Vol. 4 No. 23

# INFO-CHIR

Revue Haitienne de Chirurgie et d'Anesthésiologie Janvier 2018

**SOMMAIRE** **Page**

**EDITORIAL**

**ARTICLES MEDICAUX**

1- Mamma print (traitement individualisé du cancer du sein) Jean Cantave, MD 2

2- Profil hormonal et cancer du sein dans la population haïtienne Eunice Dérivois, MD 3

3- Diagnostic et traitement du néphroblastome à l'hôpital St Damien 7

Yvania alfonso, MD. Pascale Yola Gassant, MD. Sherley Jacques, MD

4- Incidence des occlusions intestinales Sancha Bercy, MD 15

5- Rupture totale de la longue portion du biceps H. Fahim, MD 20

**X TREME DIA** Méningo encéphalocèle frontal Bernard Pierre, MD 23

**DIAPORAMA** Cancer du sein chez la jeune femme Louis-Franck Télémaque, MD 29

**DOSSIERS**

1- Unité Douleurs HUEH Hélène Branco, Denise Fabien, MD 30

2- Système d'information sanitaire de l'Hôpital Universitaire de Mirebalais 34

Jean-Paul Joseph, MD. Ricard D. POGNON, Gesner FERDINAND

**INFORMATIONS**

1- HRFU – Mision d'Octobre 2017 Louis-Franck Télémaque, MD 38

2- Douleur et souffrance – Haïti 2017 Hélène Branco, Denise Fabien, MD 39

3- Programme de fistulisation artério veineuse P. Thosiac, MD. M. Termelus, MD 42

4- Clinique de la mondialité Eunice Dérivois, MD 43

5- Les R I du SCG présentent des cas thématiques – abstracts Gravé R. E. Pascal, MD 44

6- Lao AITI Patrick Jean-Gilles, MD 46

**JEUX** Mots Croisés Eunice Dérivois, MD 47

" Espérer c'est déjà moins souffrir "
Marcel Portal

# EDITORIAL

Une année s'en va, une nouvelle année s'en vient…

Info, CHIR, la Revue Haïtienne de Chirurgie et d'Anesthésie vous propose son troisième (3e) numéro de l'année 2017, le 23e de la série. Sa composition est décidément plurielle. L'accent y est fortement mis sur le cancer, particulièrement le cancer du sein avec pas moins de trois (3) publications y relatives : le « Mamma print (traitement individualisé du cancer du sein) », le « Diagnostic et traitement du néphroblastome à l'Hôpital St Damien », le «Profil hormonal et cancer du sein dans la population haïtienne » et le « Cancer du sein chez la jeune femme».

La réalité du cancer en Haïti est très préoccupante. «En Haïti, c'est un problème urgent de santé publique. » (Jean Ronald Cornelly 2015). 89.000 décès ont été enregistrés en 2014 (OMS). Nous saluons au passage les efforts soutenus des Institutions comme la SHONC, l'Hôpital St Luc, l'HUM, l'HUEH qui militent contre ce fléau qui affecte toutes les couches de la population. Parallèlement à la prise en charge des cancers, nous notons les activités de l'ONG « Douleurs Sans Frontières » et l'Unité Douleurs de l'HUEH qui ont pour mission de soulager les souffrances des femmes de la cinquantaine présentant une douleur nociceptive et aussi celles des patients cancéreux.

Par ailleurs, le profil épidémiologique des occlusions intestinales est cerné à l'Hôpital Nap Kembé de MSF de Tabarre, atteignant, en majorité, les hommes de la trentaine présentant une hernie étranglée. La rupture totale de la longue portion du biceps n'est pas exceptionnelle. Elle nécessite un traitement spécifique pour escompter la récupération fonctionnelle complète du membre supérieur. Parmi les anomalies neurologiques congénitales, le méningo encéphalocèle frontal est rare. Sa survenue nécessite une intervention chirurgicale complexe dès la naissance.

Un Service d'Information Sanitaire (SIS) se compose d'un système stratégique du management de l'Information, d'une unité technique de l'Information de la santé, des statistiques de santé et d'une cellule d'amélioration de la qualité des soins et services et de la sécurité du patient. Un tel SIS est fonctionnel à HUM.

Le dernier trimestre de l'année 2017 a vu la réalisation de cinq missions philanthropiques chirurgicales d'envergure, toutes adressées à une population nécessiteuse. Nous citons les deux missions d'Octobre et de Novembre de HRFU réalisées à l'Hôpital St François de Sales et à Ouanaminthe. Près de deux cents patients porteurs de hernies diverses et d'éventration ont été opérés par des spécialistes qui formaient des chirurgiens des hôpitaux publics, assistés par des résidents de chirurgie et d'anesthésie de l'HUEH et de l'Hôpital La Paix. A Fond Parisien eut lieu le programme de fistulisation artério veineuse en faveur des 21 patients dialysés à l'HUEH souffrant d'insuffisance rénale chronique. Deux résidents IV de l'HUEH furent formés en chirurgie vasculaire. Le programme Liens ORL AYTI avait pour objectifs la fin du programme d'enseignement de l'année avec évaluation annuelle, une semaine de chirurgie centrée sur la chirurgie de l'oreille visant à compléter la formation des médecins de service, la 3e journée scientifique de la SHOCC et les 20 ans de LOA. Finalement, un groupe de spécialistes français en chirurgie vasculaire formèrent des résidents en écho doppler des membres supérieurs des patients dialysés, candidats à la fistule artério veineuse et opérèrent des anévrismes de l'aorte et de la carotide.

Pour clôturer le numéro, nous vous présentons un livre intitulé « Clinique de la mondialité » *« qui s'inscrit dans la continuité du mouvement ethno psychiatrique impulsé par Louis Price Mars dans les années 40-50 et qui, par-delà les différents chantiers qu'il met en perspective, tente d'inscrire Haïti dans la mondialité qui vient. »*

Le bouquet final est offert par les résidents I du SCG/HUEH qui s'exercent à l'éthique médicale et à la déontologie en surfant sur des cas thématiques.

Bonne lecture.

La coordination

# Articles médicaux

**MAMMAPRINT**

**TRAITEMENT PERSONNALISE DU CANCER DU SEIN, REVUE DE LA LITTERATURE**

Jean CANTAVE, MD. 2017

La chimiothérapie, c'est l'application des drogues anti néoplasiques. Sa découverte, depuis plusieurs décennies, a considérablement évolué. Elle permet d'augmenter considérablement la survie des patients atteints du cancer. Elle peut stériliser la tumeur, dans certains cas, entre 30 à 40%, c'est à dire guérir la maladie (lymphomes). Elle permet la réduction de la taille de la tumeur (downstaging) facilitant une chirurgie conservatrice ou une résection chirurgicale. Un méta analyse d'Oxford, regroupant 194 essais, montre que la survie et le taux de récidive sont améliorés par la chimiothérapie quels soient l'âge des patientes, patients et le type de tumeur. Cependant, ce gain est surtout visible pour les 5 à 10 premières années et il demeure qu'un groupe de patients pourraient se passer de la chimiothérapie [1, 2].

Aujourd'hui, l'oncologie s'oriente vers de la médecine personnalisée. Avant, on parlait de la maladie par rapport à l'organe dans lequel se développait le cancer. Mais celui-ci est causé par des mutations génétiques, et si on analyse les mutations à l'origine de la tumeur, on se rend compte que le cancer est unique à chaque personne. On tend à réaliser un maximum d'analyses moléculaires, afin d'identifier les mutations génétiques responsables de la maladie, dans le but d'adapter la chimiothérapie à chaque patiente.

Mammaprint est une étude, mise au point par l'équipe d'Amsterdam, qui a conduit à un profil génomique, permettant de classer les patientes atteintes du cancer du sein en 2 groupes (bon et mauvais pronostic) [3, 4, 5, 6, 7.] Les patientes du groupe mauvais pronostic ont 28 fois plus de risque de développer une métastase. Le groupe bon pronostic est indépendant du statut ganglionnaire, de la taille tumorale, du grade et de l'âge des patients. Le test est pratiqué sur tissu frais ou congelé.

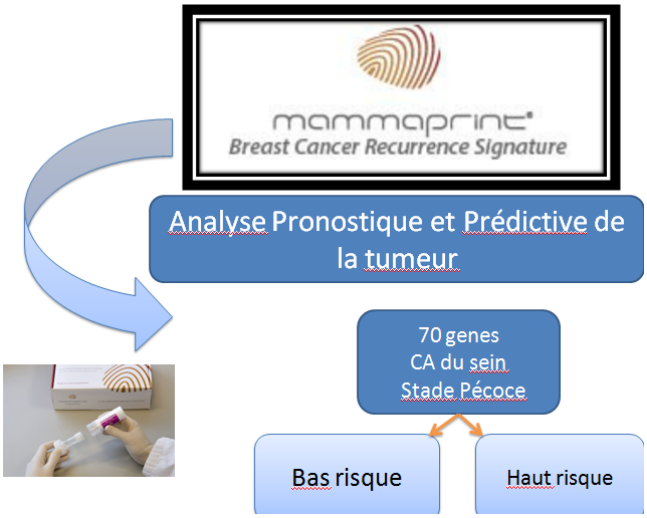



Tableau 1 : Analyse pronostic et prédictive de la tumeur

Le test MammaPrint mesure l'activité de 70 gènes impliqués dans la récidive tumorale, à partir d'une biopsie de la tumeur mammaire. Il emploie ensuite un algorithme pour générer un score qui détermine le niveau de risque de dissémination du cancer.

Selon le vaste essai européen prospectif **MINDACT** (Microarray for Node-Negative Disease May Avoid Chemotherapy Trial), de nombreuses patientes atteintes d'un cancer du sein à un stade précoce pourraient éviter la chimiothérapie adjuvante grâce à l'utilisation du test génétique pronostique MammaPrint (Agendia) [3, 4, 5, 6, 8]. Dans l'étude, lorsque les résultats des évaluations cliniques et génétiques sont discordants, s'appuyer uniquement sur l'évaluation génétique a permis d'éviter une chimiothérapie dans 14 % des cas, sans diminuer les chances de survie sans métastase.

