapie plutôt de type cognitivo-comportementale qui peut amener de 30% à 50% d’amélioration des symptômes. Très souvent l’érytrophobe a honte de sa phobie qu’il n’avoue ni à son entourage ni à son médecin traitant. Il est moins enclin à consulter un psychologue ou un psychiatre. Si la psychothérapie ne donne pas de résultats, ou est refusée par le patient, d’autres traitements sont possibles:

A) Le traitement médicamenteux: peut faire appel aux anti-dépresseurs, aux béta-bloquants pour contrecarrer l’action sympathique ou rarement aux anxiolytiques (benzodiazépines) 18.

B) En cas d’échec de ces traitements médicinaux, la chirurgie apparait comme l’ultime solution. L’intervention vise à interrompre l’action des faisceaux du nerf sympathique en réalisant une sympathectomie bilatérale haute. Deux procédés un peu différents existent et peuvent être réalisés par vidéo-thoracoscopie: le clippage du nerf sympathique (Image 1) ou la section du nerf 13, 17.

Fig. 1: clippage du nerf sympathique: 1, nerf sympathique; 2, clip proximal; 3 clip distal

Il est nécessaire que le clippage ou la section du nerf sympathique soit effectué en dessous de la ganglion stellaire pour éviter un syndrome de Claude Bernard-Horner qui consiste en une ptose (chute) de la paupière supérieure du côté opéré, un myosis (petite pupille) et énophthalmie (œil plus reculé dans l’orbite). La sympathectomie par clippage aussi appelée bloc sympathique semble avoir le même résultat que la section1, 2, 8: 80% de bons résultats et 15% de résultats partiels avec un nombre d’effets secondaires (transpiration compensatoire) moindres. De plus, le clippage a l’avantage, dans le cas de transpiration compensatoire excessive, de permettre le retrait des clips par une nouvelle intervention chirurgicale thoracique vidéo-assistée sans compromettre dans 70% des cas le bon résultat acquis sur l’érytrophobie 8, 10, 14, 17.

BIBLIOGRAPHIE:


6- Blushing propensity and psychological distress in people with rosacea. Su D, Drummond PD.


12- I blush, therefore I will be judged negatively: influence of false blush feedback on anticipated others’ judgments and facial coloration in high and low blushing-fearfuls. Dijk C, Voncken MJ, de Jong PJ.


13- Complications of video assisted thoracoscopic sympathectomy for primary hyperhidrosis.

14- The outcome of ganglion clipping in hyperhidrosis and blushing. Chou SH, Kao EL, Lin CC, Huang MF.


15- The impact of verbal feedback about blushing on social discomfort and facial blood flow during embarrassing tasks.


18- Dr VALLA: La peur de rougir et ses traitements
LES VALVES DE L’URETHRE POSTERIEUR
Pierre-Alix Nazon, MD. 2014
Assistant - Chef de Service d’Urologie HUEH

INTRODUCTION
Les valves de l’urètre postérieur sont une malformation peu fréquente (1/5000 à 8000 garçons) 1. Elles constituent la cause la plus courante d’obstruction sous-vésicale de l’enfant et comptent pour plus de 45% des causes d’insuffisance rénale terminale de l’âge pédiatrique 2.

PATHOLOGIE
Il s’agit d’une lésion consistant en des valves congénitales se situant juste en dessous du Veru Montanum, dans l’urètre postérieur. La classification de H.H Young (1919) est utilisée jusqu’à présent 3. Il en décrit trois (3) types :

a) Type I :
Deux valves en nid de pigeon font obstacle à l’écoulement des urines par le haut alors que le passage rétrograde d’une sonde, par exemple, se fait sans difficulté. Les valves proviendraient d’un défaut de résorption des replis urétraux qui donnent les petites lèvres chez les filles (fig. 1).

b) Type II :
Il s’agit d’une simple saillie du frein du Veru Montanum sans signification clinique (fig. 2).

c) Type III :
C’est un défaut de résorption de la membrane urogénitale en aval du Veru Montanum. Cela donne un aspect en manche à air à ce reste de membrane (fig. 3).

