Vol. 3 No. 21

INFO-CHIR

Revue Haitienne de Chirurgie et d'Anesthésiologie Avril 2017

SOMMAIRE

			Page
I-	**EDITORIAL**		2
II-	**ARTICLES MEDICAUX**		
	1. Fixation externe élastique : étude rétrospective de plus de 25 ans d'application en Haïti,	Bernard Nau, MD	3
	2. Sub trochanteric fractures treated by SIGN technic	Lewis Zirkle, MD	8
	3. Résistance Sam spine trauma 101	Zachary Child, MD.	9
	4. Rupture bilatérale du tendon patellaire, à propos d'un cas	H. Fahim, MD	12
	5. Diagnostic et prise en charge des goitres et des nodules thyroïdiens bénins	Stephanie Felix, MD	15
III-	**EXTREME DIA :** Nouvelle cause de Trauma facial		20
IV-	**DIAPORAMA** : Fistule jugulo carotidienne post traumatique	L. F. Télémaque, MD	21
V-	**DOSSIERS - ARTICLES TECHNIQUES**		
	1. Integrated collaborative short stay trauma centers.	Lewis Zirkle, MD	22
	2. Osteomyelitis in Haiti, a major public health concern	Ron Israelski, MD	23
	3. Les progrès de la chirurgie pédiatrique en urologie dans la prise en charge des patients avec hypospadias	Youri Dreux, MD	26
	4. Vidéo-laryngoscopie	Carlos St Cyr, M	28
	5. Quand le médecin assiste aux funérailles de son patient...	Jacques Jeudy, M	31
	6. De l'inexistence des grandes questions de bioéthique dans le droit haïtien de la santé.	Israël Petit-Frère, PhD	33
VI-	**INFORMATIONS**		35
	1. Nouvelle distinction internationale pour le Dr. Jean-Claude CADET		
	2. 2e issue du journal de la FMP-BM		
	3. Prochain congrès de la HAAOT 2017		
	4. Programme du séminaire de la SHONC des 29 -30 -31 Mars 2017		
	5. Annonces AHC		
	6. Nouveau centre de prise en charge des plaies chroniques à Bernard Mews		
	7. Départ du Doyen d'Age des chirurgiens, le Dr Charles Chevallier		

"La science est une base nécessaire mais non suffisante de la pratique médicale.

Wolfang Gerok, 1993.

EDITORIAL

Chers lecteurs, la Revue Haïtienne de Chirurgie et d'Anesthésie, Info CHIR, est heureuse de vous retrouver, en ce mois d'Avril 2017, et vous propose sa nouvelle sélection d'articles.

La majorité concerne la spécialité orthopédique et traumatologique, héritage du dernier congrès de la HAOOT de 2015. D'entrée de jeu, nous parcourrons les avantages présentés de la fixation externe élastique. Nous prendrons ensuite connaissance des réparations proposées pour les fractures sub trochantériques, celles de la colonne vertébrale et du tendon patellaire en bilatéral. Nous vous communiquerons nos préoccupations concernant la gravité de l'ostéomyélite en Haïti et nous vous proposerons la création de Centres de Trauma à Court Séjour (CTCS).

La problématique de l'accès aux examens para cliniques, dans le diagnostic et la prise en charge des goitres et des nodules thyroïdiens bénins, a été adressée. On signale aussi les progrès de la chirurgie pédiatrique en urologie dans la prise en charge des patients avec hypospadias et celui de la vidéo-laryngoscopie. De grandes préoccupations s'en suivent, concernant la relation entre le médecin et la mort et le constat de l'inexistence de la bioéthique dans le droit haïtien de la santé.

Dans le chapitre des traumatismes, se distingue un traumatisme facial, dont la cause découle de l'utilisation abusive et malencontreuse de cet outil très familier dont on n'arrive plus à se séparer. On verra ensuite la présentation de la conséquence d'une plaie par balle cervicale dont l'issue a été heureuse.

Cette période est riche en grands évènements. Une nouvelle distinction internationale a été décernée au Dr. Jean-Claude CADET, actuel Doyen réélu de la Faculté de Médecine et Ecole de Biologie Médicale de l'UEH. En même temps, nous découvrons la 2e issue du journal de la FMP-BM, LA REVUE Scientifique. Dans le scientifique et académique nous aurons droit à trois congrès : le 10e de la Société Haïtienne d'Oncologie (SHONC) des 29-30 -31 Mars, celui de la Haitian Annual Assembly for Orthopedic Trauma (HAOOT) des 28 et 29 Avril et celui de l'Association Haïtienne de Chirurgie et d'Anesthésie (AHC) les mêmes jours.

Récemment ont été inaugurés le nouveau centre de prise en charge des plaies chroniques à l'Hôpital Bernard Mews et l'Hôpital Bishop Joseph Sullivan aux Côtes-De-Fer.

Nous terminons cet éditorial sur une note triste, l'annonce du décès du doyen d'âge des chirurgiens, le Dr Charles Chevalier, ancien chef de service de chirurgie générale de l'Hôpital de l'Université d'état d'Haïti (HUEH).

Bonne lecture.

Articles médicaux

FIXATION EXTERNE ELASTIQUE : ETUDE RETROSPECTIVE DE PLUS DE 25 ANS D'APPLICATION EN HAITI.

Bernard NAU, MD. 2015

RESUME

L'objectif de cet article est de démontrer l'efficacité de la fixation externe dans le traitement chirurgical des lésions osseuses traumatiques en Haïti. Cette pratique demeure un grand défi pour les orthopédistes locaux, confrontés à des pénuries matérielles, une dégradation des infrastructures hospitalières et à une insuffisance de personnel qualifié. Ajoutons aussi l'absence d'organismes de sécurité sociale pour une population aussi démunie.

En effet, la chirurgie osseuse en Haïti reste une véritable gageure, car elle exige un matériel coûteux et une technologie sophistiquée. Pour faire face à tant de contraintes, nous avons opté pour la méthode de fixation externe élastique du Prof. F. Burny. C'est une technique simple, versatile et d'application facile. L'utilisation du fixateur externe de type HOFFMANN et plus récemment du GEXFIX ont conduit à élaborer les principes particuliers propres à chaque segment osseux. 4.000 cas ont été opérés durant ces 25 dernières années. Le fixateur externe, matériel polyvalent, nous a permis de nous exprimer en traumatologie dans un contexte de dénuement quasi total.

Cet article va nous permettre de revoir une série de fractures du tibia traitée par fixation externe élastique d'autant plus que cet os représente l'exemple le plus adapté à ce mode de traitement.

INTRODUCTION

La traumatologie représente un problème majeur de santé publique en Haïti. De nombreuses études épidémiologiques révèlent une incidence en hausse des fractures suite aux accidents de la voie publique. Le nombre d'accidents déclarés à l'OAVCT, entre Octobre 2002 et Septembre 2003, a révélé un chiffre de plus de 5.000 cas, intéressant essentiellement de jeunes adultes, entre 15 et 44 ans, avec une moyenne de 14 accidents par jour et 421 environ le mois. (Ph. Larco & al 2004). Ces chiffres sont en nette augmentation du fait de l'accroissement du parc de véhicules roulants tout particulièrement des motocyclettes.

Fig. 1 : Un des 5.057 accidents atteignant des jeunes adultes.

De plus, Haïti est doté de peu d'hôpitaux de référence du point de vue orthopédie –traumatologie, avec une couverture d'une centaine (100) d'orthopédistes pour 10 M d'habitants. Face à tant de contraintes, nous avons opté de nous familiariser avec une technique simple, versatile et d'application facile. Notre rencontre à Cuba en Mars 1987 avec F. Burny a été déterminant (Congrès SICOT). En nous accordant un stage de formation dans son service (1988-1989) et en nous invitant à participer à tous les congrès et cours sur la fixation externe tenus en Belgique durant ces 25 dernières années, une coopération permanente s'est établie entre son service de biomécanique et notre Groupe. S'en est suivi une évolution croissante de la prise en charge de nos polytraumatisés.

La fixation externe, ostéosynthèse à part entière créée par le belge Albin Lambotte, au début du 20eme siècle, se définit comme toute synthèse prenant appui sur l'os, à distance du foyer de fracture et dont l'élément d'union est extérieur aux téguments (F. Burny 1965). L'évidence clinique suggère que la consolidation d'une fracture traitée par fixateur externe peut être obtenue de deux manières : 1) fixation rigide aboutissant à une

consolidation par apposition d'os primaire (fixation par plaque) 2) fixation moins rigide aboutissant à un cal périosté. Une fixation externe doit posséder la flexibilité nécessaire pour permettre, en toutes circonstances, un alignement optimal des fragments donc élastique stable. (F. Panda, 2005).

MATERIEL ET METHODE

A. METHODOLOGIE

Cette étude rétrospective a pour but de préciser l'évolution des fractures du tibia traitées par fixation externe élastique et de faire une évaluation critique des complications observées. Elle porte sur plus de 1250 cas de fractures du tibia traitées par fixation externe élastique durant la période allant du mois de décembre 1989 au mois de janvier 2015. Nous avons retenu 350 cas de fractures du tibia opérées selon la technique du Pr. F. Burny dans différents hôpitaux de Port-au-Prince. Nous avons sélectionné les fractures transversale, oblique ou spiroïde diaphysaire tibiale, ouverte type I ou fermée. Nous avons exclu les fractures épiphysaires proximales et distales tibiales et les fractures ouvertes de type II et III. Le protocole d'étude des fractures du tibia mise au point par l'équipe de biomécanique Burny-Donkerworcke a été utilisé pour l'analyse des données de notre série.

B. JUSTIFICATION DE L'UTILISATION DE LA METHODE DE FIXATION EXTERNE ELASTIQUE.

Nous appliquons cette méthode depuis plus de 25 ans en Haïti, en utilisant le matériel de HOFFMANN et plus récemment le GEXFIX, dont la diversité va nous permettre de préciser les indications, les avantages, les inconvénients et les complications de cette méthode ainsi que la technique de mise en place.

1) RAPPEL BIOMECANIQUE.

F. Burny a bien démontré, dans la partie théorique, comment à partir d'une meilleure compréhension du processus de consolidation, l'élasticité génère des micro mouvements favorisant la formation de cal, en respectant les principes mécaniques d'un cadre stable et élastique 1,2,3,4,6. Ces progrès, dans la compréhension du processus de guérison des fractures, ont permis de passer d'une immobilisation rigide à un montage élastique et stable en fixation externe. Les micromouvements favorisent la formation d'un cal hyperbolique solide, car la stabilité évite la perte de la réduction et l'élasticité favorise la formation du cal. En effet, toute augmentation de la distance entre les fiches d'un même étau augmente la rigidité alors qu'une augmentation de la distance entre les étaux et la peau diminue celle-ci. Cependant, la quantité exacte de micro mouvements reste le seul paramètre inconnu. Le plus important est d'avoir une bonne vascularisation et un bon contact osseux respectant les caractéristiques biologiques de la fracture.

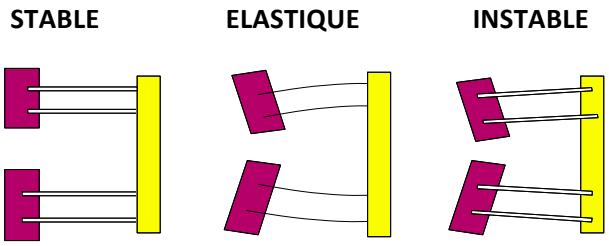


Fig. 2 : Vue schématique des principes mécaniques de l'élasticité et de la stabilité.

(Biomécanique de la fixation externe élastique, MARCEL NYFELER) 7

2) LE MATERIEL OPERATOIRE

Le matériel est constitué : 1) de l'ancillaire : vilebrequin, mandrin, guide pour les fiches, clé en T. 2) d'implants : différents types de fiches. 3) de composants réutilisables après contrôle de qualités : étaux, articulations, barres d'union. Différents montages peuvent être réalisés en fonctions des indications : montage simple en demi cadre, montage en cadre, montage en triangle.

3) LA TECHNIQUE

Nous préconisons une immobilisation de la fracture par un montage simple en demi cadre, avec une barre de fixation courte, reliant deux étaux équidistants de part et d'autre du foyer de fracture, serrés très prêts de l'os, avec 2 fiches par étaux, avec pour objectif final un cal périosté rapidement solide. Pour toutes les fixations externes élastiques, nous avons observé les principes de la

méthode aveugle adaptée à chaque segment osseux (F. Panda, F. Burny, 2005). Depuis 1989, toutes nos fractures diaphysaires, métaphyso-épiphysaires et éphysaires, de tous les segments de membres sont traitées suivant ce principe chirurgical, sauf les fractures non déplacées.

Fig. 3 : Montage en demi cadre élastique réalisé avec le fixateur type Gexfix dans le cadre du lancement de ce fixateur sur le marché mondial (1e étude réalisée en Haïti par Dr Nau & al et présentée à Divonne France 2005) 6

Nous décrivons la technique utilisée pour le tibia, os sur lequel elle a été développée. Le tibia a une forme prismatique triangulaire avec trois faces et trois bords, dont la crête tibiale antérieure. Nos indications sont les fractures diaphysaires ouvertes ou fermées des deux os de la jambe, du tibia seul… L'ancillaire de Hofmann est généralement utilisé ; 2 1/2 fiches Apex de 5mm ou 3 1/2 fiches S40-120-35H comme implants, deux étaux grands modèles (B) et une barre de 8mm comme composants. Le patient, sous rachianesthésie, est installé en décubitus dorsal sur table d'opération ordinaire. Le point de pénétration de la 1ere fiche sur la face interne du fragment proximal est déterminé. Ce point doit être proche du foyer de fracture entre les bords antérieur et interne de l'os. La fiche, introduite perpendiculairement à cette face, a toutes les chances de percer la corticale opposée. Par une incision de 1cm, le chirurgien visse la 1ere fiche ; la pose de l'autre fiche obéit à utilisation du guide et de sa disposition suivant le schéma 1-5 dans celui-ci. Le chirurgien répète les mêmes gestes pour la fixation des deux autres fiches à la face interne du fragment distal. Il monte un étau sur chacun des groupes de fiches et place la barre d'union. Si une réduction à foyer fermée peut être obtenue, l'appareil est bloqué en serrant les vis papillon des étaux. Si la réduction fermée s'avère impossible, le foyer est ouvert à travers une courte incision et la fracture réduite anatomiquement. Les fractures de la métaphyse proximale sont généralement traitées par fixation en triangle avec des fiches transfixiantes proximales et demi fiches distales. Pour une fracture métaphysaire distale, les fiches distales transfixiantes sont implantées dans le calcanéum.

Fig. 4 : Radiographies de contrôle (AP, L, Oblique) post-opératoire du GEXFIX en demi-cadre élastique sur le tibia.

4) METHODE AVEUGLE DANS L'USAGE DE LA FIXATION EXTERNE ELASTIQUE

Cette technique chirurgicale s'adresse aux orthopédistes œuvrant dans des salles d'opérations dépourvues, en per opératoire, de tout système de contrôle radiologique (pas d'amplificateur de brillance, ni d'appareil mobile de radiographie). Le chirurgien devra faire appel à ses connaissances en anatomie topographique, en sémiologie chirurgicale, disposé d'un pouvoir de représentation dans l'espace et d'habileté technique pour une meilleure insertion des fiches dans l'os. En dehors des éléments anatomiques visibles à travers le champ opératoire, il ignore tout des dimensions de l'os dissimulé sous les muscles. Il demeure incapable, pendant l'opération, d'affirmer avec certitude la position exacte de l'implant dans l'os. La qualité de la réduction ne lui sera dévoilée que 24 à 48 heures après l'opération, lorsque seront effectuées les radiographies de contrôle. Toutes ces considérations portent à qualifier cette technique chirurgicale préconisée de Méthode Aveugle. Le chirurgien devra préparer minutieusement l'intervention et sa réflexion s'étendra au-delà du cours normal de celle-ci, en réfléchissant sur des complications per opératoires

prévisibles, afin d'envisager des solutions éventuelles. (F. Panda, F. Burny, 2005).

C. RESULTATS

Plus de 1250 cas de fractures de jambe ont été opérés par cette technique en Haïti. Nous avons revu 350 cas de ces fractures de jambe, dont 279 hommes (79.9%) et 81 femmes (20.1%) avec une moyenne d'âge entre 21 et 60 ans. Les fractures sont en général obliques à 40.6%, transversales à 36.2% et spiroïdes à 23.2%. Ces fractures sont essentiellement des fractures fermées dans plus de 40.0% des cas, suivi de 34.0% de fractures ouvertes de type 1 et de 26.0% de fractures fermées avec contusion cutanée.