Chez les patientes dont le cancer est classé à haut risque après évaluation clinique, et ce qui était plus frappant encore, s'appuyer sur les résultats du test génétique, a aussi permis de revoir le niveau de risque à la baisse et de se passer d'une chimiothérapie post-chirurgicale dans près d'un cas sur deux (46%), sans grever le pronostic des

patientes. Les résultats de cet essai académique étaient attendus avec impatience depuis son lancement en 2007. Ils ont été présentés au congrès de l'**American Association for Cancer Research (AACR)** le 18 avril 2016 [1, 9].

L'étude prospective de MINDACT a inclus 6.693 patientes atteintes d'un cancer du sein de stade précoce qui avaient déjà subi une chirurgie du sein. Les participantes provenaient de 9 pays européens. Lorsque l'essai a débuté en 2007, les patientes enrôlées avaient un cancer du sein précoce sans atteinte des ganglions lymphatiques, mais le protocole a été modifié en 2009 et a autorisé l'inclusion de patientes avec un à 3 ganglions positifs. Sur l'ensemble des participantes, 60 % avaient une tumeur de 1 à 2 cm, 88% étaient HR+, une sur cinq avait un ou plusieurs ganglions atteints et près de 10 % avaient des tumeurs HER2 +, biologiquement agressives [12, 13].

La partie la plus importante de l'essai concerne les femmes qui avaient des résultats discordants entre l'évaluation génétique et clinique : G-haut/C-faible (n=592 ; 9%) ou G-faible/C-haut (n=1550 ; 23%). Toutes les femmes aux résultats discordants ont été randomisées pour utiliser soit l'évaluation clinique, soit l'évaluation génétique pour décider ou non d'un traitement par chimiothérapie. Les patientes ont également reçu une thérapie hormonale (Tamoxifène pendant 2 ans, suivi du Létrozole pendant 5 ans ou Létrozole pendant 7 ans).

**Patientes candidates pour Mammaprint**

a) Cancer stade I ou II

b) Tumeurs invasives

c) Tumeurs ou masses inférieures à 5 cm

d) Tumeurs avec trois ou moins de ganglions lymphatiques (axillaires) infiltrés

e) Tumeurs avec récepteurs hormonaux positifs ou négatifs

A signaler qu'au début de cette étude les patientes ayant une tumeur avec ganglions lymphatiques infiltrés par cette dernière étaient exclues ; mais après elles ont été réintégrées, car il a été trouvé que celles ayant trois ou moins de ganglions axillaires positifs avaient le même pronostic que celles qui n'en avaient pas.

Il en ressort qu'à 5 ans, la survie sans métastase était de 94,7% chez les patientes qui étaient C-haut/G-faible (Cliniquement à haut risque/Génétiquement faible risque) et qui avaient été traitées en fonction de l'évaluation génétique et donc sans chimiothérapie. Dans ce même groupe, les patientes qui avaient été traitées en fonction de l'évaluation clinique et donc avec chimiothérapie, avaient également une survie sans métastase de 94 %.

**Use of a genomic test (MammaPrintTM) in daily clinical practice to assist in risk stratification of young breast cancer patient**

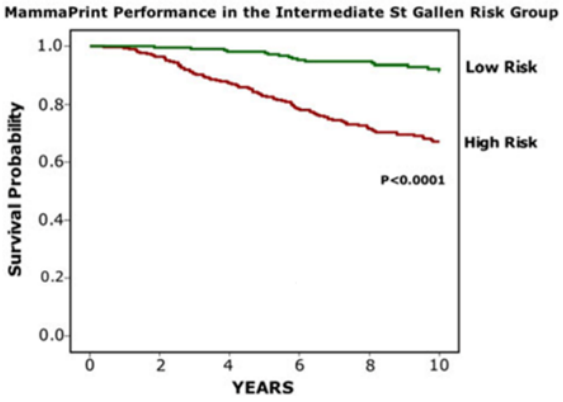



Fig. 1 : Ce graphique montre que la survie à 10 ans est très élevée (presque 100%) chez les patientes à bas risque en comparaison à celles de haut risque.

Dans cette étude prospective, l'adaptation de Mammaprint TM dans les protocoles de traitement clinique, on a investigué 56 patients avec un âge moyen de 45 ans, prises en charge dans un hôpital général en Allemagne; entre 2004 et 2008. Pour évaluer l'exactitude du Mammaprint dans ce groupe de patients plus jeunes, on a réalisé une méta analyse d'un sous-groupe d'études rétrospectives décrites préalablement (n = 689) [3, 4, 5, 6, 7, 8].

Résultats: 44 patientes ont eu des résultats de Mammaprint et furent éligibles pour l'analyse. Les résultats révélèrent un groupe de bas risque chez 29 patientes et un de haut risque chez 15 patientes. L'usage des directives de St. Gallen 2007 pour l'évaluation de risques, les nombres étaient 4 pour bas risque et 6 de haut risque, respectivement, tandis que 34 patientes

furent classifiées comme de risque intermédiaire. Dans le groupe de femmes avec risque intermédiaire, Mammaprint assigna 23 patientes à un risque bas et 11 au groupe de haut risque. Dans la méta-analyse des études rétrospectives, la survie globale à 10 ans pour les groupes de bas et haut risque, Mammaprint fut 90,2 et 65,2%, respectivement.

Conclusions: L'usage d'analyse d'expression génique comme outil additionnel, les patientes avec un risque clinique intermédiaire peuvent se séparer avec précision en groupes de risque bas et élevé. L'analyse de l'expression génique donne une information plus précise sur le risque de récidive en comparaison à celle conventionnelle.

Les courbes de survie des patientes qui avaient reçu une chimiothérapie étaient presque superposables à celles des femmes qui n'en avaient pas reçu, a indiqué le Dr Piccart, ce qui suggère que la chimiothérapie n'apporte pas de bénéfice [3, 4, 5, 6, 7, 8 , 10] .

Globalement, en s'appuyant sur l'évaluation clinique, les patientes à haut risque : groupe C haut/G haut (27 %) et C haut/G faible (23 %) seraient traitées par chimiothérapie, soit une patiente sur deux (50 %).

Les patientes à haut risque : groupe C haut/G haut (27%) et G haut/C faible (9 %) seraient traitées, soit 36 %, en s'appuyant sur l'évaluation génétique. L'évaluation génétique permettrait donc d'éviter une chimiothérapie dans 14 % des cas sans diminuer les chances de survie sans métastase (50 %-36%).

La décision de traiter par chimiothérapie basée sur l'évaluation génétique permet d'éviter 46 % des chimiothérapies (1550/3356), dans les groupes des patientes jugées à risque élevé sur le plan clinique (1550 femmes C haut/G faible, 1807 femmes C haut/G haut. « Ces nouveaux résultats montrent que l'utilisation des tests génétiques peut aider à identifier les patientes qui peuvent se passer de chimiothérapie, même lorsqu'elles sont considérées à haut risque cliniquement », a commenté l'auteur principal de l'essai, le **Dr Martine Piccart** (Institut Jules Bordet, Bruxelles, co-fondatrice et présidente du Breast International Group, BIG) [1, 2, 9, 11] .

L'une des principales raisons pour utiliser **l'OncotypeDx** (le test validé, le plus utilisé aux Etats-Unis) était l'existence de données suggérant qu'il aidait à sélectionner les patientes qui pouvaient bénéficier d'une chimiothérapie en plus d'un traitement hormonal adjuvant dans les cancers HR+.Avec ces nouvelles données, le test **Mammaprint**, semble capable de jouer un rôle similaire en guidant les praticiens dans leur choix thérapeutique pour chaque patiente », a commenté le **Dr Clifford Hudis** (Centre anticancéreux Memorial Sloan Kettering, New York) [2, 12, 13, 14] .

**REFERENCES**


*1- Congrès annuel de l'American Association for Cancer Research (AACR) 2016. Résumé CT-039.Présenté le 18 avril 2016*

*2- Congrès annuel de l'American Society Of Clinic Oncology (ASCO) 2016*

*3- Mook S, Van't Veer LJ, Rutgers EJ, Piccart-Gebhart MJ, Cardoso F. Individualization of therapy using Mammaprint : from development to MINDACT Trial. Cancer genomics proteomics 2007; 4(3): 147-55. Review.*

*4- Van de Vijver MJ, He YD, Van't Veer LJ et al. A gene-expression signature as a predictor of survival in breast cáncer. N Engl J Med 2002; 347(25): 1999-2009.*

*5- Sorlie T, Perou CM, Tibshirani R et al. Gene expression patterns of breast carcinomas distinguish tumor subclass with clinical implications. Proc Natl Acad Sci U S A 2001; 98(19): 10869-74.*

*6- Albain KS et al. Lancet Oncol 2010 ; 11(1).*

*7- Piccart J, Loi S, Vna't L, et al. Multi-center external validation study of Amsterdam 70 genes prognostic signature in node negative untreated breast cancer: are the results it'ill outperforming the clinical-pathological criteria? Breast cancer Res Treat 2004; 88(s17: (abst 38).*

*8- Van't Veer LJ, Dai H et al. Gene expression predicts clinical outcome of breast cancer. Nature 2002; 415(6871): 530-6.*

*9- Buyse M, Loi S, Van't Veer L, Viale G et al TRANSBIG Consortium. Validation and clinical utility of a 70-gene signature for women with node-negative breast cancer. J Natl Isnt 2006; 98(17): 1183-92.*

*10- Acharya CR, Hsu DS, Anders CK, et al. Gene expression signatures, clinico-pathological features, and individualized therapy en breast cancer, JAMA 2008; 299(13):1574*

*11- Habel LA et al. Breast cancer Res 2006 ; 8(3) : R25*

*12- Eearly breast cancer trialists Collaborative Group. Lancet 2005; 365:1687-717.*

*13- Perou CM, Sorlie T, Elisen MB et al. Molecular portraits of human breast tumors. Nature 2000; 406: 747-52.*