ANATOMIE PATHOLOGIE
a) classification de H.H Young : elle comprend trois types : (fig. 1, 2,3)

b) Aspect des valves à l’endoscopie (fig. 4, 5)

CONSEQUENCE DES VALVES
Cet obstacle va affecter tout le système urinaire (fig. 6) :

a) L’urètre postérieur sera dilaté ; la prostate, atrophique.

b) La vessie sera hypertrophique, hyperplasique, distendue ou plus souvent de petite taille avec des parois très épaisses, avec présence de trabéculations et diverticules para-urétéraux 4. Tout ceci entraîne une perte d’élasticité et une hypocompliance (bladder valve des anglo-saxons) 4.

c) Une hydronéphrose (70 à 80% des cas) et un reflux vésico-urétéral (2/3 des cas) seront souvent présents.
La fonction rénale sera affectée de manière parfois dramatique surtout s’il existe une dysplasie rénale associée.
DIAGNOSTIC CLINIQUE
La sévérité de l’obstruction détermine l’âge de la présentation ainsi que le tableau clinique. En gros, 1/3 des malades seront découverts à chacun des stades suivants⁵:

a) Au stade du nouveau-né, on retrouvera une distension vésicale, des gros reins palpables, un jet urinaire anormalement faible ou absent, une ascite urinaire, un urinome. Parfois, on trouve aussi un tableau de détresse urologique par septicémie et insuffisance rénale. In utéro déjà, on peut observer un oligoamnios et une hypoplasie pulmonaire.

b) Au stade du nourrisson domineront des manifestations surtout infectieuses et générales: pyurie, infections urinaires à répétition, vomissements, septicémies. Puis apparaitront un globe vésical, des gros reins palpables et un retard de croissance.

c) Au stade petit garçon, le tableau se caractérisera surtout par les signes urinaires: jet faible, dysurie, gros résidu vésical post-mictionnel, insuffisance rénale, incontinence et un retard staturo-pondéral.

DIAGNOSTIC PARA CLINIQUE
Le diagnostic para_clinique est basé sur l’imagerie médicale: essentiellement l’échographie, la cystographie et l’uréthrogramie mictionnelle⁶.

a) Échographie:
Cet examen, non invasif et accessible permettra de retrouver des images caractéristiques des reins et de la vessie, ainsi que la présence éventuelle d’urinome, d’ascite urinaire (fig. 6).

b) Cystographie et Urétrographie Mictionnelle:
Ces examens nécessitent l’injection de produits de contraste. Ils montrent de façon très précise l’obstacle, en l’occurrence la valve ainsi que ses conséquences sur le bas appareil urinaire (fig. 7).
TRAITEMENT:
Le traitement nécessaire et suffisant demeure la section endoscopique des valves (fig. 8). La doctrine thérapeutique actuelle est de traiter les valves, rien que les valves et surveiller l’évolution. (préconisé depuis 1950) 7-8-9.

Un drainage urétral ou sus-pubien associé à une antibiothérapie permétront de stabiliser le patient en attendant que les conditions soient réunies pour la réalisation de l’intervention endoscopique.

CONCLUSION
Voilà une malformation qu’on pourrait qualiﬁer de mineure ou banale mais dont les conséquences peuvent être catastrophiques. Le traitement endoscopique simple et peu invasif permet dans beaucoup de cas d’éviter une issue redoutable à cette pathologie.

REFERENCES:
1- King L.R. posterior uretral valves in Clinical Pediatric Urology (Kelalis,King-Bel M—n) Editeurs : Saunders,1985 Vol 1, p 427
3- Young H.H-Frantz Wa, Baldwin J.C. Congenital obstruction of the posterior urethra J.Urol 1919 ,3: 289-365
Ref : suite:
5- Radiology Pediatric case of the week- Department of Radiology-Virginia Commonwealth Univ-Medical center-School of Medicine.Feb 12-19 2002
NEUROCHIRURGIE PEDIATRIQUE : une expérience à l'Hôpital Saint Damien
*B. PIERRE, MD. 2015.
*Neuro chirurgie, Hôpital de l’Université d’Etat d’Haïti.