La majorité des cas ont été opérés durant les 24 à 48 heures qui ont suivi le traumatisme suivant la Méthode Aveugle. Une radiographie de contrôle a été obtenue dès le lendemain de la chirurgie. Les soins post-opératoires se caractérisent par des compresses stériles autour des fiches jusqu'à assèchement (3 ou 4 jour post-op) suivi d'un nettoyage quotidien au niveau des fiches jusqu'à l'ablation du matériel. Plus de 79.0% des cas ont été traitées d'emblée par la fixation externe élastique et les 21.0% restants ont bénéficié d'un plâtre comme traitement antérieur. Le fixateur externe a été maintenu jusqu'à consolidation dans plus de 79.8% des cas, un remplacement par plâtre a été effectué dans 17.2%, par un clou dans 3.8% des cas et par une plaque dans 1.2%.

D. ANALYSE DES RESULTATS

Les différentes étapes du traitement des fractures de jambe par fixateur externe élastique présentent des pièges et des complications aisément surmontables pour autant qu'ils soient connus. Comme toute ostéosynthèse, il faut considérer :

1) Les complications liées à la fracture ou au traitement chirurgical telles :

a) La nécrose cutanée secondaire à la fracture dans 6% des cas qui apparait après une fracture ouverte de type I ou après une fracture fermée avec contusion cutanée. Loin de constituer une complication de la technique, elle représente une indication. En effet, au moment du traumatisme, il est difficile de juger de la viabilité et de l'état de la peau en regard du foyer de fracture. Après une ostéosynthèse interne ou un traitement conservateur par plâtre, l'évolution vers la nécrose aurait pu avoir des conséquences graves que l'usage du fixateur a permis de contrôler favorablement.

b) Une infection au niveau du foyer de fracture a été retrouvée dans 2.3%. Les recherches sur la survenue de cette complication, nous ont permis de comprendre l'importance du délai préopératoire sur l'incidence du sepsis : plus la fracture est traitée précocement moins cette complication est observée.

c) Dans notre étude, les retards de consolidation et les pseudarthroses (4.6% des cas) se retrouvent plus fréquemment dans les fractures ouvertes de type I.

d) La raideur articulaire est relativement rare au cours du traitement par fixation externe élastique ; elle est plus fréquemment observée en cas d'infection.

e) L'incidence des fractures itératives est négligeable due au fait de la bonne qualité mécanique du cal périosté obtenu par le montage élastique.

2) Les complications liées la à méthode de fixation externe.

a) Les lésions vasculo-nerveuses sont exceptionnellement observées dans notre étude.

b) Les fractures sur trous de fiches et les ruptures de fiches sont quasi-inexistantes dans notre série. A noter un cas de déformation plastique des fiches proximales chez un patient porteur d'un fixateur élastique ayant eu une chute à moto.

Fig. 5 : déformation plastique de la fiche proximale P1 et réaction aux fiches distales chez ce patient en fin de traitement résultant d'une à moto avec son fixateur.

c) Par contre des réactions de rougeur, d'écoulement séreux, d'ostéolyse (réactions au point de pénétration des fiches) sont souvent rencontrées et surestimées. Elles sont facilement évitées et contrôlées par des soins réguliers des fiches consistant en un nettoyage régulier de l'orifice d'entrée des fiches, une alcoolisation journalière à l'alcool isopropylique 70% et un contrôle médical chaque 15 jours. Même au sein d'une frange de notre population qui vit dans des conditions d'hygiène précaires, cette complication a pu être contrôlée par une bonne éducation de nos patients.

Le résultat anatomique final a été excellent dans plus de 90.6% de nos cas ; une déviation axiale est notée dans environ 3.7% des cas de fractures spiroïdes simples localisées au niveau de l'extrémité inferieure du tibia.

Une revue de la littérature internationale, en se référant aux nombreuses publications de ces 30 dernières années (1979-2009) révèle que la fixation externe et particulièrement la fixation externe élastique préconisée par le Pr. F. Burny reste et demeure toujours d'actualité parmi les méthodes de traitement des lésions osseuses traumatiques diaphysaires du tibia 1, 2, 3, 6.

CONCLUSION

Malgré tous les efforts réalisés durant ces dernières années, en ce qui a trait à la construction de nouvelles infrastructures hospitalières en Haïti, nous constatons que le pays risque de demeurer encore longtemps sans équipement chirurgical moderne. Il faut cependant léguer aux jeunes chirurgiens que nous formons un instrument de travail ayant fait ses preuves et qui peut les aider à traiter les lésions osseuses partout où ils seront affectés. C'est pourquoi, malgré son encombrement spatial, le fixateur externe qui présente l'avantage d'être polyvalent, recyclable, multidimensionnel, réversible et d'installation facile reste un instrument de choix dans notre arsenal thérapeutique limité.

ORIENTATION BIBLIOGRAPHIQUE

1- *BURNY F. Hoffmann External Half Frame Fixation in" Current Concepts of External Fixation of fractures" Springer-Verlag, 1982*

2- BURNY & AL, Les Fractures Simples du Tibia traitement par fixation externe élastique dans « Compte rendu des 7emes Journées Internationales du fixateur externe de Hoffmann » Montpellier, 1980

3- BURNY & AL, Elastic External Fixation of tibial factures The William and Wilkins Co, 1979

4- F. Panda Mbutu, La Fixation Externe des Fractures et des Ostéotomies en RDC. Thèse pour obtention du grade d'agrégé de l'enseignement supérieur. 2005

5- Dana C Mears, External Skeletal Fixation. 1983

6- F. Burny H. Duverseau B. Nau, The 3rd Conference of International Society for Fracture Repair (ISFR-92) Sep 24-26, 1992. External Fixation In developing countries

7- Marcel Nyfeler Ingenieur Biomecanicien Suisse Concepteur du Hoffmann 2 et du Gexfix. Meeting de Divonne (FRANCE) 2005.

Bernard Nau, MD, 2015

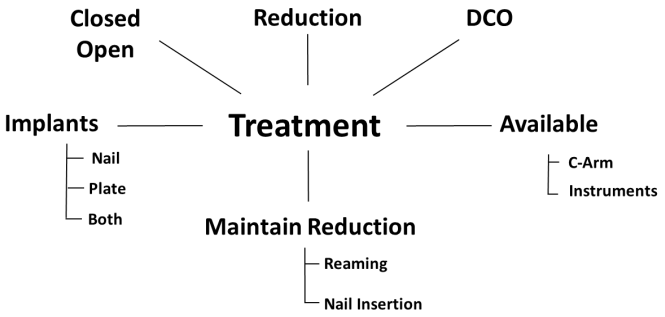
Professeur d'orthopédie à l'UNDH,
Membre international de l'AAOS,
Membre de la SICOT, FICS
Membre de la Commission Médicale Mondiale de la FIVB
Membre fondateur de la Commission Médicale de la NORCECA

SUBTROCHANTERIC FRACTURE TREATED BY SIGN TECHNIQUE

Lewis Zirkle, 2015.
SIGN President and Founder

INTRODUCTION

The subtrochanteric fracture is unique. The fracture occurs at the junction between cancellous and cortical bone. Tension and compression forces deform the fracture site. These forces must be neutralized by stabilization of the nail – bone construct. Subtrochanteric fractures comprise 10 – 34% of all fractures, with non-union rates as high as 40% in different series. There are many different opinions about methods of stabilization and open reduction versus closed reduction. Availability of C-arm imaging plays a role in this decision.



TREATMENT RECOMMENDATIONS

Stability of the fracture is provided by:

1) Reduction – Reduction plays an important role in the stability of the construct.

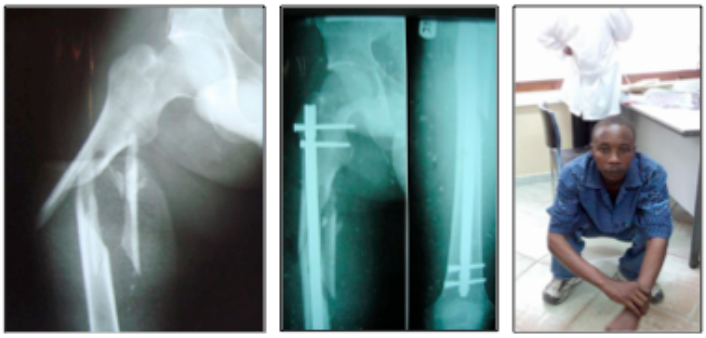


Fig. 1-3: A very unstable fracture treated with proper reduction and fixation.

2) Stability of the Construct – Stability is provided by the implant and bone as a unit. There are many variables which must be considered. The number of interlocking screws and the position of the IM nail both play important roles. Two proximal interlocking screws provide optimum stability in the SIGN construct. The nail should be placed through the tip of the greater trochanter between the junction of the posterior 3rd and middle 3rd of the tip of the greater trochanter. The nail should then be inserted so it is adjacent to the lateral cortex of the femur.
3) The SIGN Plate – The SIGN Plate has apertures which connect the interlocking screw with a bicortical screw distal to the fracture. This provides additional stability.

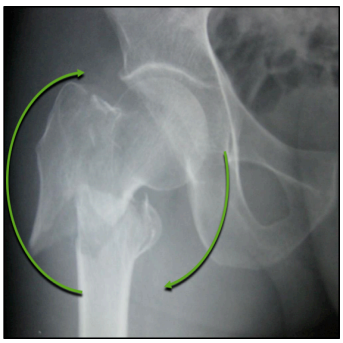


Fig 4: Subtrochanteric fracture showing displacement by tension forces.

Fig 5: SIGN plate used with the SIGN construct to stabilize the fracture.

Fig 6: Stability is maintained at 3 months after injury.

Weight-bearing is allowed after 6 weeks but the patient is encouraged to use crutches the day after surgery using partial weight bearing.

SPINE TRAUMA

Zachary Child, MD. 2014

Care of the spine injured patient can seem like navigating a minefield of danger. However, simple principles guide its management and it all begins with the origin of each new patient encounter. The trauma patient deserves an approach much different than a patient with low back pain. Equally important is the mechanism of injury! A ground level fall in an elderly person can convey a much different energy to a patient than a motorcycle accident victim. It is not only a different mechanism but also a different host.

There are common means for assessing and clearing the cervical spine. NEXUS (National Emergency X-Radiography Utilization Study) was a very large, federally supported, multicenter, prospective study as well as the Canadian cervical spine criteria, whose conclusions were very similar and state that [1, 2]:

1) After blunt cervical spine trauma the patient may be cleared if:
    a) Glasgow coma score is 15;
    b) Not consumed intoxicants or drugs;
    c) No serious distracting injuries;
    d) No signs or symptoms become apparent on cervical exam:
        - Midline tenderness or pain;
        - Impairment to full range of active movement;
        - Referable neurological deficit.

2) If the patient does not meet all the above criteria, then they require a three view cervical x-ray series, adding a swimmer's view if the lateral view doesn't include the C7/T1 interface [3] (Fig. 1).

3) If the patient has a head injury with altered sensorium, is intoxicated, or has been given potent analgesics, then the cervical spine must remain immobilized until the clinical examination becomes possible [4].

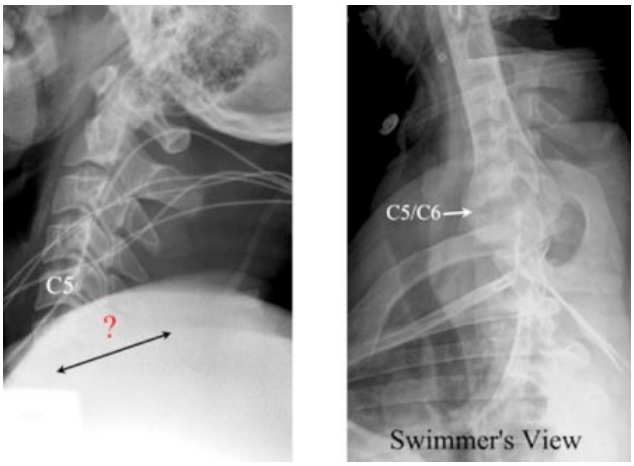


Fig. 1 : In this x-ray you can only see down to C5 but in the swimmers view you can see a unilateral facet dislocation and anterior C5 on C6 listhesis (Image used with permission via Medscape).

For assessing and communicating the initial exam of the patient with a spine or spinal cord injury, the American Spine Injury Association (ASIA) and International Spinal

Cord Society put out this helpful intake sheet[1] which we need to include in the chart of all spine traumas consults

as a baseline assessment tool. Also, diligent reporting of neurologic status is very important especially at baseline so that we can plot the trajectory of these patients as they evolve – raising or lowering our urgency in dealing with them.

And what is requires is that we follow the following steps in classifying injury. While some patients may require an interpreter to speak Spanish, Chinese etc., this is the language of spinal cord injury and it is the language we share in the team of caregivers. This all printed on the American Spine Injury Association (ASIA) intake sheet as well as an explanation [5].

---

[1] *Reference 1Buck Christensen, National Emergency X-Radiography Utilization Study (NEXUS), Updated: Dec 08, 2014 –*
2) http://emedicine.medscape.com/article/2172528-overview
Canadian cervical spine criteria - https://www.mdcalc.com/canadian-c-spine-rule
3)http://www.asiaspinalinjury.org/elearning/isncsci_worksheet_2015_web.pdf
4)http://asiaspinalinjury.org/wpcontent/uploads/2016/02/International_Stds_ Diagram_Worksheet.pdf

1) Determine the sensory levels for both sides (ABSENT, ALTERED or NORMAL)
2) Determine motor levels for right and left.
3) Determine Neurologic level of Injury – that is: the most caudal segment with intact sensation and antigravity strength. (thoracic levels with no myotome=sensory level)
4) Complete or incomplete – PRESENCE OR ABSENCE OF SACRAL SPARING
5) ASIA Grade ?
    a) Complete? = ASIA A;
    b) Fully intact? = ASIA E;
    c) If at least half of motor function below the neurological level of injury are 3 or better, then ASIA D;
    d) If Not ASIA C, a complete motor with spared sensation is ASIA B

C1 RING FRACTURES

Incidence of contiguous and non-contiguous injuries is 33-70%. As a general rule of thumb these are nonoperative fractures. However, if widening of the lateral masses is seen then Halo immobilization is indicated.

CAUTION! Scrutinize the lateral x-ray for any signs of occipital-cervical dissociation, which could be associated with the injury. If there is any widening of the occiput-C1 or C1-C2 joints then no traction should be applied with the halo (fig. 2) .

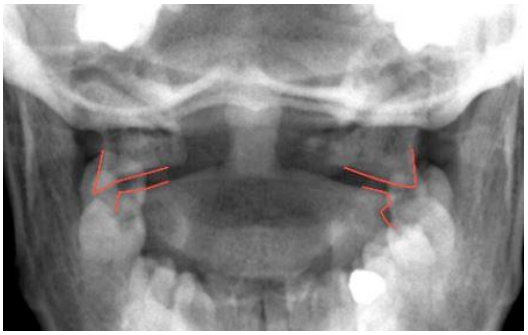


Fig. 2 : **Rule of Spence on Open Mouth X-ray**: If there is overhang of the combined lateral mass of C1 on C2 is greater than 7 mm suspect transverse ligament injury. This is an unstable injury pattern and can lead to deformity or neurologic injury (Image courtesy of Carlo Bellabarba)

CERVICAL FACET DISLOCATIONS

Cervical facet dislocations are somewhat common and need to be reduced. They are reduced under cervical traction via Gardner-Wells tongs often requiring up to 100-130 lbs. of weight. I usually start at 50 lbs. and follow with fluoroscopy but x-rays may be necessary if that is all you have. Weight is applied until the facets disengage and then the spine is realigned. Then weight is slowly removed and they are hopefully reduced. Once reduced these dislocations should be managed in a halo vest for six weeks or operatively treated (fig. 3).