*14- Sparano JA, Paik S. Development of the 21-gene assay and its application in clinical practice and clinic trials. J Clin Oncol 2008; 26(5): 721-8. Review.*

***Dr. D. Jean Cantave***

*Chirurgien/cancérologue*

*Professeur de Pathologie chirurgicale et de Cancérologie de Base FMP/UEH*

*Président de la Société Haïtienne d'Oncologie (SHONC)*

*Membre de l'American Society Of Membre de l'American Society Of Clinical Oncology (ASCO)*

## PROFIL HORMONAL ET CANCER DU SEIN DANS LA POPULATION HAÏTIENNE

Eunice DÉRIVOIS MÉRISIER, MD. 2017

***ABSTRACT / RÉSUMÉ***

***Le cancer du sein reste un des cancers les plus mortels dans la population féminine mondiale. Parmi les facteurs de risques identifiés pour ce cancer sont ceux liés à l'exposition prolongée aux hormones de la reproduction, notamment les œstrogènes, qui seraient responsable d'un modeste pourcentage de cancers du sein. Peu d'études sur les facteurs de risques et sur le cancer en général-lesquelles sont pour la plupartoccidentalocentrées- ont inclus des femmes de race noire. Les quelques rares études sur des populations noires ou afro-américaines aux Etats-Unis et ailleurs semblent indiquer une implication différente des facteurs de risques hormonaux face au cancer du sein entre femmes de différentes ethnies. Certaines données pathologiques du cancer du sein seraient aussi différentes entre les ethnies. Cet article décrit la tendance observée concernant ces facteurs de risques hormonaux dans une petite série de 23 patientes évaluées par un seul clinicien sur une période de 16 ans. Pour la plupart, ces patientes ne présentent pas le profil hormonal àrisque pour le cancer du sein décrit dans la littérature: elles ont leurs ménarches à un âge normal, une histoire d'allaitement prolongé, un certain nombre de grossesses (supérieur à 3), un âge normal à la ménopause ; un fort pourcentage n'était d'ailleurs pas ménopausées au moment du diagnostic. Seul l'âge à la première grossesse menée à terme relativement tardif semble être un facteur par comparaison à la littérature dans cette série. Si les facteurs hormonaux jouent, ils semblent jouer différemment selon les ethnies. L'article présente une petite revue de la littérature concernant les différences ethniques face aux facteurs de risque du cancer du sein et soulève l'hypothèse que le nombre des récepteurs hormonaux sur le tissu mammaire des femmes noires estpeut-être différent de celui des femmes blanches comme c'est le cas pour le nombre de ces récepteurs sur le myomètre, expliquantles différences ethniques par rapport à la survenue et la morbidité des fibromes utérins[7]. Une nouvelle discipline émerge : l'ethno-oncologie, d'après laquelle la diversité des groupes ethniques semble corrélée à la diversité des formes de cancers. La littérature montre aussi une différence d'expression du risque hormonal entre femmes non ménopausées et femmes ménopausées. Il est suggéré que d'autres études quantitatives soient menées sur un échantillon plus large et plus représentatif de la population haïtienne dont les résultats pourront être comparés à ceux trouvés dans des études sur d'autres populations noires et les populations d'autres ethnies en vue de corroborer ou non les observations présentées dans cet article.***

**MOTS-CLÉS : Cancer, Sein, Profil hormonal, Race noire.**

### INTRODUCTION

Parmi tous les types de cancers qui frappent les humains, celui du sein est le plus redouté des femmes et à juste titre, car c'est le cancer le plus fréquent et le plus meurtrier chez elles. Il est estimé qu'une femme sur huit (8) fera un cancer du sein au cours de sa vie. Le cancer du sein a tué environ 571.000 femmes dans le monde au cours de l'année 2015 selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)(1,2).

Même si certains gènes ont été identifiés comme étant liés à la genèse du cancer en général, la communauté scientifique n'a pas encore mis le doigt, à ce jour, sur une cause unique et univoque du cancer(11). Tout au plus, parle-t-elle de facteurs de risques, comme la cigarette pour le cancer du poumon et l'alimentation pour le cancer colorectal. Dans la recherche d'une prévention, l'identification des facteurs de risque constitue une étape cruciale dans la mesure où il y aurait moyen d'intervenir pour les empêcher d'agir. Pour le cancer du sein, on évoque volontiers les facteurs génétiques (mutation des gènes BRCA), les facteurs environnementaux et les facteurs hormonaux, entre autres. (2)

Selon la littérature, les facteurs à prendre en compte au point de vue hormonal pour le cancer du sein sont : l'âge des ménarches, l'âge à la première grossesse menée à terme, le nombre de grossesses menées à terme, l'allaitement, l'utilisation de contraceptifs oraux, l'utilisation des inducteurs d'ovulation, l'âge à la ménopause, et le traitement hormonal substitutif de la ménopause.(2) Notamment, l'association d'un âge précoce aux premières règles à une ménopause tardive augmenterait le risque de développer un cancer du sein, risque liéà une longue exposition aux œstrogènes. L'action des autres facteurs hormonaux va dans le même sens.(3)

Cependant, parallèlement à ce courant dominant, il a été observé dans quelques rares études (9, 10, 11, 12, 13,16) que ces facteurs hormonaux ne joueraient pas de la même façon dans toutes les ethnies. Dans cet article, nous analysons de façon rétrospective le profil hormonal d'une petite série de 23 patientes de race noire soignées en pratique privée de 1999 à 2015 en vue d'apprécier l'incidence de ces facteurs hormonaux chez elles. C'est donc une étude à portée très limitée dans le temps et dans l'espace puisque l'échantillon ne vient que de la pratique d'un seul cliniciendont l'unique prétention est de soulever la question de l'implication réelle des facteurs hormonaux dans la survenue du cancer du sein chez la femme haïtienne tout au moins. L'analyse montre plutôt une tendance et est de nature plus qualitative que quantitative. D'autres études rétrospectives et prospectives de nature quantitative avec un échantillon plus grand et mieux constitué se révèlent nécessaires pour corroborer ou non les observations présentées dans cet article.

**MATÉRIEL ET MÉTHODES**

Il s'agit de 23 patientes de race noire reçues en consultation entre 1999 et 2015 : 22 haïtiennes et 1 jamaïcaine. Le diagnostic de cancer a été confirmé dans tous les cas par l'étude anatomo pathologique. Nous avons pris en compte tous les paramètres du profil hormonal liés au sein, à savoir : âge au moment du diagnostic, âge des ménarches, âge à la première grossesse menée à terme, nombre de grossesses menées à terme, histoire de l'allaitement, antécédents de pathologie bénigne du sein atteint, prise de contraceptifs dans les années qui ont précédé le cancer du sein, le nom du contraceptif et la durée de la prise, l'âge à la ménopause. La prise de traitement substitutif de la ménopause n'a pas été retenue, cette question n'a pas en général été posée aux patientes,- d'ailleurs, un certain nombre n'étaient pas ménopausées au moment du diagnostic- de même que l'utilisation d'inducteurs d'ovulation. Certaines données sont manquantes, ce qui est dû, en grande partie, au fait que certaines patientes ne pouvaient pas s'en rappeler. Les autres facteurs de risques : familiaux, de l'environnement et du mode de vie, bien que notés dans les dossiers, n'ont pas été pris en compte dans cette analyse. Il n'y a pas eu de cas-témoins. L'analyse statistique utilisant le logiciel SPSS est purement descriptive, vu la petite taille de l'échantillon et l'objectif de l'article.

**RÉSULTATS**

1- L'âge des patientes allait de 37 à 83 ans. 43,2% avaient moins de 50 ans, 56,1% plus de 50 ans et un pic est observé autour de 50 ans au moment du diagnostic.

2- 88,3 % des patientes avaient eu leurs ménarches à 12 ans et plus, seulement 11,8% les ont eues à moins que 12 ans (10 et 11 ans).

3- 50 % des patientes avaient eu leur première grossesse entre 22 et 29 ans et 50 % à plus de 30 ans.

4- Deux patientes sur les 23 (soit 9,1 %) étaient nullipares.

5- En ce qui concerne le nombre de grossesses menées à terme, 54,4 % ont eu plus que 3 grossesses menées à terme, dont 4 grandes multipares (avec 9, 9, 10 et 11 grossesses menées à terme).

6- La durée de l'allaitement était variable d'une femme à l'autre et pour une même femme d'une grossesse à l'autre ; 69,6 % ont déclaré avoir allaité et 95,7 % d'entre elles pour plus que 6 mois. (3 jusqu'à 18 mois et 2 jusqu'à 16 mois).

7- 26,1 % ont eu une pathologie bénigne du sein dans les ATCD: il s'agissait de deux kystes, deux adéno fibromes, 1 dysplasie et 1 mastodynie. Pour 4 de ces 6 patientes

(66,66 %), le cancer du sein s'était développé **dans le** même sein atteint de pathologie bénigne antérieurement.
8- 26,1 % ont utilisé des contraceptifs à un moment ou à un autre dans leurs antécédents sur des durées variables. Les contraceptifs utilisés étaient : NordetR, MinigynonR, PilplanR, LofemenalR, NéogynonR.
9- 43,5% des patientes étaient ménopausées au moment du diagnostic. L'âge de la ménopause était inférieur à 50 ans pour 70 % d'entre elles.