CONTEXTE
L’hôpital Saint Damien est un hôpital pédiatrique de la banlieue de Port-au-Prince (Tabarre). En 2011, avec le support d’une coopération italienne, les responsables ont décidé d’élargir l’offre de soins par la prise en charge des cas de neurochirurgie. Un quota de cinquante interventions était prévu pour la première année. Un neurochirurgien et un anesthésiste étaient engagés, en plus du personnel de la salle d’opération et des salles d’hospitalisation.

RESULTATS
D’août 2011 à mai 2012, 53 interventions neurochirurgicales ont été réalisées, avec une moyenne de 5 par mois. A noter un pic de 14 au mois de mars 2012 et un minimum de 1 au mois de mai (fig.1). A noter aussi que cette date correspond à la cessation des activités chirurgicales pour indisponibilité de fonds.

Les enfants opérés étaient surtout des nouveaux – nés (0 – 2 mois) et des nourrissons (3 mois – 2 ans).

On a eu un seul enfant de plus de 10 ans (une adolescente de 13 ans opérée pour un empyème sous dural). (fig.2)

Fig. 1 : Distribution selon l’âge

Les interventions réalisées étaient surtout des dérivations ventriculo-péritonéales pour hydrocéphalie. Les réparations de dysraphies spinales (myéloméningocèle, méningocèle) et les encéphalocèles viennent en deuxième position. On a eu peu d’interventions sur les tumeurs de l’encéphale : 3 cas (fig.3).

Fig. 3: Types d’interventions neurochirurgicales

Fig. 4 : Types de complications post-opératoires
Dans la grande majorité des cas, il n'y pas eu de complication post opératoire pendant la durée de l'hospitalisation (fig.4). Quant à la durée d’hospitalisation, la plupart des enfants ont passé moins d’une semaine à l’hôpital. (fig.5)

**Fig. 5 : Durée d'hospitalisation**

**CONCLUSION**

Cette série de 53 patients démontre d’une part, une demande évidente de soins en neurochirurgie pédiatrique, et d’autre part l’insuffisance de l’offre. Quand, au mois de mai, on a cessé les activités, la liste d’attente était relativement longue. En plus, le programme n’a pas été reconduit, parce que le financement étranger n’a pas suivi. Cette expérience doit nous faire réfléchir sur la viabilité des financements externes et sur les possibilités d’autofinancement local de nos programmes.
1- **ELECTIONS A L’AHC** - discours du Président rentrant Dr. J. G. Doucet

*Chers Confrères, Membres de l’AHC,*

*Chers Amis*

Permettez-moi d’inaugurer mon mandat, à la tête du Conseil de Direction, par des mots de remerciements, d’abord aux Membres du Comité AD HOC et à vous tous qui avez foi dans l’impérieuse nécessité d’une Association forte et organisée, pour le développement de la Chirurgie en Haïti. Merci pour votre participation à l’élection du Nouveau Conseil de Direction. Votre confiance nous honore et renforce notre volonté de travailler à l’atteinte des objectifs fixés dont voici les principaux :

a) **Renforcer l’Association Haïtienne de Chirurgie** :
Cet objectif pourra être atteint en travaillant à la mobilisation de ses membres, en encourageant l’intégration de nouveaux membres, en développant des antennes au niveau des autres départements pour donner une envergure nationale à l’Association.