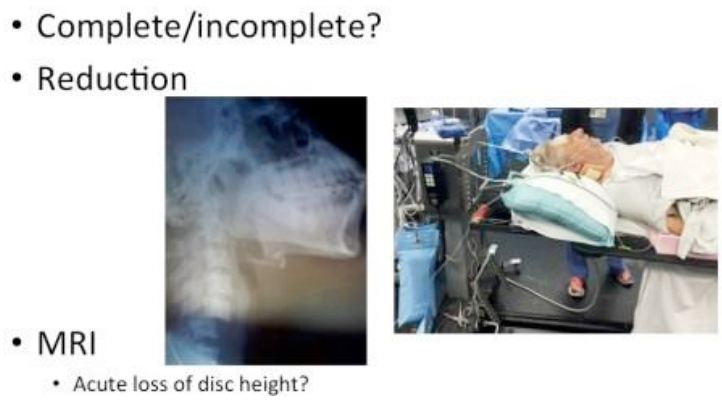


Fig. 3: Cervical facet dislocations

HALO VEST (fig. 4)

1) Advantages:
    a) Solid external stabilization of the cervical spine
    b) Ease of application
    c) Low complication rate
    d) Minimal patient discomfort
    e) Early patient mobilization

2) Disadvantages:
    a) Pin loosening
    b) Pin site infections
    c) Lower cervical motion

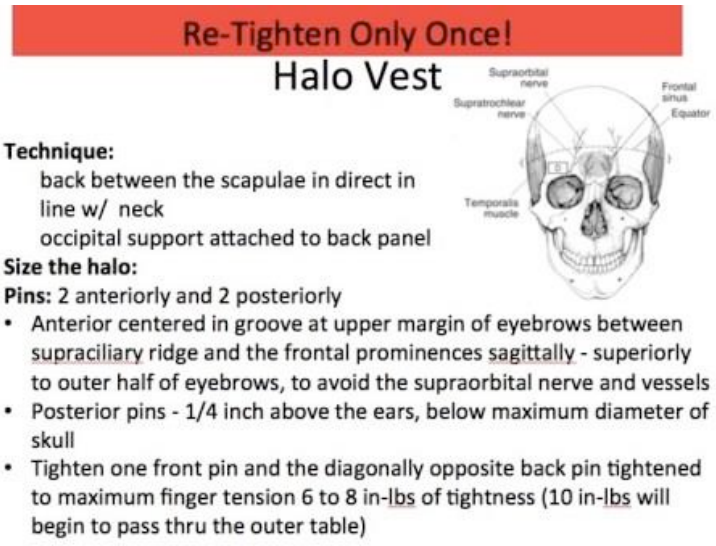


Fig. 4: Technique of Halo vest

THORACO LUMBAR FRACTURES

Finally, thoracolumbar fracture is a complex topic. The TLICS (Thoracolumbar injury classification and severity) scoring system is a very helpful model to at least think about these fractures and triage your treatment. I want to remind you of the hopefully familiar 3-column model of Denis which is a good start for conceptualizing spinal stability [6, 7]. With the anterior column comprising the ALL and 2/3 of the body, the middle includes the PLL and the posterior 1/3 of the body and the posterior element creating the 3rd column. And the take home message here is that in terms of global stability we are trying to determine the stable from the unstable injuries (fig. 5).

En lieu of surgical treatment there are options for treating a potentially unstable spine such as bracing and casting. Casts are very effective at immobilizing the thoracic and lumbar spine down to L3. Immobilizing the low back below L3 requires a thigh extension to the brace.

TLICS	3 independent predictors		
1 **Morphology** immediate stability	- Compression - Burst - Translation/rotation - Distraction	1 2 3 4	- Radiographs - CT
2 **Integrity of PLC** longterm stability	- Intact - Suspected - Injured	0 2 3	- MRI
3 **Neurological status**	- Intact - Nerve root - Complete cord - Incomplete cord - Cauda equina	0 2 2 3 3	- Physical examination
Predicts	- **Need for surgery**	0 – 3 4 > 4	- nonsurgical - surgeon's choice - surgical

Fig. 5 : Thoracolumbar injury classification and severity scoring system (TLICS From Vaccaro et al)

REFERENCES

1. *Vaccaro AR, Zeiller SC, Hulbert RJ, Anderson PA, Harris M, Hedlund R, et al. The thoracolumbar injury severity score: a proposed treatment algorithm. J Spinal Disord Tech. 2005;18:209–15*
2. *Holdsworth F. Fractures, dislocations, and fracture-dislocations of the spine. J Bone Joint Surg Am. 1970;52:1534–51*
3. *Johnson RM, Hart DL, Simmons EF, Ramsby GR, Southwick WO. Cervical orthoses. J Bone Joint Surg (Am) 1977;59-A:3.*
4. *Bohlman HH. Acute fractures and dislocations of the cervical spine. An analysis of three hundred hospitalized patients and review of the literature. J Bone Joint Surg Am 1979;61:1119–42*
5. *Roaf R. A Study of the Mechanics of Spinal Injuries. Journal of Bone and Joint Surgery-British Volume 1960;42:810–23*
6. *Internet reference: http://reference.medscape.com/features/slideshow/c-spine#5*
7. *Duane TM[1], Mayglothling J, Wilson SP, Wolfe LG, Aboutanos MB, Whelan JF, Malhotra AK Ivatury, RR National Emergency X-Radiography Utilization Study criteria is inadequate to rule out fracture after significant blunt trauma compared with computed tomography. J raum. 2011 Apr;70(4):829-31. doi: 10.1097/TA.0b013e31820ea6b3.*

Zachary Child, MD. 2014
Assistant Professor Department of Orthopedic Surgery
Spine Surgery and Musculoskeletal Oncology
University of Texas Health Science Center San Antonio
7703 Floyd Curl Drive, MSC-7774
San Antonio, TX 78229
childz@uthscsa.edu Cell 505-314-6929_Pager 210-513-0216

RUPTURE BILATERALE DU TENDON PATELLAIRE, A PROPOS D'UN CAS

H. FAHIM, MD. 2017
Service de Traumatologie Orthopédie
Centre Hospitalier Provincial Mohamed V. Séfrou, Maroc

RESUME

Les auteurs rapportent un cas de rupture bilatérale post traumatique des tendons patellaires chez un jeune patient de 40, sans antécédents particuliers survenu suite à un accident de la voie publique. Il a bénéficié d'une réparation chirurgicale faite de sutures trans osseuses et de repositionnement de l'appareil extenseur par un fil de cerclage métallique. Le réglage per opératoire de la hauteur de la patella et l'éviction de forage de tunnels trop postérieurs au niveau de la patella sont deux impératifs techniques garanties de meilleurs résultats.

MOTS CLES : Rupture tendon patellaire bilatéral.

ABSTRACT:

The authors report a case of bilateral post-traumatic rupture of the patellar tendon in a young patient 40, No special ATCDS occurred following an accident the road. He underwent surgical repair made trans osseous sutures and repositioning of the extensor apparatus with a cerclage wire metal. Intraoperative setting the height of the patella and the ouster of tunneling too later at the patella are two technical requirements guaranteed better results.

KEYWORDS: Bilateral patellar tendon rupture.

INTRODUCTION :

Les ruptures bilatérales des tendons patellaires sont exceptionnelles. Elles se voient surtout chez les individus à partir de 50 ans et aussi chez les sujets soumis à un traitement prolongé par les corticoïdes ou souffrant d'une maladie systémique. Cependant ces lésions peuvent aussi survenir chez des sportifs ou lors d'un accident de la voie publique (AVP). Nous rapportons un cas d'un jeune patient victime d'un AVP

OBSERVATION :

Il s'agit d'un patient âgé de 40 ans, chauffeur de profession, sans antécédents pathologiques particuliers, qui a été victime d'un traumatisme direct sur la région infra-patellaire, les genoux étant fléchis à 90°. Cela a occasionné une douleur vive au niveau des deux genoux, avec une impotence fonctionnelle totale. Le patient a été transféré immédiatement au service des urgences. L'examen clinique a montré :

a) Une ouverture cutanée bilatérale au stade I de Couchoix et Duparc.

b) Un œdème et des douleurs aux deux genoux.

c) Pas de laxité frontale, sagittale ni rotatoire.

d) L'élévation active de la jambe tendue est mécaniquement impossible.

L'extension passive est complète, la flexion est limitée à 90° par la douleur et une appréhension. La palpation du pôle inférieur de la rotule est douloureuse. Une solution de continuité est palpée dans le tendon rotulien, directement sous la rotule.

Fig.1 : Radiographies du genou gauche (patella alta fracturée)

La radiographie de profil montre une ascension de la rotule. L'incidence fémoro-patellaire montre une rotule en lever de soleil (Fig.1).

TRAITEMENT :

Sous rachi-anesthésie, l'exploration chirurgicale a retrouvé une rupture proximale bilatérale des deux tendons patellaires, associée à une fracture de la rotule à gauche :

a) à gauche, on a procédé à des sutures trans-osseuses au niveau de la patella, protégées par un cerclage métallique amarré au niveau de la tubérosité tibiale antérieure, avec embrochage de la rotule (Fig. 2).

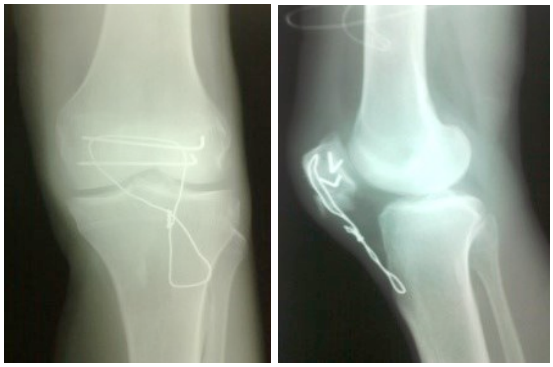


Fig.2 : Radiographies de contrôle

b) à droite, des sutures trans-osseuses du tendon, à travers de tunnels forés longitudinalement au niveau de la patella, ont été faites en position de relâchement tendineux, complétées par un cerclage (Fig. 3).

Fig.3 : Radiographies de contrôle genou droit

Une immobilisation provisoire bilatérale à visée antalgique par une attelle amovible a été prescrite pour une durée de 3 à 6 semaines. Une rééducation immédiate de genou droit a été débutée, mais devant un testing per-opératoire très satisfaisant.

Les suites post-opératoires immédiates ont été simples.

Un traitement anticoagulant a été maintenu pendant toute la durée de l'immobilisation. Le fil de cerclage a été enlevé entre 8 à 12 semaines plus tard, permettant un élargissement du secteur de la flexion jusqu'à 120°, le renforcement du quadriceps et des exercices de décharge au vélo à deux mois, appui total sans béquilles et ce n'est donc qu'au bout de 6 mois environ que le malade pourra reprendre toutes ses activités physiques.

DISCUSSION :

On rapporte peu de cas de rupture du système extenseur du genou. Les auteurs s'accordent pour dire que le tendon rotulien se rompt deux fois moins que le tendon quadricipital.

L'âge moyen de l'atteinte est de 35 à 40 ans. La rupture est le plus souvent le résultat d'un traumatisme, soit pas contraction brutale du quadriceps, soit par choc direct [1]. En revanche, la prise de corticoïdes au long cours et certaines maladies de système sont incriminées dans les ruptures avec un traumatisme de faible énergie ou sans traumatisme [2,3]. Elles peuvent être secondaires après ligamentoplastie du LCA, à la suite d'une arthroplastie totale du genou. Boutayeb et coll. rapportent le cas d'une rupture iatrogène sur clou centromédullaire [4].

La rareté des ruptures bilatérales et la symétrie des signes retrouvés à l'examen clinique peuvent masquer le diagnostic et diminuer la possibilité de comparaison avec l'autre membre. Le diagnostic est en principe assez simple. La clinique montre une extension active impossible. Le patient couché en décubitus est incapable d'élever activement sa jambe tendue. La radiographie montrera, de profil, une ascension de la rotule et en incidence Fémoro-Patellaire une rotule en lever de soleil [5,6,7].

En l'absence de fracture, le diagnostic différentiel inclut la pathologie méniscale, la rupture du tendon quadricipital ou une rupture ancienne. Le diagnostic doit être confirmé par une échographie ou une IRM [5,7].

Le traitement de lésions fermées est chirurgical. Quelle que soit la technique opératoire utilisée, il importe d'éviter à tout prix une patelle baya ou infera iatrogène.

Il est donc nécessaire de contrôler en cours d'intervention, lors de la suture ou de la plastie, que la longueur du tendon rotulien soit égale à la hauteur rotulienne, ou légèrement supérieure. Plusieurs procédés opératoires ont été décrits. La suture simple est possible suivie d'une immobilisation plâtrée. Cette suture peut être protégée comme dans la technique de Mac Laughlin par différentes plasties avec ou sans cadrage métallique

transitoire passé dans la tubérosité tibiale et dans la patella ou par matériel prothétique comme la bandelette de PDS [7,8,9,10]. Dejour utilise le tendon rotulien controlatéral comme autogreffe quand le moignon tendineux est insuffisant. T. Ait Si Selmi et al. utilisent une plastie par le demi-tendineux et le droit interne. Chagar et al. Utilisent une plastie par le droit interne et le quadriceps pour un cas de rupture négligée du tendon rotulien. Le rôle de l'immobilisation temporaire pendant six semaines est discuté, vu les bons résultats obtenus avec des protocoles de traitement chirurgical associé à une mobilisation précoce. Les protocoles de rééducation doivent comporter une rééducation passive précoce, suivie d'une rééducation active dont le secteur de mobilisation s'élargira après ablation du cerclage [11].

CONCLUSION :

La rupture bilatérale de tendon patellaire est rare. L'interrogatoire doit rechercher l'existence d'une tendinite ou d'une maladie systémique. Le rôle de chirurgien serait de trouver un compromis entre la solidité du montage et la nécessité d'une mobilisation précoce du genou.

REFERENCES :

1. *CH. MANSAT, F. BONNEL, J.H. JAEGER, L'Appareil extenseur du genou*
2. *B. Chagar, M. Boussouga, K.-H. Lazrak, H. Taobane. Rupture bilatérale spontanée négligée des tendons rotuliens. A propos d'un cas. Revue de Chirurgie Orthopédique et Réparatrice de l'Appareil Moteur Vol 89 - N° 8 - Décembre 2003 p. 733 - 737*
3. *Rose PS, Frassica FJ. Atraumatic bilateral patellar tendon rupture. J Bone Joint Surg 2001,83-A:1382-6 .*
4. *Boutayeb, M.-F. Amar, A. Elibrahimi, F. Chraibi, L. Ameziane - Rupture iatrogène négligée du tendon rotulien. À propos d'un cas - Journal de Traumatologie du Sport - Mars 2007*
5. *Rupture bilatérale du tendon patellaire chez un footballeur À propos d'un cas : H. Saidi, A. El Bouanani, A. Ayach, T. Fikry - Journal de Traumatologie du Sport - Février 2008*
6. *H. Coudane, P Huttin : Ruptures de l'appareil extenseur du genou EMC 14-081-A-10*
7. *T. Ait Si Selmi, Ph. Neyret et F. Rongieras - Ruptures aigues du ligament patellaire - Approche Pratique en orthopédie-traumatologie (Fractures du genou)*
8. *Traitement des ruptures totales du tendon rotulien. BOGGIONE C. ; MARMORAT J.-L. - Journal de traumatologie du sport 2004, vol. 21, no4, pp. 204-217*
9. *Ramseier LE, Werner CML, Heinzelmann M. Quadriceps and patellar tendon rupture. Injury 2006 :2819-21.*
10. *Mark D, Miller, Richard F, Howard? Kevin D, Plancher, Atlas chirurgical de medicine du sport*
11. *Rééducation et devenir du sportif après rupture du tendon rotulien opéré : L. Savalli, P. Middleton, P. Puig, P. Trouve - Journal de Traumatologie du Sport - Juin 2001*

DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DES GOITRES ET DES NODULES THYROÏDIENS BÉNINS

Stéphanie FELIX, MD*. Patrick JEAN-GILLES, MD**. 2015
*Résident de 3e année ORL/HUEH
** Chef de service ORL/HUEH

RESUME

Le diagnostic et la prise en charge des goitres et des nodules thyroïdiens bénins reposent sur la clinique et les résultats des examens paracliniques. Parmi ces derniers, on peut citer la cyto ponction à l'aiguille fine (BAAF), l'examen anatomo-pathologique extemporané (per opératoire et post opératoire). Généralement, ils sont peu ou pas accessibles dans le service ORL-CCF de l'HUEH. Cette étude montre que les femmes sont trois fois plus touchées que les hommes dans la tranche d'âge de 40 – 60 ans et que c'est le nodule thyroïdien qui prime face aux autres pathologies. Elle fait ressortir le faible pourcentage de réalisation des examens paracliniques : 20% pour le BAAF et 15% pour l'histopathologie post opératoire (il n'y a pas eu d'examen extemporané). De ce fait, la prise en charge chirurgicale et le suivi n'en sont pas facilités, ce qui est très préoccupant, vu le nombre de patients vus à la clinique externe. L'intérêt de cette étude est d'insister sur l'importance de ces examens paracliniques et d'offrir des pistes de réflexion pour améliorer la prise en charge au niveau du service.