**DISCUSSION ET REVUE DE LA LITTÉRATURE**

De la période pré pubertaire à la ménopause, le sein féminin est soumis à l'influence de 2 hormones, l'œstradiol et la progestérone, dont les actions synergiques et antagonistes conditionnent la croissance et la différentiation. Une troisième hormone, la prolactine, intervient à la grossesse pour stimuler la mammogenèse et assurer, après l'accouchement, la lactogenèse. L'équilibre entre ces différentes hormones détermine, selon divers auteurs, l'eutrophie du tissu mammaire au cours de la vie reproductive. (3)

Bien que les mécanismes de la carcinogenèse ne soient pas encore élucidés et que le cancer du sein soit considéré comme multifactoriel, le dysfonctionnement hormonal joue, selon la littérature, un rôle,bien que modeste, dans sa survenue. (4) Ainsi est dégagé un profil hormonal qui prédisposerait au cancer du sein : puberté précoce, ménopause tardive, première grossesse tardive, peu de grossesses ou nulliparité, pas d'allaitement ou peu, prise de contraceptifs oraux, traitement substitutif de la ménopause, pathologie bénigne du sein.
S'il est connu que l'âge est un des premiers facteurs de risques pour le cancer du sein (2/3 des cas se déclareraient après la ménopause), il semble que ce cancer concerne des femmes de plus en plus jeunes : 7% des femmes touchées en 2010 avaient moins de 40 ans, alors que ce chiffre était de 5,6% en 2002 selon la Société française de sénologie et de pathologie mammaire.(16) Dans cette petite série, on peut noter que le profil de la reproduction ne semble pas prédire la tranche d'âge auquel le cancer du sein va se déclarer, notamment l'âge aux ménarches (p= 0.29), l'âge à la première grossesse ( p= 0.94), le nombre de grossesses à terme ( p= 0.74) et l'âge à la ménopause( p= 0.55). Voir tableau ci-dessous.

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Age

| Source | Type III Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|---|---|---|---|---|---|
| Corrected Model | 93.740[a] | 4 | 23.435 | .983 | .561 |
| Intercept | 85.520 | 1 | 85.520 | 3.587 | .199 |
| Menarches | 46.542 | 1 | 46.542 | 1.952 | .297 |
| Age1ereS | .160 | 1 | .160 | .007 | .942 |
| Agemenopause | 11.959 | 1 | 11.959 | .502 | .552 |
| NSaterme | 3.540 | 1 | 3.540 | .148 | .737 |
| Menopause | .000 | 0 | . | . | . |
| Error | 47.688 | 2 | 23.844 | | |
| Total | 20770.000 | 7 | | | |
| Corrected Total | 141.429 | 6 | | | |

a. R Squared = .663 (Adjusted R Squared = -.012)

L'un des éléments du profil hormonal en question est la puberté précoce. L'âge normal de la puberté se situe, selon la plupart des auteurs autour de 12 ans et demi en moyenne et la puberté précoce est définie chez la fille par notamment l'apparition des règles avant l'âge de 10 ans(14).A la période pré pubertaire et au cours des premiers cycles qui sont en général anovulatoires, le sein est soumis à l'action exclusive des œstrogènes seuls secrétés par l'ovaire pendant plusieurs années et responsables de la prolifération des canaux galactophoriques. La production d'œstrogènes sera plus élevée avec les cycles ovulatoires.(3)Ils seront rejoints plus tard par la progestérone pour permettre le développement des lobules et des alvéoles en préparation aux phénomènes sécrétoires. (5).Bien que des controverses soient apparues à ce sujet au cours des dernières années (4,5), la plupart des auteurs pensent que les œstrogènes agissant seuls, par leur action proliférative, seraient plutôt inductifs de cancer et que la progestérone intervenant dès les premiers cycles ovulatoires avec une action plutôt sécrétante aurait l'effet inverse. La puberté précoce exposerait ainsi le sein à une imprégnation précoce et prolongée des œstrogènes agissant seuls. 88,3 % des patientes de la série avaient eu leurs ménarches à 12 ans et plus, seulement 11,8% les ont eues à moins que 12 ans (10 et 11 ans).La puberté précoce ne peut être retenue comme ayant été un facteur de risque dans ce groupe. Dans une étude sur les facteurs de risque de cancer du sein sur une population de Barbadiennes d'origine africaine de 241 cas et 481 cas-témoins, l'âge moyen de survenue des ménarches dans les 2 groupes était de 13 ans et n'était donc pas retenu comme un facteur significatif.(9)

Le 2e élément du profil hormonal est l'âge de survenue de la première grossesse menée à terme. Selon Nkondjock et Ghadirian(6), pendant la grossesse, l'activité proliférative est réduite au minimum tandis que l'activité sécrétoire est maximale, ce qui amène le développement complet du sein et le prépare à la lactation. Ainsi, plus la première grossesse menée à terme est précoce, plus elle protègerait le sein contre le cancer. Selon ces mêmes auteurs, une première grossesse menée à terme avant 20 ans est associée à un faible risque du cancer du sein tandis qu'une première grossesse menée à terme après 30 ans serait liée à un risque plus élevé. Les femmes qui ont mené au moins une grossesse à terme avant l'âge de 30 ans présentent, selon ces mêmes auteurs, un risque de cancer du sein diminué de 25 % par rapport aux femmes nullipares. Dans notre série, 50 % des patientes avaient eu leur première grossesse entre 22 et 29 ans et 50 % à plus de 30 ans. L'âge moyen de survenue de la première grossesse dans la série est donc relativement tardif si on se réfère à la littérature et pourrait être retenu comme un facteur pour le deuxième groupe. Deux autres études chez des populations non caucasiennes ont montré que ce facteur pouvait être retenu comme un risque pour le cancer du sein. (9,12)

Le 3e élément du profil hormonal est le nombre de grossesses menées à terme.Une nullipare serait plus à risque de développer un cancer du sein : pas de grossesse, donc pas d'occasion pour le sein de connaitre son complet développement, ce qui favoriserait un état prolifératif versus un état sécrétoire (protecteur) lié à la grossesse(9). Le risque de cancer serait légèrement augmenté tout de suite après la grossesse et diminuerait par la suite. (12,13).. Selon Suh-Yuh Wu et co, un nombre de 3 ou plus de grossesses menéesà terme se révèle protecteur(9). En ce qui concerne le nombre de grossesses menées à terme, seulement 2 patientes sur les 23 (soit 9,1 %) étaient nullipares ; 54,4 % ont eu plus que 3 grossesses menées à terme dont 4 grandes multipares (avec 9, 9, 10 et 11 grossesses menées à terme). Donc ces patientes devraient être relativement protégées par rapport à leur parité.Toutefois, la distinction n'a pas été faite entre femmes ménopausées et femmes non ménopausées pour cette variable dans notre analyse. Or, dans le Carolina Breast Cancer Study (CBCS), une grande parité semblait être associée à un risque plus élevé de cancer du sein chez les femmes pré ménopausées et une diminution des risques chez les femmes ménopausées. (9)

Plusieurs auteurs attribuent un effet protecteur contre le cancer du sein à l'allaitement (3, 4, 5) Cependant, les données de la littérature sur l'effet protecteur de l'allaitement restent imprécises(10). Des changements hormonaux endogènes, en particulier une réduction

d'œstrogènes et une augmentation de la sécrétion de prolactine sont produites par la lactation, diminuant ainsi l'exposition cumulative aux œstrogènes chez la femme allaitante. La lactation réprimerait ainsi l'apparition et le développement du cancer du sein. Par ailleurs, le décalage du rétablissement de l'ovulation contribuerait aussi à l'effet protecteur de l'allaitement.(5) Etant donné que la durée de l'allaitement est variable d'une femme à l'autre et, pour une même femme, d'une grossesse à l'autre, l'appréciation de ce facteur pour cette série doit être nuancée. 69,6 % ont déclaré avoir allaité et 95,7 % d'entre elles pour plus que 6 mois. (3 jusqu'à 18 mois et 2 jusqu'à 16 mois). Certains auteurs ont observé que la baisse du risque de cancer du sein lié à l'allaitement était associée à une première grossesse avant l'âge de 20 ans.(10) Ces mêmes auteurs ont établi que l'allaitement réduit le risque de cancer du sein chez la femme non ménopausée mais que les données sont moins évidentes pour la femme ménopausée(10) .

Selon divers auteurs (3) les contraceptifs à prédominance oestrogénique favorisent le cancer et les autres à base de progestérone auraient un effet protecteur. Selon ces auteurs, plus le temps d'utilisation est long, plus le risque est élevé. Cependant, le risque s'atténue au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la dernière utilisation. Cette dernière information n'a pas été recueillie auprès des patientes de cette série. 26,1 % ont utilisé des contraceptifs à un moment ou à un autre dans leurs antécédents sur des durées variables. Les contraceptifs utilisés étaient : NordetR, MinigynonR, PilplanR, LofemenalR, NéogynonR. Les 6 d'entre elles qui ont utilisé les contraceptifs l'ont fait sur une période allant de 4 à 72 mois. Les produits utilisés contenaient soit de la progestérone (NéogynonR) soit œstrogènes et progestérone (PilplanR, MinigynonR, LofemenalR), donc étaient relativement protecteurs. Cependant, d'autres auteurs ont montré que les produits combinant œstrogènes et progestérone peuvent potentialiser les effets prolifératifs des œstrogènes et augmenter de façon substantielle le risque de cancer du sein. .(10) Les données sont trop insuffisantes pour le petit nombre de patientes qui ont utilisé des contraceptifs dans cette série pour se prêter à une conclusion.

Certaines mastopathies bénignes dans les antécédents, témoin de dysfonctionnement hormonal antérieur, pourraient être prédictives de cancer du sein.(3 Ce risque dépendrait de la variété histologique de la mastopathie et du tissu mammaire avoisinant et serait d'autant plus élevé que ce tissu contient des éléments histologiques complexes comme une hyperplasie épithéliale et des atypies cytonucléaires. Dans notre série, 26,1 % ont rapporté une pathologie bénigne du sein dans les ATCD. Pour 4 de ces 6 patientes qui ont rapporté une mastopathie bénigne, le cancer du sein s'était développé dans le même sein atteint de pathologie bénigne antérieurement. Il s'agissait de deux kystes, deux adéno fibromes, 1 dysplasie et 1 mastodynie, selon ces patientes. Les données histologiques précises n'étant pas connues, nous n'avons pas tiré de conclusion là-dessusà part qu'une femme ayant eu une mastopathie bénigne semble devoir être surveillée pour le risque de cancer.