Cette représentativité permettra le développement de rapports harmonieux et fructueux avec nos partenaires locaux tels : le MSPP en ce qui concerne les questions légales et politiques intéressant la chirurgie en Haïti ; les Compagnies d’Assurance non seulement pour développer des partenariats permettant d’augmenter l’accès des patients aux soins chirurgicaux, mais aussi travailler à la simplification et l’harmonisation des procédures de réclamation, de remboursement et de paiement ; les Responsables des Hôpitaux en ce qui concerne les normes de sécurité hospitalière et l’adéquation des plateaux techniques aux progrès de la chirurgie et l’amélioration des conditions de travail ; les Fournisseurs de matériels de soin pour une meilleure définition des intrants indispensables à une bonne pratique et enfin avec les autres Sociétés Savantes, pour une meilleure adéquation et une meilleure qualité de l’offre de soins à la population.

Cette représentativité permettra aussi d’établir et de développer des partenariats internationaux avec des Universités étrangères, des centres de formation chirurgicale en vue d’établir des passerelles pour la formation initiale et continue des Chirurgiens Haïtiens.

b) **Appuyer la qualité de l’offre des soins chirurgicaux**
Cet objectif permettra d’assurer l’encadrement et l’épanouissement des Chirurgiens Haïtiens en travaillant inlassablement à l’amélioration de leur performance par le développement d’une culture d’excellence et la sensibilisation à la formation continue.

Il conviendrait aussi de restaurer un climat de confiance entre la Société Haïtienne et les Chirurgiens Haïtiens, en rehaussant l’image et la perception d’une chirurgie haïtienne fiable et performante et briser ainsi le cycle infernal dans lequel nous sommes actuellement de fuite des malades vers les pays étrangers, de l’attente systématique de mission chirurgicale venant de l’extérieur et de l’amenuisement graduel et dramatique de la clientèle chirurgicale.

c) **Appuyer le développement de la résidence hospitalière en chirurgie générale et un cadre de formation continue**
L’atteinte de ces objectifs ne pourra pas se faire du jour au lendemain et elle ne pourra pas se faire sans l’engagement actif et dynamique de tous les Membres et particulièrement des Confrères qui ont brigué des postes de responsabilité au sein de l’Association. De leur engagement et de leur sérieux dépend l’avenir de l’Association et le succès de notre mission. MERCI

*Dr Jean Gary Doucet MD, MSc*

*Président de l’Association Haïtienne de Chirurgie*
2- **Avancées dans le programme SAGES**

a) **Programme de l’année académique 2014 – 2015 (suite)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Date</th>
<th>Item</th>
<th>Faculty</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>10 November 14</td>
<td>PANCREAS: pancreatitis, pseudocyst/lap distal pancreatectomy</td>
<td>Pascal Fuchshuber MD, PhD, FACS - Hepatobiliary and Oncologic Surgery - Associate Professor of Surgery, UCSF</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| 11 December 19 | “Gastro-Esophageal Reflux Disease”, | Dr. Howard McCollister  
Minnesota Institute for Minimally Invasive Surgery (MIMIS), |
| 12 January 9: | PANCREAS: benign tumors, malignant disease, lap pancreatectomy | Pascal Fuchshuber MD, PhD, FACS - Hepatobiliary and Oncologic Surgery - Associate Professor of Surgery, UCSF |
| 13 January 23 | ESOPHAGUS: Motility Disorders, manometry and pH testing, Lap Heller myotomy and POEM (Per Oral Endoscopic Myotomy). | Dr. Christy Dunst, foregut surgeon and fellowship director from Portland, Oregon |
| 14 February 6 | ESOPHAGUS: Neoplasm, Esophagectomy | Dr. Ben Veestra, Mayo Jacksonville |
| 15 February 20: | GI Evaluation: Endoscopy, FES – Fundamentals of Endoscopic Surgery | Dr. Jeff Hazey, Ohio State University |
| 16 March 20: | 1-STOMACH: Morbid Obesity, Lap RNY Gastric Bypass, Lap Sleeve Gastrectomy  
2-Anesthesiology: Advance in cardiac live support for the OR | Pr. Paul Severson  
Dr. Kurt Stewart (MIMIS)  
Pr. Mark Gujer, |
| 17 | | |
| 18 April 10: | STOMACH: Neoplasm, Percutaneous Endoscopic Gastrostomy, Lap Gastrectomy | Dr. Thomas McIntyre  
Kings County Hospital Ct |
University of Wisconsin |
| 20 May 8 | COLON: Benign Disease, Diverticulitis/ Abcess, Lap Sigmoid Colectomy | Pr. Sandra Freiwald |
| 21 May 22: | COLON: Cancer, Lap Right Hemicolecctomy, Low Anterior Resection | |
| 22 June 5 | ANORECTUM: Hemorrhoids, Fissure, Fistula, Stapled Hemorrhoidopexy | |
| 23 June 19 | ANORECTUM: Cancer/APR, TAMIS, Prolapse and Lap Proctopexy | |
| 24 Juillet 3: | STOMACH: Gastric and Duodenal Ulcer, bleeding obstruction, perforation, Laparoscopic Duodenorrhaphy | Dr. Shanu Kothari |
b) Possibilités de Connections on line:

- L’annonce des présentations est régulièrement faite quatre jours avant par e-mail. Le lien est indiqué pour se connecter et joindre le meeting à partir d’un laptop relié à Internet. Exemple de lien :

  https://zoom.us/j/6667861125

- Pour télécharger la présentation sur l’ordinateur via dropbox pour le stockage ou la projection, un lien est aussi fourni. Exemple de lien :

  https://www.dropbox.com/sh/qi1xn4gv7wg3v7o/AACb4E4TXM4N_HZe-nqPGOHja?dl=0

Fig. 1 : réseau national et international

c) Couverture nationale et internationale – Vidéo conférence network

Le site universitaire producteur envoie le signal audio-vidéo à un central situé aux USA (Mike Evans). Les signaux sont calibrés, envoyés en Haïti et reçus à travers la plateforme de l’Aupelf qui supporte la multi connexion. Le site HUEH reçoit le signal et s’interconnecte avec ceux de Mirebalais (HUM), Cap- Haïtien (Justinien). D’autres inter connexions se développent, tels avec UNIQ, UNDH, FMP.

d) Assistance

L’assistance au site de l’HUEH est de 50 en moyenne par session, comprenant des chirurgiens, internistes, anesthésiologistes, des résidents, des internes et des étudiants. L’interaction se réalise entre le conférencier et les assistants des différents sites et entre les assistants eux- mêmes. Des témoignages de connections directes sur ordinateur se multiplient.

Le programme SAGES est une application parfaite du concept de la mutualisation des enseignements.

3- Avancées dans le programme de hernioplastie avec HRFU

Depuis le début du programme en 2013, treize (13) chirurgiens ont reçu la formation en hernioplastie de Lichtenstein. Ce sont les Drs. Davidson Desravines, Godson Jean-Louis, André Patricik Jeudi (HUM), Pierre Reginald Cadet (HUEH), Zaoro Lama (Univers), Emmanuel Regis (HSN St Marc), Arlet Isma (HBR), Djhonn St Cyr (HSM Jacmel), Gérald Dagrin (HSM Jacmel), Jacques Jean Fritz (HUEH), Rodolphe Barrella (HUI), Isnelle Décome (Hospitl Fort Liberté), Dr Padovani Mac Namara (HUM), Dr Dominique Jean Michel (HIC Cayes).

Le principe est de remettre 20 mèches à chacun des chirurgiens pratiquant dans le système hospitalier public et affiliés à l’AHC. Les mèches sont renouvelées au besoin.

Deux sessions annuelles sont prévues pour former 4-5 chirurgiens.
OFFICE D’ASSURANCE ACCIDENTS DU TRAVAIL, MALADIE ET MATERNITE (OFATMA) : PROGRAMME D’ASSURANCE MALADIE ET MATERNITE

Mars 2015.