INTRODUCTION

GENERALITES

La thyroïde est la plus grande des glandes endocrines qui a pour rôle la régulation centrale de l'organisme. Du point de vue étio pathogénique, le goitre et / ou le nodule thyroïdien touche le plus souvent les femmes (ratio 4F/ 1H), dans la tranche d'âge allant de 35 à 60 ans d'âge moyen de 40-60 ans). 90 à 95 % des goitres sont bénins. [1, 2] . Les causes d`apparition des nodules sont mal connues.

Le goitre est une augmentation de volume de la glande supérieure à 18 ml chez la femme et à 20 ml chez l'homme qui peut être diffuse ou localisée. Il peut se composer d'un seul nodule qui peut se trouver au niveau de l`un des lobes ou au niveau de l`isthme ; dans ce cas on parle de goitre nodulaire. Il peut se composer également de multiples nodules localisés au niveau des lobes et/ou de l`isthme ; dans ce cas on parle de goitre multinodulaire. Un nodule est une masse ferme qui donne au toucher la sensation d'un corps dur plus ou moins arrondi de la glande qui peut se situer au niveau d'un ou des deux lobes mais également au niveau de l'isthme.

Nous nous proposons de réaliser une étude épidémiologique descriptive des goitres les plus rencontrés dans le service ORL-CCF de HUEH ("goitre nodulaire et multi nodulaire", "nodules thyroïdiens bénins") au cours de la période allant de Mars 2012 à Mars 2013.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic clinique se base sur l'histoire du patient et l'examen physique. Ce dernier portera sur l'inspection et la palpation de la région, pour déterminer son grade [3] . On recherchera des frémissements, un souffle à l'auscultation. Il faut également insister sur la laryngoscopie indirecte afin de voir les cordes vocales et d`éliminer toute lésion apparente.

Le diagnostic paraclinique se compose [3] :

a) Du bilan thyroïdien qui vérifie le dosage des hormones thyroïdiennes (T3, T4) et de la TSH, pour statuer sur la fonctionnalité de la glande [4, 5] ;
b) De la sonographie pour analyser la densité différentielle de la glande, localiser et mesurer les anomalies structurelles. On recherche aussi la présence d`adénopathies cervicales [6] ;
c) De la cytoponction à l'aiguille fine (BAAF) pour connaître la nature bénigne ou maligne du goitre ou du nodule [6, 7, 8 , 9] ;
d) De l'examen extemporané pour guider la technique opératoire et comparer avec le diagnostic pré opératoire [10, 11, 12] ;
e) De la scintigraphie à l'iode 123 ou technétium 99m pour évaluer l'activite de la glande et localiser un eventuel nodule froid ou chaud [13, 14] ;
f) De l'histopathologie post opératoire pour confirmer le diagnostic pré et per opératoire [15, 16].

PRISE EN CHARGE

Elle se base sur la surveillance et la chirurgie. Elle dépend de la grosseur du goitre ou du nodule. Elle peut-être médicale et chirurgicale. Si la masse est inférieure à 2 cm, on fait une surveillance active en contrôlant le bilan thyroïdien, la sonographie chaque 6 mois ou chaque 1 an, selon le cas, et la cytoponction selon l`évolution [17, 18, 19] . Elle est chirurgicale si le nodule ou le goitre est supérieur à 2 cm, avec des signes de compression, ou si le résultat du BAAF est indéterminé ou suggestif d'un cancer. L'intervention, réalisée sous anesthésie générale, peut être une isthmectomie, une lobo-isthmectomie, une thyroïdectomie subtotale bilatérale ou une thyroïdectomie totale. L'ajout d'une dissection radicale du cou est discutable au cas par cas [20, 21, 22] .

La recherche actuelle a pour objectifs de statuer sur l'épidémiologie du goitre bénin (nodulaire et multi nodulaire) dans le service, de déterminer la fréquence de la disponibilité des examens paracliniques et de trouver des pistes de solution pour l'amélioration de sa prise en charge.

MÉTHODOLOGIE

L'etude est descriptive, rétrospective, allant de Mars 2012 à Septembre 2013. Elle concerne les patients vus seulement au service ORL-CCF de l'HUEH. La population couverte est de 194 patients dont 172 femmes et 22 hommes. 56 patients (53 Femmes et 3 Hommes) suivis et traités dans le service ont été inclus. Les critères d'exclusion rejettent tous patients non suivis pour diverses raisons.

Ils ont été questionnés (enquête) sur les raisons de non accès des examens para cliniques.
Nous avons consulté les registres de la clinique externe et également utilisé les cahiers de la salle d'opération de HUEH et du service ORL-CCF de HUEH [24, 25] . Nous avons par ailleurs consulté les archives des différents laboratoires de pathologie de Port-au- Prince (de l'HUEH, du Dr. Mc Intosh, de Bartholi-Debrosse [23] . Nous y avons collecté des données est en rapport avec l'âge, le sexe et le diagnostic.

Dans les articles de référence, nous avons relevé les critères de pertinence des examens para cliniques en rapport avec le diagnostic et la prise en charge des goitres et des nodules thyroïdiens. Ils permettent de faire une comparaison avec l'experience locale.
Une fois ces informations rassemblées des tableaux et des graphiques ont été réalisés sur Microsoft Office Word 2007.

RÉSULTATS

1) Données épidémiologiques générales

Le nodule thyroïdien est la pathologie la plus rencontrée (68%).
Les goitres (nodulaire et multi nodulaire) et les nodules sont plus fréquents chez les femmes (29%) que les hommes (2%).
Le nodule est la pathologie la plus rencontrée.
Le pourcentage de nodule est de 29 % chez les femmes et de 2 % chez les hommes. Le goitre nodulaire est de 9% chez la femme et de 0% chez l'homme.
Les nodules thyroïdiens dominent d'une façon générale mais de façon plus marquée dans la tranche des 35-45 ans. Le goitre lui fait suite en termes de fréquence mais

est prédominant dans une tranche d'âge différente : les 25-35 ans. Enfin le goitre nodulaire est le diagnostic le moins représente et, même s'il dépasse en fréquence le goitre multi nodulaire dans la tranche des 15-25 ans, il a une distribution quasi constante dans les différentes tranches d'âges et diminue sensiblement au-delà de 55 ans.

		Diagnostic			
Sexe	Age	Goitre Multi nodulaire	Nodule Thyroïdien	Goitre Nodulaire	Total
Femme	15-25	1	8	2	11
	25-35	5	7	2	14
	35-45	3	9	2	14
	45-55	2	2	2	6
	55-65	2	2	0	4
	65-75	0	3	1	4
Homme	15-25		1		1
	25-35	1	1		2
Total	14 33	9	56		

Tableau 1 : données générales.

2) Données cliniques

En fonction de la decision thérapeutique, trente-huit pour cent (38%) des 50 cas enregistrés ont été opérés, 56% des cas n'ont pas été opérés, et 6% des cas ont été mis sous surveillance [24, 25, 26] .

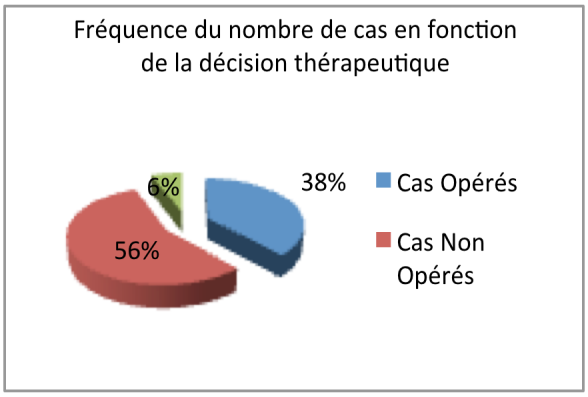


Fig. 1 : Fréquence du nombre de cas en fonction de la décision

3) Répartition des cas enregistrés selon les méthodes diagnostiques

Le bilan thyroïdien et la sonographie cervicale sont les examens les plus réalisés, tandis que la Cyto poncton et l`Histo pathologie ne le sont pas [23, 27] .

Types de cas enregistrés	Méthodes diagnostiques				
	Sono	Bilan Thyroïdien	Cyto ponction à l'aiguille fine	Histo patho	Diagnostic Final
Nodule	21	21	0	0	21 nodules
Goitre (nodulaire et multi nodulaire)	29	29	3	2	G.N:7 G.MN:12 N: 10

Tableau 2 : Fréquence des méthodes diagnostiques.

ANALYSE DES RESULTATS

1) De l'épidémiologie des pathologies thyroïdiennes.

Selon la littérature, les pathologies thyroïdiennes touchent plus souvent les femmes que les hommes, surtout dans la tranche d'âge 40-60 ans. Les nodules représentent les cas les fréquemment opérés (62%) chez les femmes âgées de 40 à 60 ans [28] .

Dans notre série, les femmes l'emportent aussi par rapport aux hommes (18/1), dans la même tranche d'âge et 10 cas opérés sur 19 l'ont été pour des nodules (52,6 %). De ce fait les nodules thyroïdiens sont en première position.

2) Des examens paracliniques :

Au cours de cette étude, on a pu constater que le diagnostic et la prise en charge des goitres (nodulaire et multi nodulaire) et des nodules thyroïdiens bénins posent des problèmes au niveau des examens paracliniques prescrits. Tous les patients ont pu avoir un bilan thyroïdien et une échographie. Néanmoins seul un très petit groupe a pu bénéficier d'une évaluation cytologique et / ou histologique.

a) La BAAF est indiqué en général pour toute hypertrophie ou tout nodule thyroïdien supérieur ou égal à 2 cm, afin de s'assurer de sa nature bénigne ou maligne. Seulement quatre (4/56) patients ont réalisé cet examen. Les raisons évoquées par les patients sont le manque de moyens économiques pour le réaliser, le disfonctionnement du service d'anatomo pathologie de l'HUEH. On demande parfois aux patients d'apporter leurs specimens dans des laboratoires privés. Un nombre important de demandes d'examens est perdu au cours de

ces références. De plus certaines adresses ne sont pas bien indiquées.

b) L'extemporané qui est un examen réalisé en salle d'opération afin d'avoir un diagnostic rapide sur l'histopathologie de la pièce opératoire ne se réalise pas en Haïti faute d'appareil. Cet appareil dénommé Cryostat permet de réaliser cet examen. Aucun service d'anatomo pathologie ne réalise cet examen. C'est pourtant un examen important qui permet au chirurgien de modifier le type d'intervention si le diagnostic est différent à celui du diagnostic pré opératoire et s'il y a présence de cellules malignes.

c) L'histopathologie post- opératoire. Trois (3) examens sur 19 opérés (15,78%) ont pu être obtenus. Il s'agit d'une hypertrophie benigne, d'un goitre multi nodulaire et d'un cancer papillaire.

- Le service d'anatomo pathologie de l'HUEH, durant cette période, a fait face à de nombreux problèmes logistiques. De plus, un nombre important de résultats d'examens délivrés n'ont pas pu être retrouvés au service.
- Un laboratoire à l'extérieur n'a pu identifier que deux (2) résultats de goitre et de goitre nodulaire pour des patients de l'HUEH qui ont apporté leurs pièces.
- Certains patients choisissent de ne pas faire cet examen soit par manque de compréhension de son importance, par faute de moyens économiques, par abandon du suivi post opératoire après bonne évolution de la cicatrice postopératoire, par des problèmes de disponibilité des laboratoires dûe aux surcharges, par conservation deficiente de la pièce opératoire, par egarement de la pièce opératoire.

Tous ces aspects nous montrent les difficultés rencontrées pour l'obtention de ce test très important pour la confirmation du diagnostic post opératoire et pour pouvoir faire une prise en charge adequate du suivi post opératoire du patient. De ce fait, il est d'une idispensable d'encourager les patients à effectuer cet examen et d'en rechercher activement les resultats sutout pour exclure la présence d'un cancer.

3) La prise en charge

194 patients ont été vus en clinique externe, soit pour goitre diffus simple, soit pour un goitre nodulaire ou multi nodulaire. De ce nombre, 56 patients (26%) ont été suivis. De ces 56 cas, 19 (38%) ont été opérés. Un nombre important de patients (62%) ont été perdus de vue (28 cas) d'autres ont été placés sous surveillance (3 cas). De ce fait, une amélioration de la prise en charge s'avère nécessaire en s'adressant aux determinants suivants :

a) Le nombre de cas opérés est trop faible par rapport à la demande (9,79%). Le temps de latence est trop long. Les renvois de patients du bloc pour problèmes logistiques se sont trop souvent répétés, aboutissant à la sidération des chirurgiens et des patients qui ont été chercher ailleurs leurs soins chirurgicaux.

b) Le traitement d'archivage des dossiers laisse à désirer. La perte des dossiers ou des examens exaspère les patients qui discontinuent leur suivi. Certains de ceux placés sous surveillance ne reviennent plus.

c) Certains patients discontinuent leur traitement par peur de l'anesthésie générale ou de mourir durant l'intervention. Les craintes de complications de la chirurgie thyroidienne sont fortes et effraient.

d) Certains patients, une fois l'intervention terminée, ne réalisent pas l'examen ana path et/ou ne reviennent plus pour le suivi.

CONCLUSION

La Cytoponction, l'examen anatomo-pathologique extemporané, l'histo pathologie post opératoire, ainsi que les autres examens paracliniques sont d'un intérêt capital dans le diagnostic et la prise en charge de goitres (nodulaire et multi nodulaire) et des nodules thyroïdiens selon le protocole international et dans le service ORL-CCF de HUEH. Leur accès limité, dans le service, a des conséquences sur la quantité des patients opérés et sur la qualité du traitement. D'où l'importance de mettre l'accent sur leur réalisation.

Trouver des solutions faces aux problèmes des patients rencontrés dans leur suivi s'avère nécessaire pour leur

meilleure prise en charge. Une amélioration de la logistique aux archives et au bloc opératoire faciliterait la planification des interventions face au nombre important de patients en attente. Enfin, la réalisation des examens histo pathologiques extemporanés et en post op à l'HUEH ou ailleurs devrait s'intensifier, associée à une meilleure accessibilité des résultats.

On pourrait élaborer bien longtemps sur le sujet. Toutefois, cette recherche pourrait ouvrir la voie à toute sune serie de dispositions susceptibles d'ameliorer le diagnostic et à la prise en charge de goitres (nodulaire et multi nodulaire) et des nodules thyroïdiens bénins dans notre service ORL-CCF de HUEH. C'est dans cet esprit que nous formulons les propositions suivantes :

Les mesures générales concerneraient d'abord l'information de la population, par les medias disponibles, sur l'épidémiologie du goitre (nodulaire et multinodulaire), des nodules thyroidiens et de l'importance des examens para cliniques. Cette information serait renforcée à partir de cliniques mobiles qui renseigneraient les patients sur la nécessité de fréquenter une institution de santé et de suivre le processus diagnostic et thérapeutique.

Les mesures locales s'orienteraient vers l'informatisation des archives, l'application d'un protocole standardisé, l'accompagnement du patient à travers tout le processus, la diminution de la latence pré opératoire et le maintien du contact avec les services d'histo pathologie.