Quant à l'âge de survenue de la ménopause, plus il est tardif, plus il semble augmenter le risque comme il a été dit plus haut. Il est noté, selon Nkondjock et Ghadirian(6), un risque accru de cancer du sein chez les femmes ménopausées après 50 ans par rapport à celles dont les menstruations ont cessé à un âge plus jeune, et ceci quel que soit le mode de survenue de la ménopause, naturel ou chirurgical. Ce risque serait lié à une exposition prolongée aux hormones ovariennes. (5)43,5% des patientes de la série étaient ménopausées au moment du diagnostic. L'âge de la ménopause était inférieur à 50 ans pour 70 % d'entre elles, une ménopause tardive est définie comme survenant après 55 ans.(17) Il est remarquable qu'un pourcentage appréciable des patientes de cette série, 30,4 % n'étaient pas ménopausées et n'avaient pasatteint l'âge normal de la ménopause au moment du diagnostic, avec un âge aux premières règles normal ou plus élevé que la normale, ce qui signifie qu'elles n'ont pas eu le temps d'être plus longuement exposées à l'imprégnation oestrogénique par rapport à la population générale. D'autre part, des facteurs tels que l'âge aux premièresrègles et le nombre de grossesses influencent différemment le risque de cancer du sein selon que la femme soit ou non ménopausée, comme décrit plus haut.(10, 12, 13)

Pour le traitement substitutif de la ménopause et les inducteurs d'ovulation, l'information n'a pas été recueillie pour les patientes de cette série, mais selon la littérature, ces facteurs jouent également un rôle dans la survenue du cancer du sein. (3)Cependant, dans l'étude sur la population barbadienne, les hormones exogènes (contraceptifs oraux et traitements substitutifs de la ménopause) n'étaient pas associées à un risque élevé de cancer du sein. (9) D'autre part, les risques d'ostéoporose étant moindres chez la femme noire et leur indice de masse corporelle plus élevé, leur besoin de thérapie substitutive à la ménopause peuvent être moindres que chez la femme blanche.(10).

Certaines données manquaient pour certaines des patientes de cette série, il y en a qui ne pouvaient pas se rappeler les dates de leurs premières règles, de leur première grossesse, voire de leur ménopause, entre autres informations. Par ailleurs, cette brève analyse n'a pas tenu compte des autres variables (génétique, environnementale, etc.) et de leur interpénétration avec les facteurs hormonaux, ce qui représente certainement une autre grande limite. Cependant, l'idée de l'article était d'interroger l'implication des facteurs de risque hormonaux en tant que tels dans la population haïtienne noire, la question ayant été soulevée dansd'autres populations noires comme il est dit plus loin et de sensibiliser les parties prenantes pour des études plus larges et plus structurées sur la thématique. Ces études devront tenir compte des différences ethniques et des différences entre femmes ménopausées et femmes pré ménopausées par rapport aux facteurs de risques hormonaux, entre autres.

Car les études sur les facteurs de risques du cancer du sein ont rarement inclus des femmes afro-américaines.(10) ,Une nouvelle discipline a pourtant émergé : l'ethno-oncologie d'après laquelle la diversité des groupes ethniques semble corrélée à la diversité des formes de cancers. (11)Les facteurs de risques pour le cancer du sein établis pour certaines populations semblent avoir peu d'influence dans d'autres populations. Selon l'étude comparative menée entre femmes hispaniques et femmes blanches non hispaniques aux Etats-Unis, des différences ethniques notables sont retrouvées entre ces deux populations par rapport à la prévalence et aux facteurs de risques associés au cancer du sein. 62 à 75 % des cancers du sein étaient imputables aux facteurs de risques hormonaux chez les femmes blanches non hispaniques et autres comparativement à des taux de 7 à 36% chez les femmes hispaniques (12).Le profil de risque des afro-américaines semble également différent de celui des femmes blanches, et ceci pourrait expliquer une plus grande incidence de cancers du sein chez les afro-américaines avant 45 ans et une plus faible incidence dans ce même groupe après la ménopause selon Leslie Bernstein et Co(10).Dans l'étude sur les facteurs de risques de cancer du sein des femmes barbadiennes d'origine africaine(9) il est montré qu'elles ont un profil reproducteur différent des afro-américaines : premières règles plus tardives, première grossesse plus précoce, allaitement fréquent, peu d'utilisation des hormones exogènes, ce qui expliquerait que le taux de cancer du sein après la ménopause soit nettement inférieur dans cette population.Une étude sur le cancer du sein chez les femmes sénégalaises a également conclu que dans ce pays, « le cancer du sein survient chez la femme jeune, ayant eu ses règles après 12 ans, en période d'activité génitale, ayant fait sa première grossesse avant 30 ans et allaité plusieurs mois. »(16)

En dehors des différences par rapport aux facteurs de risques, il a également été noté des différences ethniques dans la pathologie du cancer du sein, des caractéristiques tumorales défavorables comme un statut œstrogène-récepteur négatif ayant été retrouvéeschez les femmes hispaniques comparées aux femmes blanches non hispaniques aux Etats-Unis. (12)

Enfin, il est intéressant de noter également que, selon une étude de 1999 (7) les femmes noires développent plus fréquemment des fibromesutérins à un âge plus jeune et des fibromes plus gros que les femmes blanches et que la concentration des récepteurs en œstrogènes et en progestérone sur le myomètre normal était significativement plus élevée chez les caucasiennes que chez les noires. Ce qui a porté les auteurs à suggérer une étiologie différente pour l'apparition des fibromes dans ces deux groupes de populations. Les récepteurs hormonaux sont peu ou pas étudiés dans la population

haïtienne soignée en Haïti. Le profil hormonal des femmes noires face au cancer du sein et leurs taux de récepteurs dans le tissu mammaire sont peut-être différents de ceux des femmes blanches, impliquant une expression différente des facteurs hormonaux, si tant est qu'ils agissent, pour la survenue du cancer du sein chez elles. Mais d'autres facteurs tels que le mode de vie et l'environnement pourraientégalement expliquer les différences d'interaction avec les facteurs hormonaux dans des contextes de vie différents (12). Toutes ces données montrent l'importance de mener des études pour évaluer le rôle des facteurs de risques en prenant en compte les différences ethniques.

**CONCLUSION**

Une série de 23 patientes soignées pour cancer du sein a été évaluée par rapport aux facteurs de risque hormonaux pour ce type de cancer. A part l'âge un peu tardif à la première grossesse menéeà terme pour 50% d'entre elles, les facteurs de risques hormonaux identifiés dans la littérature ne semblent pas jouer un rôle prépondérant dans cette série. L'étude est trèslimitée et voulait montrer plutôt une tendance, étant donné la très faible taille de l'échantillon et d'autresbiais tels que le fait qu'il s'agissait de patientes soignées par un seul clinicien et que certaines données étaient manquantes. Cependant, il est apparu à travers une brève revue de la littérature que des différences ethniques et des différences entre femmes ménopausées et femmes non ménopausées quant à l'implication et l'expression du risque hormonal face au cancer du sein et aussi dans la pathologie de ce cancer étaient à prendre en compte. Une hypothèse est que le taux de récepteurs hormonaux dans le tissu mammaire chez les noires seraitdifférent de celui des femmes blanches. Des études rétrospectives et prospectives avec des échantillons plus grands et des cas-témoins pour corroborer ou non les observations de cette analyse et cette hypothèse seraient utiles.

Des investissements énormes ont été consentis dans les pays industrialisés dans la recherche pour la lutte contre le cancer, mais, dans l'ensemble, peu de progrès ont été constatés au cours des trente dernières années dans le domaine : la pathologie reste grevée d'une mortalité et d'une morbidité insupportables, en dépit des traitements lourds que constituent la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie, l'hormonothérapie, etc. L'avènement de l'immunothérapie et des thérapies ciblées et autres n'a que très peu fait varier l'espérance et la qualité de vie des patients. Les facteurs de risques identifiés pour le cancer du sein: hormonaux, génétiques, environnementaux, l'obésité après la ménopause, la cigarette, l'alcool ne semblent impliqués que dans 50 à 55 % des cas en tout cas dans les populations occidentales (10) et les facteurs hormonaux expliqueraient seulement 17 % des différences ethniques. (12. Ce qui signifie que beaucoup de chemin reste à parcourirdans l'identification de facteurs de risques sur lesquels on peut agir, véritable voie royale pour faire reculer le spectre de la maladie.

**BIBLIOGRAPHIE/WEBOGRAPHIE**


*1- www.who.int/topics/cancer/breastcancer/fr/index1.html.*

*2- Cancer, Principles and practice, 3rd ed, Vincent t, p1197, 1989.*

*3- Plu-Bureau G, Touraine P et Kuttenn F. Sein et hormones. EncyclMédChir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Gynécologie, 810-A-10, 2002, 19 p).*

*4- I Craig Henderson, Jay R Harris, David W. Kinne, Samuel Hellman. Cancer of the breast in cancer principles and practice of oncology, 3rd ed, 1989, p1197-1199).*

*5- MEDECINE/SCIENCES 2005 ; 21 : 175-80 Facteurs de risque du cancer du sein AndreNkondjock, ParvizGhadirian*

*6- http ://www.caducee.net/DossierSpecialises / cancerologie / cancer -sein.asp*

*7- Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Vol 28, N° 7 - novembre 1999, p. 701*

*8- Ethnicity and variation in breast cancer incidence. Brinton LA, Benichou J, Gammon MD, Brogan DR, Coates R, Schoenberg JB. Int J Cancer 1997; 73: 349-55.*

*9- Risk factors for breast cancer in a black population—The Barbados National Cancer Study, Int J Cancer. 2009 Jan 1; 124(1): 174–179. * Suh-Yuh Wu,1 Ian R. Hambleton,2 M. Cristina Leske,1 and Anselm J. Hennison1,2,3*

*10- Ethnicity-related variation in breast cancer risk factors†Authors' Leslie Bernstein Ph.D.,Cayla R. Teal M.A.,Sue Joslyn Ph.D.,Jerome Wilson Ph.D Cancer Volume 97, Issue Supplement S11 January 2003 Pages 222–229*

*11- A conceptual framework for the planning of ethno-oncology, Authors,M. Alfred Haynes M.D.First published: 1 March 2000Full publication history.*