Dans le cadre de la politique sociale du gouvernement, Haïti s’est engagée depuis 2 ans dans une dynamique de réorientation de son programme de sécurité sociale. Cette démarche qui est la matérialisation équivoque d’une promesse de campagne du Président de la République vise à offrir à la population en échange de cotisation un dispositif de protection sociale qui inclue les composantes suivantes : allocations familiales, couverture vieillesse, prise en charge de cas d’invalidité, couverture maladie et maternité.


L’OFATMA, en fait, endosse également depuis le 1er octobre 2014 la gestion du Programme Auto Assurance des Agents de la Fonction Publique (PAAAFP) à travers l’entité dénommée Coordination Nationale de l’Assurance Maladie (CONAM), entité faisant partie de la Direction de la Sécurité Sociale de l’OFATMA. Le PAAAFP permet aux fonctionnaires, aux pensionnaires et leurs dépendants d’être couverts d’une assurance santé et vie. L’OFATMA assure la gestion administrative, technique et financière du programme. Aucune modification n’est apportée au paquet de services offerts aux assurés de l’Etat mais le réseau de prestataires s’est élargi par l’adjonction de nouveaux médecins affiliés et de nouvelles institutions notamment des pharmacies, des laboratoires, des unités périphériques et des entreprises funéraires.

Par ailleurs, le programme d’Assurance Maladie et maternité offre une couverture pour prévenir tout risque de cas d’Accidents, de maladie et Maternité, ainsi qu’une couverture pour les frais funéraires. L’OFATMA dispense des services de qualité à ses assurés grâce à son réseau national de prestataires de services constitué de ses propres structures, des établissements de santé du secteur public, des établissements de santé du secteur privé, des médecins libéraux, des entreprises pharmaceutiques, des laboratoires et des maisons funéraires.

Dans un souci d’efficacité, l’OFATMA met à la disposition des assurés un système moderne de transport aérien ambulancier dénommé Haïti Air Ambulance pour le transfert des cas d’urgence à l’intérieur du pays ou à l’étranger.
L’adhésion au système d’assurance prévu requiert une cotisation de 6% de la masse salariale, soit 3% de la part de l’employé et 3% de celle de l’employeur. De plus, selon les règlements du régime, les assurés opérant sur le réseau de l’institution ont droit aux services de consultation médicale moyennant le paiement d’un ticket modérateur de 50 gourdes, s’il s’agit de médecins généralistes et de 100 gourdes s’il est question de spécialistes. Les frais qu’ils auront à débourser ne représentent que 20% de ce qu’ils auront à verser pour l’achat de médicaments, pour les frais de laboratoire ou de radiographie. Quant aux assurés opérant en dehors du réseau, leurs bénéfices leur seront rétribués selon le niveau de leur salaire.

Il existe bien des avantages à faire partie du réseau des assurés de l’OFATMA dans la mesure où chaque citoyen agit dans son propre intérêt et dans celui de sa famille. Effectivement, chaque adhérent a droit à quatre (4) dépendants, enfants et conjoint qui eux aussi bénéficieront d’une couverture d’assurance. Cependant, si l’assuré inscrit plus de 4 dépendants au programme, cela nécessitera un paiement additif de 100 gourdes. Il serait également important d’ajouter que l’OFATMA prend en charge les conditions préexistantes des bénéficiaires et leur offre l’avantage de profiter d’hospitalisation d’urgence en toute quiétude, car dans ce cas elle fait tomber toute barrière financière.

Le dispositif d’assurance Maladie et Maternité de L’OFATMA est un régime obligatoire introduit par le gouvernement haïtien dans l’objectif de permettre à tout un chacun de jouir de son droit à la santé. Ce projet d’envergure revêt une importance capitale dans la quête de meilleures conditions d’existence pour la population haïtienne. L’initiative est lancée et prend au fur et à mesure sa vitesse de croisière. Le pays entier, assoupi de bien-être est prêt à accueillir cette innovation. Il était temps qu’Haïti puisse avoir accès à l’Assurance pour tous.