REFERENCES

1- *http://www.e-sante.fr/nodules-thyroidiens/causes/symptome-maladie/1166 Recherche Google*

3 - *http://sante.dz/jfmc-com/goitre.pdf Recherche Google*
http://medidacte.timone.univ-mrs.fr/webcours/Comite-etudes/ItemsENC/sitelocal/disciplines /niveaudiscipline /niveaumodule/Item241/leconimprim.pdf Recherche Google

4- *http://www.healthcare.siemens.com/immunoassay/systems/immulite-1000-immunoassay-system Recherche Google*

5- *http://www.phytotherapia.eu/informations_medicales.php?num_info=95 Recherche Google*

6 - *http://www.sfendocrine-org-article-item241 Recherche Google*

7 - *B. Royer. Quelle est la place de la cytologie dans la prise en charge des nodules thyroïdiens Les entretiens de Bichot, Endocrinologie, 353 : 94-97*

8 - *B. Conte-Derolx. J.F. Henry, O. Mundler P. Jaquet, T. Brue, P.Carayon, C. De Micco. Goitres et nodules thyroidiens. Janvier 2006 Endocrinologie et Nutrition, vol (243) :1-24*

9 - *http://picclick.com/Unico-S-1100RS-Series-Spectrophotometer-10nm-Bandpass-271210318832.html Recherche Google*

10 - *http://www.passeportsante.net-Meux-fiche Recherche Google*

11- *http://www.med.univmontp1.fr/enseignement/cycle_2/MIC/Ressources_locales/Endocrino /241_thyroide-benin.pdf Recherche Google*

12 - *Christelle Tavergnier. Etude Pronostique Des Nodules Thyroidiens De Cytologie Indeterminée A Suspecte. Universite Toulouse Iii – Paul Sabatier Facultes De Medecine.4 Juillet 2013*

13- *http://www.sfendocrino.org/article/371/item-5-indications-et-strategies-d-rsquo-utilisation-des- principaux-examens-d-rsquo-imagerie-imagerie-thyroidienne Recherche Google*

14- *http://udsmed.ustrasbg.fr/emed/courses/MODULE18/document/scintigraphie_thyroidienne.pdf?cidReq=MODULE18 Recherche Google*

15 - *http://www.lemonde.fr/ameriques/article/2012/01/07/la-presidente-argentine-cristina-kirchner-n- avait-pas-de-cancer_1627116_3222.html Recherche Google*

16- *http://www.chups.jussieu.fr/polys/anapath/Cours/POLY.Chp.4.4.html Recherche Google*

17 - *J. Tramalloni, J.L. Wémeau. Consensus français sur la prise en charge du nodule thyroïdien : ce que le radiologue doit connaître. Elsevier Masson SAS. 2012*

18 - *Tumeurs du corps thyroïde.EMC. Oto-rhino-laryngologie [20-875-A-10. Imprimé par laure gouneaud UNIVERSIT? PASTEUR le vendredi 20 novembre 2009*

19 - *http://rms.medhyg.ch/numero-278-page-108.htm Recherche Google*

20 - *http://infothyro.pagesperso-orange.fr/chirurgieindications.html Recherche Google*

21-*http://www.erasme.ulb.ac.be/page.asp?id=14461&title=La%20robotique Recherche Google*

22 - *http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/thyroide/13649-complications-chirurgie-thyroide.htm Recherche Google*
http://www.medicine-ups-tlse.fr-modul14 Recherche Google

23 - *Cahiers des résultats d`anapathologie en provenance du laboratoire Beaulieu*

24 - *Cahiers des patients opérés en salle d`opération de l'HUEH*

25 - *Cahiers des patients vus en clinique externe au service ORL- CCF de l'HUEH*

26 - *Cahiers des patients opérés au service d'ORL- CCF de HUEH*

27 - *Dossiers des patients vus au service d'ORL – CCF de l'HUEH*

28 - *http://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-quelles-sont-les-causes-de-la-formation-des-nodules-thyroidiens--9898.asp?1=1*

Images

X treme dia

X TREME DIA : ARRACHEMENT DE L'HEMI FACE GAUCHE

Fig. 1 : Arrachement de l'hémi face gauche
(Source : réseaux sociaux)

Les traumatismes maxillo faciaux connaissent une nouvelle étiologie par explosion de la batterie de téléphone portable. Les cas sont de plus en plus reportés [1, 2]. Les dégâts, comme dans cette situation, peuvent être très importants (fig. 1) .

Quelles peuvent être les étapes de la prise en charge ?

Veuillez adresser vos questions et vos réponses sur ***infochir@gmail.com***

PS : *Merci de communiquer les suggestions à Infochir@gmail.com*

REFERENCES :

1- *Le Monde Des batteries qui explosent, du fantasme à la réalité - www.lemonde.fr/.../les-batteries-qui-explosent-du-fantasme-a-la-realite_5024221_4408..*

2- *Gregor Brandy, MONDE, Motorola, Apple, Samsung… La longue histoire des explosions de téléphones*
11.10.2016 - 17 h 08, mis à jour le 11.10.2016 à 17 h 08

Diaporama

DIAPORAMA : FISTULE JUGULO-CAROTIDIENNE POST TRAUMATIQUE

Louis-Franck TELEMAQUE, MD. 2017

Il s'agit d'un patient de 32 ans, victime d'une plaie par balle de calibre 38, qui a traversé le cou de la gauche vers la droite. La porte d'entrée se situe, à gauche, au niveau du 1/3 < du cou (zone I) , jusque au-dessus de l'union du 1/3 interne de la clavicule. La porte de sortie est en postérieur, juste au-dessus de l'épine de l'omoplate droite. Fig. 1 et 2 : porte d'entrée et voies d'abord

Fig. 1 et 2 : porte d'entrée et voies d'abord

Le patient a été vu en consultation trois mois après son accident. Il présentait localement une masse pulsatile, un thrill à la palpation et un souffle à l'auscultation du cou, une limitation de la flexion des doigts de la main droite. Le diagnostic de faux anévrisme cervical, de fistule jugulo carotidienne et de lésion du nerf médian droit fut posé [1, 2, 3] .

Un écho doppler confirma le diagnostic de fistule jugulo carotidienne primitive gauche. La décision opératoire fut prise. La voie d'abord est par une incision sus claviculaire gauche pour dénuder la carotide primitive et la jugulaire gauches, en dessous de la fistule, pour les mettre sur lacs. Une fois sécurisés, une exploration cervicale fut effectuée par une incision branchée sur l'extrémité. Fig. 3 et 4 : Orifices carotidien et jugulaire

interne de la première et remontant sur le bord antérieur du Sterno-Cleido Mastoïdien gauche.

La dissection permit de découvrir la zone du faux anévrisme, remplie de caillots, et les orifices de fistulisation artérielle et veineuse. L'intervention se termina par un pontage carotidien avec une prothèse de Marlex [R] et une ligature des deux bouts de la veine jugulaire. Les suites sont simples avec une récupération progressive de la flexion des doigts de la main droite.

Fig. 4 et 5 : Pontage carotidien et post-op

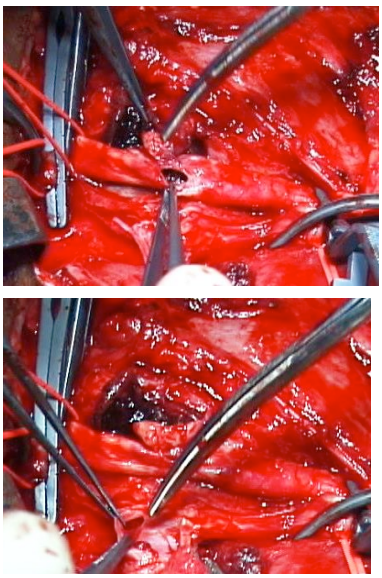


Fig. 3 et 4 : Orifices carotidien et jugulaire

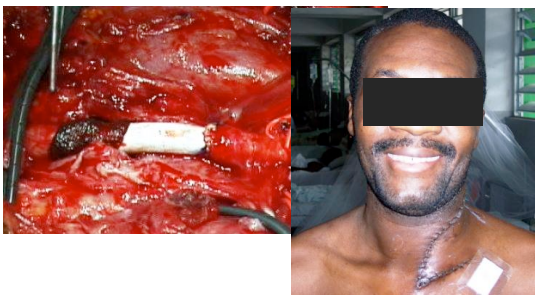


Fig. 4 et 5 : Pontage carotidien et post-op

REFERENCES

1- A. Vendrell, F. Tahon, Eker, K. Boubagra, A. Vasdev - Imagerie actuelle des lésions traumatiques des troncs supra aortiques- Clinique Universitaire de neuroradiologie et IRM Grenoble.

2- X. de Kerangal - F. Koskas - Traumatismes vasculaires – Chirurgie Vasculaire - Hôpital du Val de Grâce, ParisService de chirurgie vasculaire ; La Pitié-Salpétrière, Paris

3- E. C. Esareo, S. D Raoua, H. L. Effort, K. T Azarourte - Plaies pénétrantes du cou. Urgences 2012

Dossiers

INTEGRATED COLLABORATIVE SHORT STAY TRAUMA CENTERS

Lewis Zirkle
SIGN President and
Founder

Advantages

The number of road traffic accidents is increasing rapidly throughout the developing world. Hospital wards are now filled with patients awaiting surgery. The longer the fracture is allowed to heal before reduction and stabilization, the longer the operation lasts. If the patients are operated on a timely basis, the operation takes less time and more patients can have surgery. The results are much better if the patient's fracture is stabilized early.

Earthquake Preparation

We must face the fact that Haiti lies over active earthquake faults. I believe that earthquake preparation begins years before the earthquake by surgeons learning the principles of trauma treatment and being provided the instruments to implement their education. SIGN responded to the earthquake by taking SIGN sets to different hospitals throughout Haiti when requested by surgeons in these hospitals. SIGN has continued to visit Haiti and has a very high opinion of the surgeons from Haiti and their ability to handle trauma patients A trauma center which is structurally stable and earthquake-proof would have a stockpile of surgical supplies. This trauma center would have protocols which can be enacted at the time of an earthquake. This trauma center would provide optimum surgical care for patients during the present and would be prepared to treat patients as needed during a disaster.

Complex Surgery and Deformity

A trauma center would be a center for treating complex fractures as well as deformity correction. The center would work with existing hospitals and surgeons which provide this service. The center should be a joint effort of all surgeons and hospitals in Haiti. I have observed an increase in the surgical skills and enthusiasm for learning in the surgeons from Haiti.

OSTEOMYELITIS IN HAITI, A MAJOR PUBLIC HEALTH CONCERN

Ron Israelski, MD. 2014

INTRODUCTION

Attached for your consideration is a small abstract outline in basic non distinct terms for our goals to collect data to determine disease burden of osteomyelitis to Haiti. Feedback appreciated. We hope that Data obtained from our collaborative work will help to get wider long term support.

Out first big goals are to supply Dr. Mathelier and Osteo clinic support. Dr. Mathelier is looking offsite for temporary site for surgery on OM cases seen at HUEH clinic until we have adequate environment at HUEH to reliably do big Osteo cases there once a week. We so appreciate Dr Mathelier's leadership here. Also general infrastructural/equip support of ortho unit is needed NOW.

While some equipment can be obtained in suitcases and shipments , the path to sustainable support will come from this data to prove the disease burden of OM to Haiti.

While this is occurring in the short term we are working with Linda Melvin, CEO of Charity Mobi and collaborative partner Medishare to help us with C arms and small and large fragment sets that we believe is crucial for day to day ortho trauma care. I hope Dr Pierre Pierre, Dr Telemaque as well as Hippolyte can travel to Atlanta with me this fall to solidify and discuss future support of Ortho unit at HUEH by Charity Mobi.

Christian and Qudsi, please start more robustly to communicate with Carla and Dr Mathelier and residents David and Paul regarding data gathered monthly for inclusion to software database you suggest using. Also with Linda we need further look at application of her tablets with cooperation of Surtab to deliver tablets to HUEH for data collection and real time communication with Charity Mobi of equipment and infrastructural needs.

In conclusion, We look forward to data collection and eventually writing a paper on Disease burden of OM to HUEH and eventually all of Haiti. Hopefully this will lead to greater recognition of this terrible problem for Haiti and result in government and international support. In the meantime, however we need to work together to build up infrastructural capability by obtaining and maintaining equipment. This will support general ortho, Osteo program and help maximize productivity by visiting teams from ORSI, POSNA, SIGN and others.

I look forward to working with you all to ultimately support HUEHs ortho residency and help those that suffer in Haiti.

HYPOTHESIS/PROBLEM.

The high prevalence and incidence of osteomyelitis in Haiti presents a major disease and economic burden to the nation. Proving and presenting data will help make "case for support" for funding programs to decrease the prevalence and incidence of osteomyelitis in Haiti. Programs such as these will have application in Haiti and in other countries with challenged medical delivery systems.

PURPOSE/OBJECTIVES.

1) To quantify the prevalence and incidence of osteomyelitis in Haiti.
2) To determine disease/economic burden to Haiti from osteomyelitis.
3) To utilize data and information from this study to procure funding for teams and to provide clinical, educational, and infrastructural support leading toward sustainability for the osteomyelitis program at HUEH (State Hospital).
4) To develop a program to decrease prevalence and incidence of osteomyelitis in Haiti.
5) To decrease both the incidence and prevalence of osteomyelitis in Haiti.

METHODS.

1) To quantify prevalence of osteomyelitis in Haiti.

. Collect data on existing patients at State Hospital. This will include the clinics, emergency room, the wards, and the operating room.

. Develop software platform to collect, collate, and analyze data for use at State Hospital and other centers.

2) To quantify the incidence of osteomyelitis in Haiti.

. Collect date on new emergency room and clinic patients at State Hospital.

3) To determine disease/economic burden to Haiti from osteomyelitis.

To determine disease burden of osteomyelitis in Haiti.

a) To determine disease burden of osteomyelitis in Haiti.

. Need evaluation tools to show impact on quality of life, longevity, and overall health.

. Need to use data on cases collecte/questionnaires/prior medical records.

. Need evaluation tools to show impact on quality of life, longevity, and overall health.

. Need to use data on cases collected/questionnaires/ prior medical records.

b) To determine economic burden of osteomyelitis on Haiti. This is to the hospital, the individual, and the state.

. Hospital - Data collected on prevalence of osteomyelitis will be used to determine hospital costs, to care for patients on the wards, in the emergency department, the clinics, and operating room. In calculating these costs, we will include costs of equipment, infrastructure, human recourses, etc.

. Individual - Mechanism to determine work capacity of these patients given available jobs in Haiti, given their functional disability; then determine lost wages.

. Determine levels of education loss from osteomyelitis and how it equates to individual financial stability. Osteomyelitis is a major cause of loss of education, therefore, likely a loss of economic viability. Data based on prevalence and calculations of lost jobs in adults and the decreased education effect on future children's earning capability.

. Calculate loss of productivity and earning potential of home caretakers for OM patients.

Collect data on earnings potential of this subgroup.

. Consideration of earnings by death by virtue of late-stage OM and secondary comorbid conditions.

From the above, we will calculate the increased loss of dollars from the healthcare system to determine the cost to society and the percent of the economy affected. We can then compare economic impact to other major government supported disease entities (i.e., HIV, cholera, drug-resistant TB) and, if numbers support, make "case for support" and use this information to obtain government/societal support.

4) To decrease both the incidence and prevalence of osteomyelitis in Haiti. This will be done by developing a program that will decrease both the incidence and prevalence of osteomyelitis in Haiti. The components to the program are as follows.

a) Public education
b) Primary care orthopaedics.
c) Centers of excellence for the treatment of advanced osteomyelitis cases.

"a" and "b" are preventative measures and will decrease the "incidence" of osteomyelitis cases in Haiti. "C" will address existing cases and just effect the prevalence of OM in Haiti.

The purpose of "a" public education is to prevent soft tissue infection, which leads to osteomyelitis. The purpose of "b" primary care orthopaedics is to prevent the incidence of bone infections from soft tissue infections through a primary care treatment model. The purpose of "c" a center of excellence for treatment of advanced osteomyelitis will serve to decrease the prevalence of advanced osteomyelitis cases by treating advanced osteomyelitic conditions at centers of excellence.

CONCLUSION

Overall, it is crucial that the prevalence and incidence of osteomyelitis in Haiti is quantified, that the effect on quality of life and economics for the nation is determined, and that implementation of multidisciplinary approach to prevention of incidence of soft tissue infections and bone infections occur through a well-thought out, integrated program, as above, which will include public health, primary care, orthopaedics (non-surgeons), and specialized treatment centers.

Comité central

Comité de direction

Louis-Franck Télémaque, Coordonateur
Eunice Dérivois Merisier, Coordonnateur adjoint
Jean Alouidor, Éditeur
Geissly Kernisan, Rédacteur
Jean Marie Eustache, Trésorier
Claudine Jolicoeur, Trésorier adjoint
Sosthène Pierre, Relations publiques

Comité de lecture

Claude Paultre, Membre
Georges Beauvoir, Membre
Frédéric Barau Déjean, Membre
Dr Sylvio Jr Augustin, Membre
Dr Jean-Marie Georges, Membre
Dr Patrick Dupont, Membre

Comité scientifique

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

HMS Hospital & Medical Supplies S.A.