*12- Comparative analysis of breast cancer risk factors among Hispanic and non-Hispanic white women.Lisa M. Hines, ScD,1 Betsy Risendal, PhD,2 Martha L. Slattery, PhD, MPH,3 Kathy Baumgartner, PhD,4 Anna Giuliano, PhD,5 Carol Sweeney, PhD,3 Dana Rollison, PhD,5 and Tim Byers, MD, MPH2.Cancer. Volume 116, July 2010. P 3215-3223.*

*13- Race and Family History Assessment for Breast Cancer.Harvey J. Murff MD, MPH,Daniel Byrne MS, Jennifer S. Haas MD, MSPH, Ann Louise Puopolo BSN, RN,Troyen A. Brennan MD, JD, MPH. First published: 27 December 2004Full publication history. Journal of general internal medicine.JGIM*

*14- Guyton, Arthur C. Female physiology before pregnancy and the female hormones in Textbook of medical physiology, eigthed, p 910, 1991.*

*15- Age at first birth and breast cancer risk.MacMahon B, Cole P, Lin TM, Lowe CR, Mirra AP, Ravnihar B, Salber EJ, Valaoras VG, Yuasa S.Bull World Health Organ. 1970;43(2):209-21.*

*16- Médecine et Santé Tropicales 2016 ; 26 : 165-169 Femme noire sénégalaise et cancer du sein : quel profil ? Profile of black woman in Senegal with breast cancer Gueye M.1 , Kane Gueye S.M.2 , NdiayeGueye M.D.2 , Gueye L.2 , Moreau J.-C.2 1 12/9/2015*

*17- Trichopoulos D, MacMahon B. Menopause and breast cancer risk. J Natl Cancer Inst 1972; 48 : 605-13.*

# LA TUMEUR DE WILMS, PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DES ENFANTS FREQUENTANT LE SERVICE D'ONCOLOGIE DE L'HOPITAL SAINT DAMIEN

***Yvania Alfonso, MD. ** Pascale Yola Gassant, MD. ***Sherley JACQUES, MD. 2017**

***Chef de protocole des Tumeurs solides, Assistant-Chef du département d'Oncologie, Hôpital Saint Damien**

****Chef du département d'Oncologie, Hôpital St Damien**

*****Médecin de service, Hôpital St Damien**

**RESUME**

**La Tumeur de Wilms est la 2ème tumeur la plus fréquente à l'Hôpital Saint Damien. Après plus de 5 ans d'expérience dans la prise en charge du cancer dans notre Hôpital, une étude fut réalisée afin d'expliquer le décès de certains patients suivis pour Tumeur de Wilms. 52 patients de moins de 15 ans furent analysés de manière rétrospective de 2010 à 2015 et enregistrés sur le *Pediatric Oncologic Network Database* en évaluant des variables spécifiques. La Tumeur de Wilms était le plus souvent unilatérale et prédominait à gauche. L'âge moyen des patients était de 2.92 ans et le sexe ratio était de 1 pour 1. Le stade le plus fréquent était le stade 3. La prise en charge est multidisciplinaire, dépend du stade histologique et allie la chimiothérapie, la radiothérapie ainsi que la chirurgie mais semble être aussi limitée par le taux important d'abandon des patients au cours de leur suivi.**

**Mots clés : Tumeur de Wilms, épidémiologie, pays à ressources limitées, chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie.**

**ABSTRACT**

**Wilms Tumor is the 2nd most common tumor at Saint Damien Hospital. After more than 5 years of experience in cancer care at our hospital, a study was conducted to explain the death of some patients followed for Wilms Tumor. 52 patients aged less than 15 years were analyzed retrospectively from 2010 to 2015 and recorded on *the Pediatric Oncologic Network Database* by evaluating specific variables. The Wilms Tumor was most often unilateral and predominated on the left side. The mean age of the patients was 2.92 years and the sex ratio was 1 to 1. The most common stage was stage 3. Management is multidisciplinary and combines chemotherapy, radiotherapy and surgery, but seems to be also limited by the high rate of patient abandonment during follow-up.**

**Key words: Wilms Tumor, epidemiology, low-income country, chemotherapy, radiotherapy, surgery.**

## INTRODUCTION

La tumeur de Wilms est la tumeur rénale la plus fréquente de l'enfant, ce qui correspond à 90% des tumeurs rénales. Dans les pays à ressources limitées, le cas typique d'un enfant avec tumeur de Wilms est celui d'un enfant de 3 ans, avec malnutrition sévère se présentant avec une volumineuse masse abdominale indolore accompagnée ou non d'hypertension et d'hématurie. Malheureusement, dans la majorité des cas, la prise en charge est limitée par un diagnostic tardif, l'échec au traitement pouvant s'expliquer également par l'abandon des patients, ainsi que le manque de structures. Le taux de survie varie de 11 à 50 %, alors qu'il avoisine les 90% pour les pays développés [1]. Son incidence annuelle varie de 4-10 pour un million chez les moins de 15 ans, avec un pic chez les 2-6 ans et est plus élevée chez la race noire [2]. Dans les pays à ressources limitées comme le Kenya, d'après Njuguna et al, entre 2010 et 2012, la plupart des patients arrivent à un stade avancé. Dans 43% des cas, les patients étaient diagnostiqués au stade III, alors que 40% étaient au stade IV. La prise en charge est multidisciplinaire et combine la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie pour des patients qui sont éligibles et devrait se faire, pour les pays à ressources limitées, suivant les recommandations de la Société Internationale d'Oncologie Pédiatrique [1]. Après plus de 5 ans dans la prise en charge du cancer infantile à l'Hôpital Saint Damien, on s'est alors demandé où en était l'expérience locale concernant la tumeur de Wilms jusqu'ici ? Mais également qu'est ce qui expliquait le décès de certains patients suivis pour cette même pathologie ? Comment pourrait-on empêcher ce phénomène ? Aussi, ce travail a-t-il été effectué.

**METHODOLOGIE**

Il s'agit d'une étude rétrospective intéressant les patients de moins de 15 ans atteints de tumeur de Wilms ayant été diagnostiqué dans le Service d'Oncologie de l'Hôpital Saint Damien de 2006 à 2015. Sont exclus les patients ayant interrompu leur suivi bien avant l'annonce de leur diagnostic, ceux qui avaient déjà bénéficié d'une intervention chirurgicale et qui n'avaient pas reçu de traitement dans les 7-10 jours suivant l'intervention, soit d'une radiothérapie, ou d'une chimiothérapie avant leur transfert vers le service d'oncologie de notre hôpital.

52 patients furent enregistrés sur le *Pediatric Oncologic Network Database* et les données statistiques furent générées à partir de ce logiciel en considérant les variables suivantes : l'âge, le sexe, la latéralité, le stade histologique, le type de protocole, le délai de la prise en charge chirurgicale par rapport à la chimiothérapie, de la radiothérapie et le taux de survie en excluant les patients ayant abandonné.

**RESULTATS**

1- **Latéralité** : 84.12% des tumeurs de Wilms diagnostiquées étaient unilatérales avec une prédominance pour le rein gauche (59.61 %). Les 5.76 % restant étaient bilatérales et ont été répertoriés chez les filles.

| Lateralisation | # | % | Total |
|---|---|---|---|
| **Droit** | 18 | 34.61 | |
| **Gauche** | 31 | **59.61** | |
| **Bilaterale** | 3 | 5.76 | |
| **Totale** | **52** | | **52** |

Tableau 1 : Localisation gauche prédominante (Service Oncologie HSD)

2- **Sexe ratio** : Il est de 1 :1.

3- **L'âge moyen** de la population étudiée était de 2.92 ans (< 1 an – 11 ans). Il convient de noter que la moitié de la population avait 3 ans et 75% de la population avait 4.5 ans.

4- **Ana pathologie :** 78.69 % des patients ont pu bénéficier d'un examen ana pathologique. De ces 78.69 %, 48.07 % ont pu avoir des changements histologiques post-chimiothérapie néo adjuvante. Pour les 19.23 % restants, qui n'avaient pas d'examen ana pathologiques, ceci s'expliquait par l'abandon de la majorité de ces patients (70%).

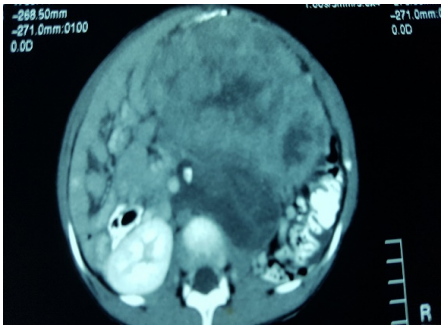


Fig. 1 : Scanner abdominal : Extension au pelvis : 16.6 X 10.8 cm ; Refoulement anses intestinales ;
Refoulement gros Vx vers la droite ; Rein G absent

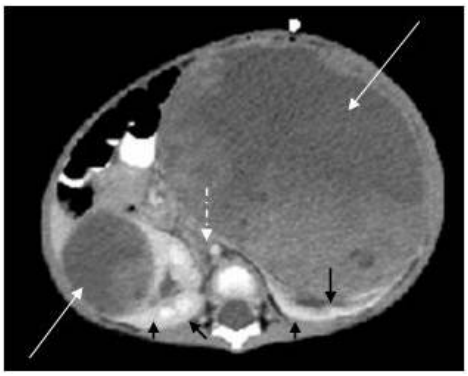


Fig. 2 : TW bilatérale

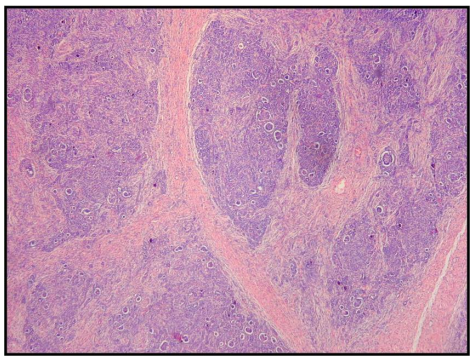


Fig. 3 : TW Triphasique Différenciée

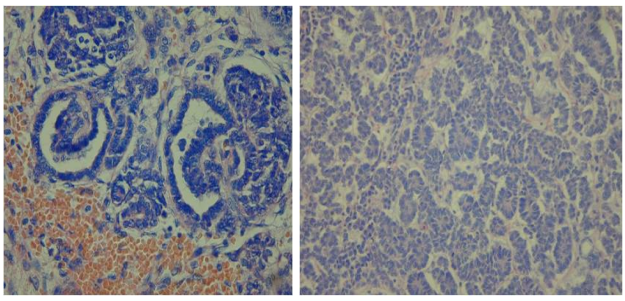


Fig. 4 : TW à prédominance glomérulaire
*Source:http://www.cure4kids.org/private/user_files/25000/20552/Onco-Ch24-Fig3b.jpg*