HARTMANN

Indications :

Hydrosorb® comfort est utilisé pour le recouvrement des plaies en phase de bourgeonnement, d'épithélialisation et pour ramollir, hydrater les tissus nécrotiques. Traitement des plaies de brulures de plus de 2eme degré.

Specifications :

Hydrosorb® comfort pansement hydrocellulaire en gel, stérile, transparent, à base de polymères de polyuréthane hydrophiles.
.Hydrosorb® comfort peut absorber les sécrétions, tout en assurant l'humidité de la plaie. Le milieu ainsi constitué stimule la cicatrisation de la plaie.

Avantages :

Hydrosorb® comfort comprend un film adhésif et hypoallergénique rendant superflu un matériel supplémentaire pour la fixation.
Hydrosorb® comfort n'adhere pas à la plaie, et peut etre retiré sans laisser des résidus. Ses propriétés permettent une inspection de la plaie à tout moment, sans avoir à le renouveller. Lors du changement de pansement l'évaluation de la plaie ne nécessite pas de nettoyage.

Applications :

Choisir la taille d'Hydrosorb® comfort de facon à ce que le pansement dépasse des bords de la plaie de 1 à 2 cm. Retirer la feuille bleue de protection se trouvant au dos du pansement, appliquer Hydrosorb® comfort, puis presser fermement pour le fixer. Couper le bord adhésif puis appliquer les parties du pansement en les faisant se chevaucher afin d'assurer une bonne fixation sur les articulations ou les parties arrondies du corps

Hydrosorb COMFORT

LES PROGRES DE LA CHIRURGIE PEDIATRIQUE EN UROLOGIE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AVEC HYPOSPADIAS

Youry DREUX, MD. 2016

INTRODUCTION

L'Urologie a toujours été confrontée à des pathologies dont la prise en charge nécessitait une chirurgie délicate, devant être réalisée par des spécialistes ayant la dextérité et la compétence requises, particulièrement en ce qui concerne le traitement de l'Hypospadias. Plusieurs techniques ont été utilisées comme la muqueuse préputiale (technique de Duckett), le greffon pénien ou le Snodgrass [1, 2]. Actuellement grâce au support d'urologues pédiatriques américains nous avons introduit une nouvelle technique utilisant le greffon de muqueuse buccale pour les hypospadias compliqués et sévères [3].

PATIENT ET TECHNIQUE

Cas d'espèce : il s'agit d'un patient de 9 ans avec une histoire d'hypospadias proximal avec une chordée sévère (fig. 1).

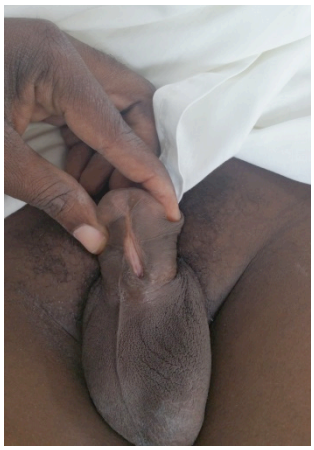


Fig. 1 : Malformation congénitale de l'urètre

La technique stage repair with buccal graft repose essentiellement sur l'utilisation de greffon de muqueuse buccale pour pallier à la longueur de la malformation urétrale et corriger les courbures de chordée supérieures à 30◦ [4] . La chirurgie a été pratiquée en deux étapes (stage repair) sur un intervalle de 6 mois (Fig. 2 à 5).

La première étape consiste en l'apposition du greffon sur les corps caverneux.

Fig. 2 : mise à nu des corps caverneux (degloving) du pénis

Fig. 3 : plicature dorsale

Fig. 4 : mise en place du greffon buccal

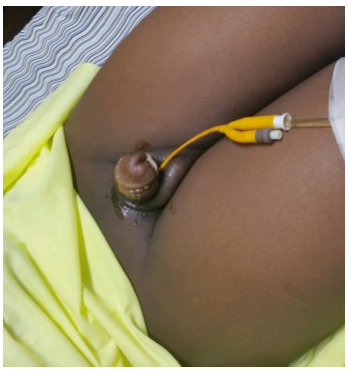


Fig. 5 : J2 post avec greffon en place et Foley a demeure

Au cours de la 2 e étape (6 mois après) le greffon bien implanté sera incisé et tubulisé.

Fig. 6 : incision du greffon complètement fixé.

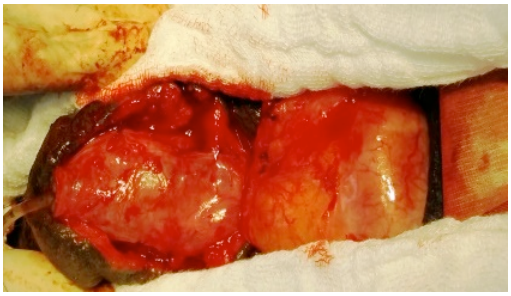


Fig. 7 : couverture de la tubulisation avec un lambeau vaginal

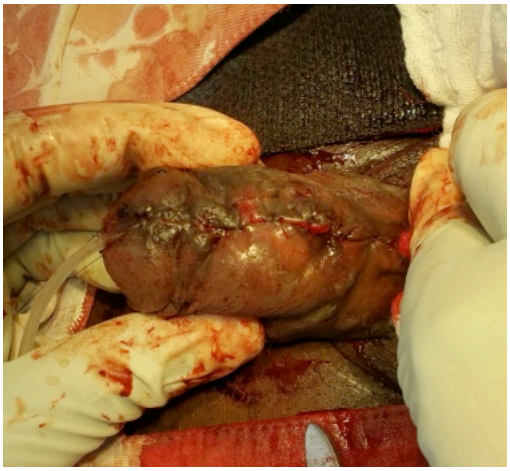


Fig. 8 : fermeture finale de la peau pénienne

RESULTAT

Le patient a gardé un Foley en place pendant 2 semaines puis le cathéter a été enlevé sans difficulté. Maintenant, il urine normalement au niveau du méat urétral reconstruit (fig. 8).

Fig. 9 : miction normale.

DISCUSSION

Cette technique de greffon buccal est indiquée pour les hypospadias proximal avec mauvaise plaque urétrale dont la courbure est >30^0. Cependant, elle comporte certains inconvénients comme la nécessité d'avoir recours à une réparation chirurgicale en deux temps obligeant le patient à rentrer en SOP plusieurs fois.

CONCLUSION

Somme toute, la chirurgie de l'hypospadias reste et demeure une chirurgie minutieuse utilisant diffèrent types de technique chirurgicale, avec un taux de fistulisation urétro cutanée redoutable.

REFERENCES

1- *Alessandrini P. Co-auteurs: Merrot T. - Chirurgie de l'hypospadias : techniques de Mathieu et de Duckett ..... Voies d'abord et difficultés techniques de l'implantation pénienne - Référence Filmed: 98 5402 003*

2- *PAPAREL, Pierre-Yves MURE, Marc MARGARIAN, Axel FEYAERTS, Pierre MOURIQUAND Approche actuelle de l'hypospade chez l'enfant Philippe Service d'Urologie pédiatrique, Hôpital Debrousse, Lyon, France - Progrès en Urologie (2001), 11, 741-751*

3- *Dr Catherine Devries: MD, FACS, FAAP, Professor of surgery (urology) Center of global surgery, University of Utah.*

4- *R. B. Nerli, S. E. Neelagund, Ajay Guntaka, Shivagouda Patil, Siddayya C. Hire math, Sujata M jail, Ritesh Vernekar and Murigendra B, Hiremath - Staged buccal mucosa urethroplasty in reoperative hypospadias.*

Youry DREUX, MD.
Urologue reconstructif,
Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti

VIDEO-LARYNGOSCOPIE ET FIBROSCOPIE

Carlos St Cyr, MD. 2017

INTRODUCTION

L'intubation endo-trachéale, couramment pratiquée au bloc opératoire et aux Urgences, est presque toujours précédée d'une laryngoscopie dite ''directe''. Mais dans de nombreux cas, celle-ci ne permet pas une exposition suffisante de la glotte d'où difficulté d'intubation, de traumatisme des voies aériennes, d'hypoxie ou de report de l'intervention chirurgicale. De plus, la laryngoscopie directe intensifie la réponse physiologique à l'intubation (tachycardie, hypertension artérielle systémique et intracrânienne, hypertension intraoculaire, arythmies). La vidéo-laryngoscopie, actuellement technique de choix pour la gestion de l'intubation difficile, commence à être utilisée pour l'apprentissage de l'intubation et l'on prévoit son emploi en première intention pour les laryngoscopies de routine. Nous nous proposons, d'une part d'analyser la pratique de la laryngoscopie directe et d'autre part, d'évaluer les avantages et les inconvénients de la vidéo-laryngoscopie à partir des expériences faites avec l'Airtraq et le Glidescope.

A- DE LA LARYNGOSCOPIE DIRECTE

1- ***Avantages*** : Coût et simplicité du matériel

2- Limites :

a) Alignement des 3 axes oro – pharyngo - laryngé indispensable ;
b) Extension de la tête presque toujours nécessaire (pas toujours recommandée) ;
c) Réponse physiologique à l'intubation majorée ++++ (↑Fréquence Cardiaque, ↑Tension Artérielle, et autres) ;
d) Exposition de la glotte pas toujours possible ;
e) Risque de trauma des voies aériennes supérieures (VAS).

3- Complications de la laryngoscopie directe

a) Trauma des dents, de la langue, des lèvres ; Maux de gorge ; Laryngospasme ;
b) Dysjonction temporo-mandibulaire/Dissection Retro pharyngée
c) Hypertension/tachycardie - Hypertension intracrânienne - Hypertension Intra oculaire ;
d) Hypoxie / hypercapnie ; Hypoxie cérébrale/dommages cérébraux ;
e) Recours chirurgical aux voies aériennes (trachéotomie, crico-thyroïdotomie) ;
f) Admission aux soins intensifs ou prolongation du séjour aux soins intensifs ;
g) Patient « non-intubable, non-ventilable» ;

B- DE LA VIDEO-LARYNGOSCOPIE

1. Définition : La vidéo-laryngoscopie est une forme de laryngoscopie indirecte dans laquelle le clinicien ne visualise pas directement le larynx. Au lieu de cela, la visualisation du larynx est réalisée avec un laryngoscope à fibre optique ou numérique inséré en trans-nasal ou trans-oral. Les images de laryngoscopie vidéo peuvent être affichées sur un moniteur pour le clinicien, permettant à d'*autres de suivre la procédure qui peut également être enregistrée*. Les images sont agrandies lorsqu'elles sont affichées sur l'écran, ce qui permet un examen détaillé du larynx. Les vidéo-laryngoscopes sont encore appelés vidéo scopes ou glottiscopes.

2. Indications et avantages des video laryngoscopes :

a) Intubation orotrachéale ou nasotrachéale de routine ; Intubation vigile ;
b) Extraction de corps étrangers intra-bronchiques (fibroscope) ;
c) Intubation de patient avec ouverture de bouche limitée ou avec cou bloqué en flexion (fibroscope) ;
d) Intubation de patients avec collier cervical rigide (traumatisés de la voie publique) ;

e) Intubations endo trachéales ou naso trachéales difficiles prévues et non-prévues ;
f) Opérationnels en quelques secondes (sauf pour le fibroscope) ;
g) Vue continuellement claire avec mécanisme antibuée pour empêcher l'opacification de la lentille ;
h) Plusieurs tailles de lames allant de celles pour prématurés jusqu'à celles pour patients obèses morbides ;
i) Disponibles en configuration à usage unique ou réutilisables pour répondre aux exigences des établissements ;
j) Fonction d'enregistrement permettant de garder une image des intubations pour les dossiers des patients (médico-légal) et l'enseignement (pas d'attroupement à la tête du patient) ;
k) Possibilité de confirmer une intubation endo-trachéale par le personnel de la SOP en per-opératoire (médico-légal et sécurité anesthésique) et diminution du risque d'intubation œsophagienne qui, autrement, passerait inaperçue ;
l) Diminution de la distorsion des structures de l'oropharynx et par conséquent du risque de trauma et de la réponse physiologique ;
m) Coût associé à la prise en charge des incidents relatifs à une intubation difficile, à une intubation œsophagienne passée inaperçue, à un décès per-op, à un séjour (prolongé) en SSPI/USI ;
n) Diminution de la pression de levage appliquée à la base de la langue lors de la laryngoscopie (20 N pour MacIntosh : 9 N pour Glidescope) ;

2- Le Glidescope

Fig. 1 : Le Glidescope

Fig. 2 : utilisation du Glidescope

Sur l'extrémité distale du laryngoscope est montée une caméra vidéo numérique avec une source lumineuse. Les images prises par la caméra sont transmises à un petit écran couleur ci-joint qui est placé à côté du patient. Avant l'intubation de départ, on enfile un tube endo trachéal (TET) de taille appropriée sur le stylet. Après avoir sédaté/anesthésié le patient, on introduit le laryngoscope dans la cavité buccale en position médiane. La lame est glissée sur la langue, au-delà de l'oropharynx jusqu'à ce qu'elle soit visible sur l'écran. *En raison de l'angle du laryngoscope, la tête du patient n'a pas besoin d'être placée en extension*. Ceci permet une intubation moins stimulante pour le patient. On utilise l'affichage de l'écran pour positionner la pointe du laryngoscope sous l'épiglotte. Ensuite l'on insère la sonde endo-trachéale avec le stylet dans la bouche avec l'autre main. L'extrémité du TET doit être visualisée dans le moniteur. On introduit le tube endo trachéal entre les cordes vocales. Puisque la tête n'a pas besoin d'extension, l'utilisation de vidéo-laryngoscopie rigide peut être bénéfique lors de l'intubation des patients traumatisés (fig. 1 et 2).

Le Glidescope peut être aussi employé pour intubation naso trachéale (INT). Après avoir appliqué dans la ou les narines un spray ou une solution de Lidocaïne à 1-2% + adrénaline, on introduit le TET dans la narine sélectionnée, en prenant soin de ne pas trop traumatiser la muqueuse nasale. Puis la lame est introduite comme décrit précédemment et dès visualisation du TET et de la glotte, l'INT est faite. En revanche, la caméra est située près de l'extrémité distale de la lame de GlideScope ®. Lorsque correctement positionné, l'appareil joue le rôle de l'œil" de l'opérateur et est situé dans le pharynx du patient. Cela permet à l'image de la glotte d'être projetée sur l'écran, permettant à l'opérateur de voir dans le coin. Le principal avantage conféré par cette technique comprend une meilleure vue de la glotte, sans avoir besoin de déplacer en avant la mâchoire inférieure et réduire le mouvement de la colonne cervicale. En conséquence, il y a moins de réponse sympathique et peut-être moins de pression sur les dents. L'intubation peut aussi être effectuée sur un patient éveillé. Par conséquent, cette technique a un rôle important dans la gestion des voies aériennes.

3- Limites

a) Difficulté à passer le TET. Si les glottiscopes McGrath® et GlideScope® améliorent la qualité de la vision glottique par rapport à celle du laryngoscope de Macintosh, l'intubation trachéale n'est pas toujours plus rapide. La présence de sang ou de sécrétions peut réduire la visualisation ;

b) Le coût est nettement plus cher que celui des laryngoscopes classiques ;

c) Temps de préparation (fibroscope) ; Entretien du fibroscope ; Usage unique : Airtraq ;

d) Angle de vision réduite (Airtraq et fibroscope : sauf si le dispositif d'affichage est disponible).

CONCLUSION

L'utilisation des vidéo scopes a considérablement augmenté depuis la sortie du GlideScope en 2001. Par rapport aux lames classiques (Macintosh/Miller), leur conception unique permet une meilleure vue de la glotte. Au cours de l'intubation, ils diminuent la nécessité de déplacer en avant la mâchoire inférieure ou de manipuler du rachis cervical. En conséquence, la réponse sympathique à l'intubation est moindre et peut-être on observe moins de traumatismes. L'intubation peut être effectuée sur un patient éveillé plus facilement. Les vidéo scopes jouent un rôle important dans la gestion de routine et difficile des voies aériennes. Leur utilisation est relativement aisée et le taux de Cormack-Lehane I ou II (intubation facile) obtenu est élevé même à la première utilisation.

Il existe néanmoins un risque de complications : traumas, difficultés d'intubation, difficultés techniques en relation directe avec l'expérience et les caractéristiques du patient.

Les glottiscopes permettront, en outre, d'enregistrer la laryngoscopie (pour suites médico-légales). Ils permettront d'enseigner de manière plus efficace la laryngoscopie à des groupes de médecins, infirmières ou étudiants. Il faut commencer à se familiariser avec ces nouveaux systèmes d'intubation trachéale. Les glottiscopes ne sont plus que des outils à la mode. Aujourd'hui, ce sont des outils d'intubation qui peuvent sauver des vies dans les situations de gestion difficile des voies aériennes. Ils préfigurent les pratiques de l'intubation trachéale de demain. Durant la prochaine décennie, les glottiscopes vont probablement devenir des outils de première intention pour l'intubation trachéale de routine. Le laryngoscope de Macintosh sera certainement proposé comme une solution alternative dans les situations d'échec des glottiscopes. Leur prix prohibitif (relatif) et leur entretien limitent leur popularisation dans le mieux haïtien mais leur performance dans la gestion des voies aériennes difficiles, leur prise en main facile, leur fonction d'enregistrement de la laryngoscopie et la possibilité d'apprentissage en groupe justifieront leur disponibilité dans les Hôpitaux haïtiens.

BIBLIOGRAPHIE

1- *http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3246588/*
2- *http://www.medscape.com/viewarticle/778629*

QUAND LE MEDECIN ASSISTE AUX FUNERAILLES DE SON PATIENT...

Jacques JEUDY, MD. 2107

Tout ce qui constitue l'éventail académique et professionnel du médecin le rend émotionnellement inconfortable devant le phénomène de la mort. Bien que perçu différemment par le grand public, le médecin voit venir cet événement lugubre soit comme un échec personnel ou tout simplement comme l'effondrement d'un château qu'il croyait jusque-là être solidement implanté. D'où la déception terrible affectant à chaque fois le jeune médecin en entrainement, qui, après avoir passé de longues heures à prendre soin d'un nouveau-né, le voit ensuite passer à trépas ; le jeune chirurgien en formation est aussi tourmenté à chaque instant qu'il perd un patient, victime par exemple d'un traumatisme crânien, pour qui il croit avoir épuisé toutes les ressources de la neurochirurgie. Ce démon de frustration n'épargne nullement les plus expérimentés de la profession ni même les monstres sacrés du temple d'Esculape qui sont assis sur plus de cinquante ans de pratique médicale, tous ceux qui sont censés bien maitriser "les petits secrets et trucs qui sauvent".

Il n'est donc pas surprenant que le médecin, parce que formé à considérer la suprématie ultime de la biologie et de la physiologie sur tout ce qui existe, se sente frustré à chaque fois qu'il n'arrive pas à rétablir et maintenir la constance du milieu physiologique intérieur, seule garante de la conservation du souffle de vie. Plusieurs années d'efforts et de sacrifices dans le domaine médical et scientifique ont beau faire reculer les limites de la mort, sans pour autant être capables de doter l'humanité du gain de l'immortalité. Pour l'instant, et pour longtemps encore, nous aurons certainement à affronter les rigueurs émotionnelles imposées par la fin matérielle de l'homme sur la surface de notre petite planète bleue.

Tout ceci pour rappeler l'expérience émotionnellement douloureuse de l'auteur de ce papier- et probablement de beaucoup d'autres médecins- que le destin a poussé en maintes occasions à accompagner d'anciens patients du parloir funéraire au cimetière, où ils prendront leur dernière demeure. L'émotion sera certainement plus forte si tant est qu'une certaine amitié a eu le temps de se développer entre le malade et son médecin, au travers de plusieurs visites médicales agrémentées très souvent d'un sentiment de confiance mutuelle. Nous devons avouer qu'en maintes occasions nous autres medecins pouvons clairement pressentir qu'une issue fatale est en train de se profiler à l'horizon, sans que le malade en soit toujours conscient ou veuille l'accepter.

Ce sont, en vérité, des moments très difficiles pour le médecin, comme pour le malade et sa famille. Et, quand on aura épuisé toutes les ressources disponibles en Médecine, l'honnêteté et l'éthique professionnelle nous obligent à en venir au moment crucial d'utiliser beaucoup de compassion et de professionnalisme pour délivrer la mauvaise nouvelle.

A ce moment, comme dans un rêve cauchemardesque qui touche à sa fin, la vulnérabilité et la fragilité humaines se dévoilent toutes nues devant le spectre de l'inexorabilité de la mort.

Pour longtemps encore, je me rappellerai les frasques tout à fait funestes de ce matin de Janvier 2010, une quinzaine de jours environ après le terrible tremblement de terre qui a causé la mort de plus de 250.000 de nos concitoyens. Il y avait pour moi un sens d'obligation à payer une dernière visite à l'un de mes anciens malades qui succombait à un cancer très avancé de la prostate, dans cette ambiance particulière d'intense tristesse nationale, et aussi de non disponibilité de structure hospitalière capable de fournir des soins personnalisés, secondaires ou tertiaires. Comme si cela n'était pas suffisant, on ne disposait pas en cette période de parloir funèbre pour une habituelle exposition mortuaire ; il n'y a eu que des pleurs mélangées, traduisant un chagrin profond et une forte frustration...une famille déboussolée qui avait besoin de s'accrocher à quelque chose. Le mot désolation avait une saveur tout à fait particulière et un parfum de fin du monde, pour cette famille éplorée...et tant d'autres.

Il est difficile aujourd'hui de me rappeler toute l'avalanche émotionnelle qui me traversait au moment de mon apparition à l'église. Ce dont je me souviens encore, c'etait le soulagement que ma présence procurait à la famille. Il en émana un sens de vie communautaire, ou tout au moins le sentiment rafraichissant de la beauté de notre humanité sur les échelles de valeur universelle. Le médecin peut valablement jouer le rôle d'une branche à laquelle le malade s'accroche volontiers pour soulager ses souffrances, ou de talisman qui sert de doux réconfort à une famille éplorée. Il est vrai que, dans pareille circonstance, il serait tout à fait inapproprié de faire miroiter la beauté de son résumé, mais d'utiliser plutôt, avec tout son sens d'humilité, la douceur des colombes, enrobée de sincère compassion. Nous autres professionnels de la santé transportons continuellement avec nous les secrets des souffrances et des rêves inachevés de nos patients. Ceci commence déjà au sein du cabinet de consultation médicale, et continue, dans le respect et la compassion, jusqu'aux jours difficiles où la science médicale doit, enfin, s'avouer vaincue devant une détérioration massive et irréversible de l'organisme du patient.

J'ai eu donc, à l'instar de tout médecin en pratique professionnelle pour plus de 15 ans, l'opportunité d'assister aux funérailles d'anciens patients, qui sont maleureusement emportés par des maladies le plus souvent incurables. A côté de l'impression d'échec provoquée chez le praticien, cet événement tient heureusement lieu d'interface entre la réalité de la personne qui s'est confiée à nous pour des soins médicaux et la façon dont nous délivrons ces soins. Devenus témoins des pleurs et de la profonde tristesse qui s'entrechoquent en ces instants funestes, nous autres médecins sommes alors en mesure de réaliser avec beaucoup plus d'acuité que cet ancien malade ne fut pas seulement un être souffrant, perdu dans les affres de ce que nous appelons Maladie, mais un membre chéri d'une famille, ou une mère qui est parfois la seule pourvoyeuse d'une famille de dix personnes.

La réflexion peut être poussée plus loin et nous ramener ainsi vers nous même et notre propre cocon familial, effaçant la distance émotionnelle protectrice et nous poussant à nous mortifier au moyen de ce que les psychologues modernes qualifient de " transférence psychologique".

Mais, de façon plus importante, tout ceci nous permettrait d'apprendre à réarranger le prisme déformé à travers lequel nous persistons à voir les malades. Ceux-ci ne doivent, sous aucun prétexte, être considérés exclusivement comme des souffrants, définis seulement par une terminologie médicale parfois difficile à être déchiffrée par le malade et ses parents. « Science sans conscience, dit le sage, n'est que ruine de l'âme ».

Ainsi, j'encourage les médecins plus jeunes à ne pas manquer l'occasion d'affronter la tristesse et la désolation des parents d'un ancien patient. Aussi stressante que cette situation peut sembler, elle leur permettra non seulement de saisir l'opportunité d'apporter un sincère réconfort dans une situation aussi difficile que la mort, mais aussi d'aiguiser leurs propres outils psychologiques en vue d'une constante redéfinition de leur rôle et responsabilité de médecin au sein de la Communauté.

Dr Jacques M Jeudy

Urologue. Chirurgien de transplantation d'organes

Polyclinique de la Rue Berne

Email: haititransplant@yahoo.com

DE L'INEXISTENCE DES GRANDES QUESTIONS DE BIOETHIQUE DANS LE DROIT HAÏTIEN DE LA SANTE

Israël PETIT-FRERE, PhD. 2016

« La bioéthique, c'est, dit-on, un domaine de réflexion suscité par l'utilisation des nouvelles techniques biomédicales, ayant pour but de concilier recherche scientifique et respect de la dignité humaine » (Guy Durand, 2007).

C'est la définition de la bioéthique qui certainement a été la plus popularisée jusqu'ici, définition qui reflète assez bien d'ailleurs l'orientation et le contenu de cette discipline.

Cependant, la définition que je préfère le plus, et je concèderai volontiers que c'est par pure chauvinisme de métier, car elle a la vertu de rapprocher bioéthique du droit jusqu'à pousser un certain intégriste du Common Law à parler de Bio-Law, est celle-ci :

« La bioéthique est une réflexion pluri disciplinaire qui mène à l'énoncé de certains principes visant à encadrer la pratique et les développements conceptuels des sciences de la vie. Ces principes peuvent inspirer différents ordres normatifs et donc être sanctionnés ».

C'est une définition, à mon sens, majeure, car son auteur, Denis Berthiau, a su harmonieusement mettre dans un creuset l'éthique, le droit et la médecine. On se doit d'y revenir car il faudra vérifier si les fruits ont tenu la promesse des fleurs.

L'éthique est aujourd'hui l'un des concepts les plus utilisés, et certainement le plus galvaudé. Il n'y a rien de plus désolant hélas pour un bio éthicien ou, en tout cas, un passionné de bioéthique que de voir ce concept massacré par les adeptes de valeur conventionnelle.

La bioéthique, ce n'est pas la morale, car en plus d'être trop guindée et globalisante, la morale possède un propre mode de sanction que la bioéthique ne connait pas. L'acte est en effet sanctionné par l'opprobre, la mise en dehors du groupe adhérent à la morale transgressée. La bioéthique se signale plutôt par son humilité, elle est avant tout une réflexion, un produit de la pensée, lente à la sanction, même si elle vise à faire émerger un certain nombre de principes qui, jamais ne seront sanctionnées de façon immédiate, mais plutôt de façon médiate, par l'intermédiaire d'autres sources.

Il est aussi inconvenant d'interchanger Bioéthique et Ethique, ceci pour une raison relativement simple, l'éthique possède une potentialité d'universalité et peut s'appliquer à tous les actes de la vie. Il existe ainsi plusieurs éthiques professionnelles.

Il convient également de distinguer la bioéthique de l'éthique médicale. Leur argument phare est que la bioéthique a nécessairement un caractère pluridisciplinaire, mêlant les apports purement scientifique ou médicaux, aux apports philosophique, sociologique, moral et juridique.

Par-delà ces précisons, qu'est-ce à dire de la Bioéthique vis-à-vis du Droit ?

Pour ce qu'il s'agit du rapport de la bioéthique au droit, on dirait que les frontières qui les séparent, sont imprécises, telle une mer avec les limites contestées des eaux territoriales ou encore un désert inexploré. Autrement dit, aujourd'hui encore, on ne sait pas exactement ni où les tracer ni comment organiser les échanges entre les deux territoires.

Les distinctions entre ces deux domaines renvoient le plus souvent, à la différence, presque classique, faite entre l'éthique et le droit. Cette différence consiste à dire que la norme juridique est assortie d'une sanction sociale organisée, alors qu'une norme éthique en est dénuée et ne regarde que la conscience. Bien évidemment, on ajoute toujours que celle-ci inspire celle-là, puisqu'une norme juridique est toujours fondée sur une conception du juste et de l'injuste.

Pour mieux comprendre l'interaction entre la bioéthique et le droit, l'éclairage nous a été apporté par les propos de Mr. H. A. Schwartz Libermann Von Wahlendorf dans la formule suivante : *« La juridification du problème éthique interviendra à partir du moment où la société elle-même est, dans son intégralité, directement concernée par certains actes ou comportements et par leurs conséquences probables ».* Ainsi, on peut dire que l'éthique médicale et le droit sont en étroite interdépendance et, pour répéter le mot de Jean Vincent, on dirait même qu'ils sont en parfaite symbiose.

A la lumière de ce rapprochement de la bioéthique d'avec le droit, que dire de la traduction de la bioéthique dans le droit positif haïtien ?

Le Code d'Hygiène Publique haïtien, le document le plus copieux en ce qui concerne le droit médical haïtien compile des textes légaux et administratifs qui traitent, en plus de l'enseignement médical et de la pratique de la profession médicale, des thèmes comme l'organisation du service national d'hygiène publique, l'assainissement, le contrôle de la malaria, la quarantaine maritime et aérienne, l'hygiène publique, la

médecine préventive, l'assistance publique et l'assistance sociale.

Nulle part dans cette compilation, il n'est fait mention du concept de bioéthique et encore moins des thèmes généraux qui en constituent l'ossature, tels l'assistance médicale à la procréation, la contraception, la transplantation d'organes, la vie, la mort, les droits de l'homme, la protection de la personne et du corps humain, enfin la recherche biomédicale.

Le Code d'Hygiène Publique haïtien comporte des textes qui datent de 1870 jusqu'à la première moitié du 20e siècle. On aurait pu reconnaitre aux législateurs d'alors des circonstances atténuantes prétextant qu'ils n'étaient pas encore imprégnés d'une forte culture bioéthique, car le code de Nuremberg, qui en constitue le texte fondateur, n'a vu le jour qu'en 1947. On ne peut cependant envisager pareilles indulgences aux législateurs de la seconde moitié du siècle dernier, car entre 1951 et 1981, environs dix (10) lois, décret-loi et décrets relatifs à la médecine ont été édictés et pas un de ces textes n'a touché à la bioéthique. Il faut croire que les échos du retentissant procès de Nuremberg n'ont jamais atteint les rives haïtiennes.

A ce sombre tableau, il convient toutefois de mettre un bémol. En effet, dès 1835, l'un des thèmes majeurs qui a marqué l'histoire de la bioéthique, en l'occurrence l'avortement, a intégré le paysage juridique haïtien à travers l'article 262 du code pénal haïtien. Seulement, compte tenu de l'histoire dudit code, il parait beaucoup plus correct de ranger cette disposition dans la rubrique de la responsabilité pénale du médecin haïtien au lieu d'octroyer un quelconque « crédit » bioéthique à nos législateurs.

La bioéthique reste et demeure malheureusement une réalité ignorée, un domaine juridique méconnu du droit de la santé haïtien.

Le droit de la santé en Haïti, au nom de la protection de la santé de la population, gagnerait cependant à promouvoir les grandes questions de (bio)étiques. Le recours à des services médicaux ou l'acquisition de biens de santé se distinguent des modalités habituelles de la consommation des biens et services. Ils sont, pour l'essentiel, les conséquences d'un aléa : la maladie. Confrontés à ce risque, les ménages vont souhaiter s'en protéger. Cette protection comporte une double dimension : d'une part, éviter que le revenu du foyer ne soit amputé par les dépenses liées à la maladie, d'autre part, et c'est surement la motivation essentielle du recours à l'assurance maladie, obtenir la garantie de pouvoir accéder, en cas de maladie grave, à des soins dont les coûts sont hors de portés des ménages même les plus aisés.

Pour répondre à ces besoins de protection, des systèmes d'assurances contre la maladie vont naturellement se mettre en place. Dans la plupart des pays, cette protection contre le risque maladie est assurée, pour l'essentiel, par des dispositifs publics financés par des prélèvements obligatoires et non par des mécanismes de marché.

Le recours à des systèmes publics de prévoyance maladie est motivé par des impératifs, certainement politiques, mais d'abord et surtout éthiques.