*La distinction entre la TW d'histologie favorable ou défavorable est basée sur la présence des signes histologiques d'anaplasie. Les changements morphologiques du noyau des cellules tumorales sont en corrélation avec l'acquisition de mutations du P53.*

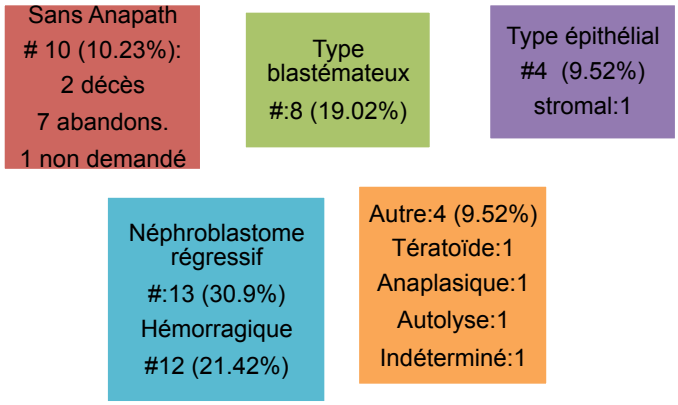



Fig. 5 : Différents types ana pathologiques

5- **Stade** : Le stade le plus fréquent était le stade III (63.46%) suivi du stade IV (21.15%). Il convient de noter que 72.72 % des patients qui avaient un stade IV avaient déjà une métastase pulmonaire.

6- **Traitement :**

**a- Médical :** Dans 76.92 % des cas, le protocole 4002 (Actinomycine D, Vincristine et Doxorubicine) a été le plus employé en termes de chimiothérapie et le protocole ICE (Ifosfamide, Carboplatine et Etoposide) dans 13.42 % des cas de rechute.

| Stade | I | II | III | IV | V |
|---|---|---|---|---|---|
| # | 1 | 4 | 33 | 11<br>P: 8<br>M: 3 | 3 |
| % | 1.92 | 7.69 | 63.46 | 21.15<br>P: 72.72<br>M: 27.27 | 5.76 |
| TOTAL | | | | | 52 |

Tableau 2 : Stadification : Le stade III est le plus fréquent.
*(P:métastase pulmonaire ; M : métastases au poumon et au foie)*

Tableau 3 : Chimiothérapie : Le protocole 4002 a été le plus utilisé.

En ce qui concerne la radiothérapie HSD , des 52 patients, seulement 35 étaient éligibles (67.30%). Néanmoins, seulement 18 patients (51.42 %) de ces derniers ont pu en bénéficier, ne représentant ainsi que 34.61 % des patients suivis pour Tumeur de Wilms. Parmi les patients qui devaient bénéficier la radiothérapie, 20% ont abandonné le traitement.

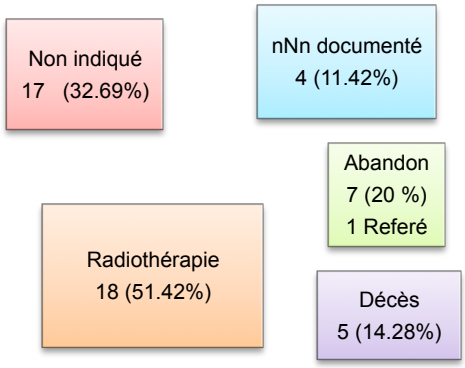



Tableau 4 : Radiothérapie : La moitié des patients ont bénéficié de radiothérapie.

**b- Chirurgical :** Concernant le délai du traitement chirurgical par rapport à la chimiothérapie, 88.46 % des patients ont pu être opérés. De ces derniers, 78.26 % d'interventions ont pu être réalisées entre les 5e et 8e semaines. 11.53 % n'ont pas pu avoir lieu soit par décès au moment du diagnostic ou par abandon du traitement. 6.52 % des interventions ont été réalisées entre les semaines 10 et 12 soit à cause du mauvais état général du patient, d'une mauvaise réponse ou l'absence de réponse de la tumeur par rapport à la chimiothérapie. Il faut également souligner que 4.34% des patients ont pu être opérés lors de la semaine 0, soit aux stades 1 ou 2, bien avant de recevoir la chimiothérapie.

Expérience locale

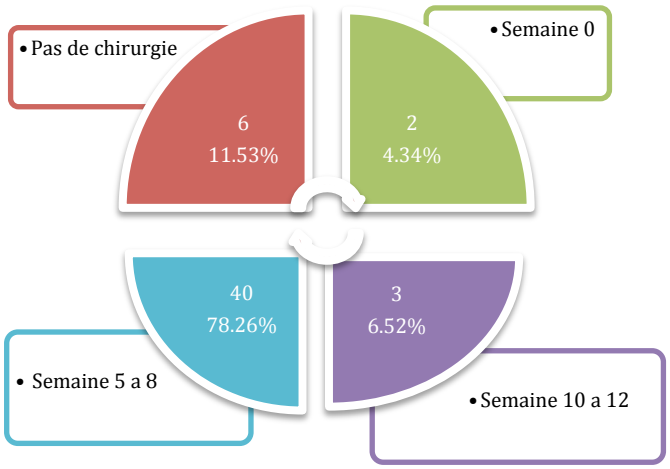
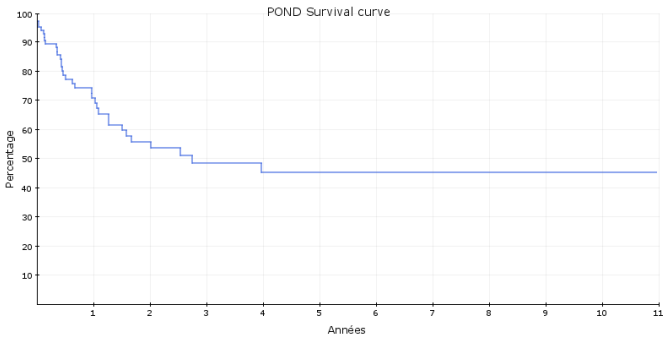



Tableau 5 : La majorité des patients ont été opérés entre la 5e et 8e semaine

**c-** Complications et survie : Si pour T. Israel et al. le taux de survie varie de 11 à 50 % pour les pays à ressources limitées, nous pouvons dire que notre taux global de survie se situe dans cet intervalle avec nos 45%. On apprendra plus tard par le biais d'autres parents que la totalité des patients ayant abandonné étaient décédés par la suite.

**d-** Par rapport à l'issue clinique des patients au cours de la période étudiée, 34.61% des patients survécurent. 36.53% des patients avaient abandonné avant la fin de la période étudiée. Il y eut 23.07% de rechute, et 26.92 % des patients sont morts. Les décès sont survenus soit au moment du diagnostic, par rupture de la tumeur ou par suite d'une septicémie. Il est à noter qu'un même patient pouvait avoir de multiples issues cliniques. Le taux de survie pour les 5 ans est de 45%.




Source : POND

**ANALYSE**

**1- Latéralité** : Dans notre étude, le rein gauche a été le rein le plus fréquemment atteint ce qui est similaire à l'observation faite par Chan et al à Hong Kong en 2014 [4]. On a également remarqué que les tumeurs bilatérales étaient liées au sexe féminin tout comme pour Hung et al.

**2- Sexe ratio** : Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les 2 sexes.

**3-** Age moyen : Concernant les caractéristiques épidémiologiques, si d'après The Journal of Formosan Medical Association par Hung et al, l'âge moyen était de 3.7 ans, pour un sexe ratio était égal à 1[3], on a pu constater que nos trouvailles avaient tendance à être identique à part l'âge moyen qui diffère un peu. Toutefois la moitié de notre population avait effectivement 3 ans.

**4- Ana pathologie :** De ces 78.69 %, 48.07 % ont pu avoir des changements histologiques post-chimiothérapie néo adjuvante. Et comme 19.23 % qui n'avaient pas d'examen ana pathologiques à cause de leur abandon ou de leur décès au diagnostic, on se demande si le type hémorragique aurait toujours été prédominant.

5- **Stadification** : Si nos observations sont similaires à ceux de Hung et al par rapport à la fréquence du stade histologique. Cependant, nous devons souligner que la majorité de nos patients sont au stade 3 au moment du diagnostic soit 63.46% comparé aux 23.9 % de leur étude ceci étant lié au retard du diagnostic des patients avant d'être référé au service d'Oncologie de l'Hôpital Saint Damien

6- **Traitement** : Si nous respectons dans 40% des cas les recommandations de la Société Internationale d'Oncologie Pédiatrique en termes de délai pour l'intervention chirurgicale, notre taux d'abandon est bien supérieur à celui observé en Afrique subsaharienne qui affiche un taux variant entre 14 à 48%. [5]. Cette disparité s'explique par le fait que les parents doivent, en dehors de la chimiothérapie qui est gratuit, faire face à d'autres coûts directs tels les frais de transport, de nourriture puisque l'hôpital ne distribue la nourriture qu'aux patients. Par ailleurs, beaucoup de parents résident en province donc devront trouver un logement sinon dormir à la belle étoile quand le jour des rendez-vous approche. Signalons également les croyances religieuses liées à notre culture. En effet, certains parents nient la pathologie cancéreuse de leur enfant et fréquentent en désespoir de cause des prêtres religieux (pasteurs, houngans) dans le but de soulager les symptômes croyant que ces derniers sont liés à un quelconque sortilège. Parfois, les besoins de base ne sont pas comblés, il est donc difficile de tous les identifier.