ORIENTATION BIBLIOGRAPHIQUE

1. *BYK, Christian, La déclaration universelle sur le génome humain, journal du droit international privé, 1998, N° 3, p. 695*
2. *CANTO-SPERBER, Monique, Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale, Paris, PUF, 2199 p.*
3. *DUHAMEL, André et MOUELHI, Ethique, Histoire-Politique-application, Québec, Gaëtan Morin, 2001, 306 p.*
4. *HIRSCH, Emmanuel et MAGENDIE, Jean-Claude (dir.), Ethique, Justice et Médecine, Rencontres au Tribunal de grande instance de Paris, Paris, Vuibert, 2005, 351 p.*
5. *HIRSCH, François et HIRSCH, Emmanuel (dir), Ethique de la recherche et des soins dans les pays en développement, Paris, Vuibert, 2005, 179 p.*
6. *MALJEAN-DUBOIS, Sandrine, Bioéthique et Droit international, in : Annuaire français de droit international, volume 46, 2000, pp. 82-110*
7. *MATIN, Winckler et SALOMÉ, Viviana, Les droits du patient, Paris, Fleurus, 2007, 396 p.*
8. *PATIER, Xavier, FLAHAUlT (dir), Lois de bioéthique : réexamen, enjeux et débats, Paris, La documentation française, 2009, 101 p.*
9. *GRAF, Alain, Etats Généraux de la Bioéthique, Paris, Ministère de la santé, 2009, 66 pages.*
10. *PARQUET, Muriel, Droit des personnes, Paris, Bréal, 2002, 175 p.*
11. *Réseau européen de coopération scientifique « Médecine et droits de l'homme », La santé face aux droits de l'homme, à l'éthique et à la morale, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 1996, 499 p.*
12. *TARGUIEFF, Pierre-André, La bioéthique ou le juste milieu, Une quête de sens à l'âge du nihilisme technicien, Paris, Fayard, 2007, 363 p.*
13. *VAUCHEZ-HENNETTE, Stephanie (dir.), Bioéthique, biodroit, biopolitique, Réflexion à l'occasion du vote de la loi du 4 aout 2004, Paris, LGDJ, 2006, 154 p.*
14. *WEILL, Joan et Sandford I., Institutional Review Board, Policies and Procedures for research involving Human Subjects, Cornell University, 2004*

Israël PETIT-FRERE

Spécialiste en Droit et Politiques Publiques de Santé

Professeur des Universités

Informations

I- NOUVELLE DISTINCTION INTERNATIONALE POUR LE DR JEAN-CLAUDE CADET : EYE HEALTH HEROES 2016

Fig. 1 : Dr. Jean-Claude CADET, Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie, de l'Université d'Etat d'Haïti.

Source : http://www.iapb.org/ehh/eye-health-heroes-2016

Fig. 2: Doyen JC CADET et la Congress Woman Hon. Frederica S. Wilson

Source : https://medium.com/@gilbertmervilus/eye-health-heroes-2016-2b2f25e13f55#.txjy8fb6u

II- LA REVUE SCIENTIFIQUE DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE – Ecole de Biologie Médicale de l'UEH

En date d'Avril 2016, parait le numéro 2. Après l'Editorial du Vice Doyen Milcé et le Mot du Doyen Cadet, se succèdent douze (12) articles les plus intéressants que les autres :

1- A propos de six cas de charbon ophtalmique observés de Janvier 2012 à Avril 2013 dans le Sud d'Haïti – Existe AV, Romain I, Cadet JC, Milcé J, Raccurt C, Boncy J, Okech B, Alexandre JSF.
2- Maladies mentales – Entre le vodou haïtien et la médecine occidentale, nécessite d'un débat éthique. Marc-Felix Civil.
3- Effet du facteur neurothrophique dérivé du cerveau (Brain Derived Neurotropic Factor- BDNF) sur l'expression et l'activité de la Deacetylase des histones (HDAC) au niveau des muscles lisses des bronchioles des asthmatiques. St Croix GR, Manlove L, Freeman FR, Thompson AM, Pabelick CM, Prakash YS.
4- Facteurs influençant le lieu de l'accouchement dans la commune de Lascahobas . Vernet FV, Theisme APJ, Lafleche N, Desir J, Rubin J, Leandre E, Luberisse S.
5- Douleurs fantômes et réhabilitation neuro-psychomotrice chez le patient ampute. Chantal Junker-Tschopp.
6- Interview du Dr Aristoble Deverson.
7- La douleur n'est pas une fatalité. Blandine Salla, Denise Fabien, Marjorie Raphael.
8- Clinique humanitaire d'hypertension. R. Jean-Charles.
9- Laboratoire Médecine éthique et société (LABMES)
10- Situation sanitaire du pays à l'arrivée des marines américaines le 28 juillet 1915. Joanel Joisil.
11- Déterminants de la santé. Jean-Robert Antoine.
12- Choix de protocole national de prise en charge dans les pays pauvres à ressources limites.

Daniel Dure
Bonne lecture.
@revuefmpueh www.fmp.ueh.edu.ht

III- PROGRAMME DU 10E SÉMINAIRE INTERNATIONAL DE FORMATION CONTINUE SUR LE CANCER EN HAITI

Hôtel El Rancho, du 29 au 31 Mars 201

1) Diagnostic et traitement des cancers des amygdales et cordes vocales.
   Dr. Patrick Jean-Gilles
2) Nouvelles approches thérapeutiques des cancers : tête et cou
   Dr. Nally Cruz
3) Rôle déterminant de la génétique dans le développement des cancers.
   Dr. Marciel Margarita Hierro
4) Traitement cancer du col de l'utérus (importance de la chirurgie oncologique)
   Dr. Gary Jean, Dr. Marciel M. Hierro, Dr. Nally Cruz
5) Prévention des cancers dus aux virus (VHB, VHC, HPV, V Epstein Bar)
   Dr. Joseph Bernard Jr, Dr. Amiana Estrella
6) Diagnostic et Traitement du cancer colorectal
   Dr. Jose Ramirez, Dr. Amiana Estrella
7) Approche diagnostique et prise en charge actuelle du cancer du sein, Mammaprint
   Dr. Jose Ramirez, Amiana Estrella, Dr. Nally A. Cruz, Dr. D. Jean Cantave
8) Diagnostic et Traitement du cancer du poumon
   Dr. Jose Ramirez, Dr. Amiana Estrella
9) Nouvelles approches dans le traitement du cancer de l'estomac
   Dr. Jose Ramirez, Marciel Margarita Hierro, Dr. Nally A. Cruz
10) Traitement du cancer de l'ovaire (Importance de la chirurgie)
   Dr. Jose Ramirez, Dr. Amiana Estrella
11) Prise en charge actuelle du cancer du rein
   Dr. Jacques Jeudy, Dr. Marciel Margarita Hierro
12) Diagnostic et Traitement du cancer de la prostate
   Dr. Jacques Jeudy, Dr. Nally Cruz
13) Traitement de la leucémie aigüe chez les enfants à l'Hôpital St. Damien
   Dr. Pascale Yola Gassant
14) Le traitement de la Leucémie aigüe chez l'adulte est-il possible en Haïti ?
   Dr. Elsie Métellus Chalumeau
15) Diagnostic et Traitement du Néphroblastome à l'Hôpital St. Damien
   Dr. Yvania Alfonso
16) Epidémiologie et Prise en charge des cancers à l'Hôpital St. Luc
   Dr. Joseph Bernard Jr.
17) Diagnostic et traitement du cancer de l'endomètre
   Dr. Garry Jean, Dr Amiana Estrella, Dr. Nally Cruz.

IV- HAAOT 2017

« L'Assemblée Annuelle Haïtienne de Traumatologie Orthopédique (***HAAOT*** en Anglais), projetée pour ***le 27 au 29 Avril*** prochain, s'approche très rapidement. Cette année, une fois encore, la HAAOT fera ***un Tollé plus Grand, plus Ressenti, et encore Mieux*** dans le monde médical en Haïti. Cependant, cela ne peut se produire qu'avec votre participation, vos présentations de cas, vos projets d'investigation, et votre entière collaboration. ***Sous peu,*** nous serons de nouveau réunis pour partager, discuter et apprendre l'un de l'autre, en adressant la Formation Médicale Continue de la Chirurgie Orthopédique en Haïti. Je vous invite à envoyer les titres de vos projets ou travaux d'investigation que vous êtes désireux de présenter à la HAAOT17, pour que le comité puisse commencer à préparer l'agenda pour ces trois jours de partage de connaissances ».

Jacky Fils, Md.

ANNONCES ASSOCIATION HAITIENNE DE CHIRURGIE (AHC)

A- Chronogramme d'activités 2017

1) 25 Février : Le Derme Artificiel
   Dr. Jean Louis Jean Widner
2) 8 Mars : La prise en charge de la maladie chirurgicale en Haïti
   Dr. Louis-Franck Telemaque
   25 Mars : La chirurgie cardiaque en Haïti
   Dr. Pierre Sonson Prince
3) 28 - 29 Avril : Congrès de l'AHC : Quel Avenir pour la chirurgie Haïtienne ?
4) 17 Mai : Journée de Réflexion sur la formation chirurgicale
5) 3-4 Juin : ACLS à Port-au-Prince
   10-11 Juin : ACLS en province
   23-24 juin : Gestion d'afflux de victime
   Dr. Jean Marie Georges
6) 6-7-8 Juillet : Introduction a la sonographie
   10 ou 15 juillet - FAST
7) Août : Congé annuel
8) 23 Septembre - Assemblée Générale Ordinaire - Journée Scientifique
9) 21 ou 28 Octobre : - Soirée de Gala du 20e anniversaire et présentation scientifique
10) Novembre : ATLS et présentation Scientifique
11) Décembre : Soirée pour les membres de l'AHC et présentation Scientifique

B- Programme du congrès annuel

Hotel Montana, 28 et 29 avril 2017, de 2 à 7h pm.

1- La formation académique en chirurgie, situation actuelle
   Dr. Sosthène Pierre
2- Evaluation de la formation chirurgicale au SCG/HUEH
3- Dr S. Augustin
4- Place de l'AHC dans la formation résidentielle
   Dr. P. S. Pierre
5- Plaidoyer pour une Ecole de Chirurgie en Haïti
   Dr. J. G. Doucet
6- Capacités chirurgicales actuelles
   Dr. M. St Fort
7- Prise en charge de l'urgence pré hospitalière
   Dr. Jerry Chandler
8- Chirurgie laparoscopique
   Dr. Sylvio Augustin
9- Soins intensifs chirurgicaux à MSFB
   Dr. Nathalie Edema
10- Chirurgie cardiaque traumatique a MSFB
   Dr. Lunick santiague
11- Damage control
   Dr. Myriam Gousse
12- Prise en charge de la douleur post-op
   Dr. Marjorie Raphael
13- Chirurgie pédiatrique
Dr. Osnel Louisma
14- Formation chirurgicale
Dr. A. Patrick Jeudy
15- Le concept du Global Surgery et The Lancet Commission on Global Surgery
Dr. S. Toussaint
14- Chirurgie Globale et Formation en Haïti
   Dr. L. F. Télémaque
15- L'expérience de la Chirurgie Globale à HUM
   Dr. Pierre -Marie Cherenfant
16- La prise en charge chirurgicale
   Dr. Mclee jean-Louis
17- La qualité des soins en anesthésie
   Dr. D. Fabien
18- Chirurgie traditionnelle en rupture ?
   Dr. L.F. Télémaque
19- Chirurgie et ana pathologie
   Dr. R. Vilfort
20- Impact des missions étrangères dans un hôpital haïtien Dr. Jerry Bernard
21- Chirurgie et finances, règlementation
   Dr I. Petit-Frère
22- Barème de l'AHC
   Dr. S. Pierre
23- TABLE RONDE – Thématique : « Chirurgie haïtienne et société haïtienne ».

V- NOUVEAU CENTRE DE PRISE EN CHARGE DES PLAIES CHRONIQUES A l'HOPITAL BERNARD MEWS.

Fig. 3 : Dr Bitar, Dr Francius, Dr Bitar inaugurent le centre

Le mois de Janvier a vu l'inauguration du nouveau centre de traitement des plaies à l'Hôpital Bernard Mews. Cette institution est bien connue, depuis cinq ans, pour sa prise en charge moderne des plaies chroniques de multiples étiologies. Nous assistons à un agrandissement infrastructurel et une modernisation de la prise en charge susceptibles de délivrer de meilleurs soins et services aux patients dans des conditions optimales.

C'est une référence qui comptera dans la prise de charge spécialisée des plaies chroniques de plus en plus nombreuses.

VI- CATHOLIC MEDICAL MISSION BOARD (CMMB) OUVRE L'HOPITAL BISHOP JOSEPH SULLIVAN AUX COTES-DE-FER, DANS LE DEPARTEMENT DU SUD-EST.

Fig. 4 : Hôpital Bishop Joseph M. Sullivan

L'Hôpital Bishop Joseph M. Sullivan est créé pour fournir des soins à plus de 50 000 personnes vulnérables dans une zone isolée du département du Sud-est, la commune de CÔTES-DE-FER. Il est le seul hôpital de cette communauté isolée et amène les soins et les services à une population qui, auparavant, passait des heures sur des routes en mauvais état pour atteindre le centre de santé le plus proche.

L'hôpital possède les 4 services de base, avec 2 salles d'opérations et dispense des soins dentaires. Pour la partie chirurgicale, la population va bénéficier de la Chirurgie générale, de l'Obstétrique et de l'Urologie en attendant.

L'hôpital est financé en partenariat avec Mercy Health, un réseau de santé catholique établi dans l'Ohio et le Kentucky aux Etats-Unis. Mercy Health a offert une subvention de 2 millions de dollars pour la construction en support aux 2 millions dont disposait déjà la CMMB.

L'hôpital est une composante essentielle du Projet CHAMPS, Children and Mothers Partnerships (Partenariat des enfants et des mères) de CMMB à Côtes-de-Fer, une initiative qui établit des partenariats afin de réaliser collectivement des changements durables dans les systèmes de santé locaux et dans la vie des femmes, des enfants et de leurs familles. Chaque site CHAMPS représente un engagement de 15 à 20 ans avec une communauté pour améliorer la santé et le bien-être grâce à des projets axés sur la santé maternelle et infantile, la nutrition, les vaccinations, les moyens de subsistance, la micro finance et le renforcement des systèmes de santé. L'hôpital soutiendra les activités CHAMPS de Côtes-de-Fer en augmentant l'accès aux soins de santé et en aidant à réduire la mortalité maternelle et infantile.

L'hôpital reçoit également le soutien du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), qui fournira une partie du personnel technique et de soutien. Notons que le terrain sur lequel l'Hôpital a été construit est un don de la communauté de Côtes-de-Fer. Une maison d'hôtes, rattachée à l'hôpital, accueillera des bénévoles qui fournissent des services spécialisés et des formations pour renforcer les capacités du personnel haïtien local.

L'Hôpital est nommé d'après l'Evêque Joseph M. Sullivan, qui a consacré sa vie à la défense et au service des membres les plus pauvres et les plus marginalisés. Il a siégé au conseil d'administration de CMMB de 2004 à 2010. En 2010 en tant que Président du conseil, il a été partie prenante de la réponse robuste de CMMB face à la situation d'urgence crée par le tremblement de terre de 2010.

Fig. 5 : salle d'opération

Fig. 6 : salle de soins dentaires

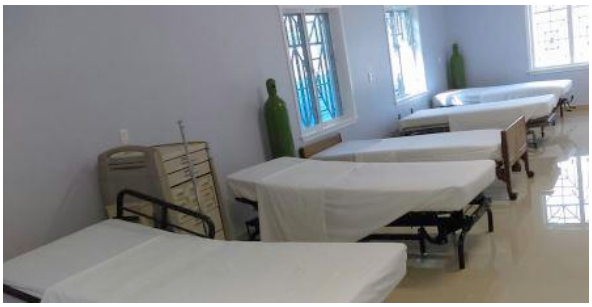


Fig. 7 : salle commune d'hospitalisation

VII- DEPART DU DOYEN D'AGE DES CHIRURGIENS, LE Dr. CHARLES CHEVALIER

Dr. Charles Chevallier

Le Dr Chevallier fut Chef de service de Chirurgie Générale de l'HUEH, chef du Département de chirurgie et titulaire de la chaire de Sémiologie chirurgicale à la FMP et directeur du Centre de Radiothérapie.

Paix a son âme.

Edité par Dr Jean ALOUIDOR