7- **Complications et Survie** : Si pour T. Israel et al. le taux de survie varie de 11 à 50 % pour les pays à ressources limitées, nous pouvons dire que notre taux global de survie se situe dans cet intervalle avec nos 45%. On apprendra plus tard par le biais d'autres parents que la totalité des patients ayant abandonné étaient décédés par la suite.

**CONCLUSION**

TW 2ème tumeur la plus fréquente à l'HSD après les Leucémies et peut être associée à des malformations congénitales. De ce fait, tout patient présentant une pathologie prédisposante doit être dépisté pour probable TW. La clinique est très riche, avec une symptomatologie non spécifique, qui peut simuler d'autres pathologies, entrainant un diagnostic tardif ; Le traitement est très complexe, mais présente de bons résultats. Nous avons un taux de survie de 45%, identique à la revue de littérature, nos patients arrivant généralement au stade III-IV au diagnostic. Le pronostic est très favorable si le diagnostic est précoce, avec un taux de survie > 90% dans les pays développés.

A partir de notre travail, nous avons pu faire ressortir que l'abandon pouvait être un facteur important dans le décès des patients atteints de Tumeur de Wilms et qu'on pouvait agir sur la disponibilité du logement ainsi que d'un psychologue pour la prévention de l'abandon en cours de traitement. Ce serait également l'occasion pour les autorités municipales de fournir des logements à ceux qui reviennent de la province. D'autres facteurs pourraient également expliquer la mort de nos patients mais ceci fera l'objet d'une autre étude.

**BIBLIOGRAPHIE**


*1) T. Israels et al., "SIOP PODC: Clinical Guidelines for the Management of Children With Wilms Tumour in a Low Income Setting," Pediatr. Blood Cancer, vol. 60, no. 1, pp. 5–11, 2013.*

*2) E. M. Molyneux, H. N. Caron, M. Jamali, and J. De Kraker, "Preoperative Chemotherapy for Patients With Wilms Tumor in Malawi Is Feasible and Efficacious," Pediatr. Blood Cancer, vol. 51, no. 1, pp. 584–589, 2009.*

*3) C. et al Hung, IJ; Chang, WH; Yang, "Epidemiology, clinical features and treatment outcome of Wilms Tumor in Taiwan: a report from Taiwan Pediatric Oncology Group," J. Formos. Med. Assoc., vol. 103, no. 2, pp. 104–11, 2004.*

*4) H. et al Chan, CC; To, KF; Yuen, "A 20-year Prospective Study Of Wilms Tumor and Other Kidney Tumors: A report from Hong Kong Pediatric Hematology and Oncology Study Group," J. Pediatr. Hematol. Oncol., vol. 36, no. 6, pp. 445–449, 2014.*

*5) V. Paintsil et al., "The Collaborative Wilms Tumour Africa Project ; Baseline evaluation of Wilms tumour treatment and outcome in eight institutes in sub-Saharan Africa," Eur. J. Cancer, vol. 51, no. 1, pp. 84–91, 2015.*

**INCIDENCE DES OCCLUSIONS INTESTINALES**

Sancha Nicole BERCY, MD*. Carl Eric CREVECOEUR, MD**. 2017
* Résident à l'Hôpital N'ap Kenbe de MSF/HAITI
**Chirurgien à l'Hôpital N'ap Kenbe de MSF/HAITI

**RESUME**

L'occlusion intestinale est l'un des motifs les plus fréquents d'hospitalisation d'urgence en milieu chirurgical. Ce syndrome recouvre des situations cliniques très variées dont certaines nécessitent une intervention chirurgicale d'urgence alors que d'autres permettent la réalisation d'investigation plus poussée et éventuellement un traitement médical. Une revue rétrospective longitudinale des cas d'occlusion reçus à l'Hôpital N'ap Kenbe de MSF a été réalisée, couvrant la période allant de Janvier 2013 à décembre 2015. Elle a mis en évidence que l'incidence de l'occlusion va croissante, que le sexe le plus fréquent est le sexe masculin, que le groupe d'âge le plus touché est compris entre 0 à 5 ans et que la hernie étranglée est l'étiologie la plus rencontrée. Il demeure qu'il importe de connaitre les causes d'une telle croissance chez les garçons en bas âge.

**MOTS CLES : Occlusion intestinale, hernie étranglée, chirurgie.**

**INTRODUCTION**

L'occlusion est l'affection intestinale la plus fréquente. Il représente 65-75% dans les pays industrialisé et aux États-Unis, les brides représentent l'étiologie la plus fréquente des cas d'occlusion [1] . Plus de 300.000 patients sont opérés pour occlusion sur brides par an, soit un total de 75% des cas [1, 2] . La hernie, les tumeurs malignes et la maladie de Crohn font parties des étiologies les moins fréquentes [1]. En Haïti, les données sont rares. Depuis l'ouverture de la section chirurgicale de l'Hôpital de MSF, beaucoup de cas d'occlusion ont été recensés, mais aucune étude n'a encore été menée. Une recherche sur de l'incidence de ces cas, durant les 3 années écoulées, s'est avéré être opportune doutant que les brides seraient l'étiologie la plus fréquente.

**METHODOLOGIE**

L'étude est rétrospective, longitudinale, menée de janvier 2013 à janvier 2016, au service de chirurgie viscérale à l'hopital N'ap Kenbe de Tabarre. La population ciblée est de 1090 cas. Les critères d'exclusion concernaient tous patients ne présentant pas un tableau d'occlusion (720), ceux ayant un protocole incomplet et ceux avec péritonite pour lesquels on n'a pas pu préciser s'ils présentaient un tableau d'occlusion (155).

Les critères d'inclusion concernent 255 patients, incluant tous ceux qui présentaient un tableau d'occlusion intestinale, tous âges inclus et ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale, avec un protocole complet.

Nous avons consulté les protocoles opératoires et les dossiers pour collecter des données ciblées dans les deux hôpitaux. Les variables analyses sélectionnées sont fréquence annuelle, l'âge, le sexe, le diagnostic étiologique et la morbidité. Ces variables sont collectées sur un fichier Excel, ensuite analysées sur Epi info. Une revue de la littérature disponible sur Pubmed est faire pour l'analyse des résultats.

**RESULTATS**

**1) INCIDENCE PAR AN**

| Année | Total de cas | % |
|---|---|---|
| 2013 | 63 | 24,70% |
| 2014 | 90 | 35,29% |
| 2015 | 103 | 39,21% |
| **Total** | **255** | **100%** |

Tableau 1 : Les cas d'occlusion durant les années vont croissant. On a reçu plus de cas d'occlusion á l'hôpital MSF durant l'année 2015.

## 2) INCIDENCE PAR TRANCHE D'AGE

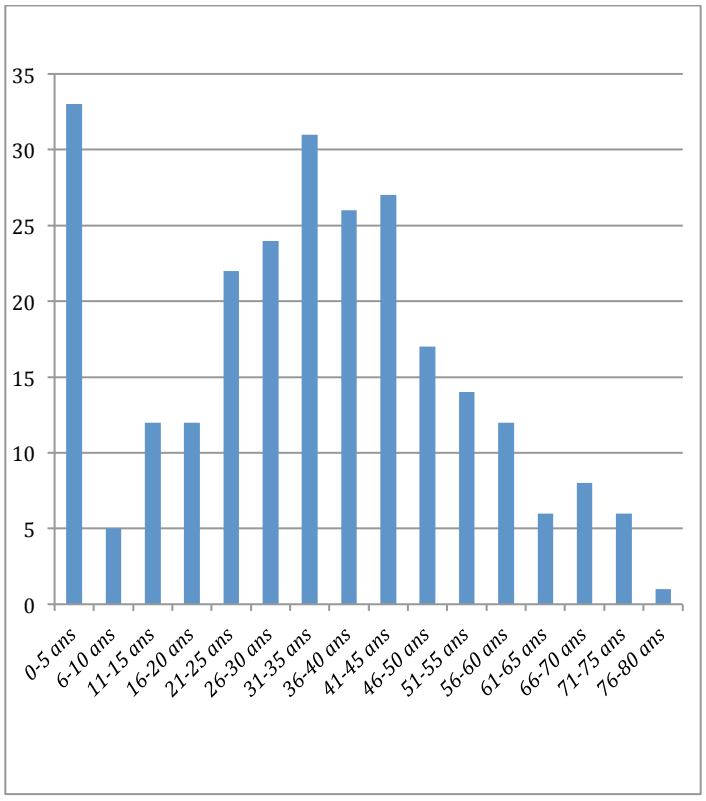



Tableau 2 : La tranche d'âge la plus touchée est inclue entre 0 à 5 ans avec 33 soit 12,94%, suivie du groupe 31-35 ans.

## 3) INCIDENCE PAR RAPPORT AU SEXE

| Sexe | Total | % |
|---|---|---|
| Masculin | 239 | 93,72% |
| Féminin | 16 | 6,27% |
| **Total** | **255** | **100%** |

Tableau 3 : Le sexe masculin s'avère être le plus touché avec un total de 239 cas soit 93,72% sur 16 femme soit 6,27%.

## 4) INCIDENCE DES ETIOLOGIES

| Étiologie | Total | % |
|---|---|---|
| **Hernie étranglée** | **177** | **69,41%** |
| Brides grêles | 34 | 13,33% |
| Invagination | 17 | 6,66% |
| Brides coliques | 2 | 0,78% |
| Corps étranger | 1 | 0,39% |
| Volvulus grêle | 2 | 0,78% |
| Volvulus colique | 7 | 2,74% |
| Masses | 3 | 1,17% |
| Iléus | 12 | 4,70% |
| **Total** | **255** | **100%** |

Tableau 4 : La Hernie étranglée s'avère être l'étiologie la plus fréquente. Les brides du grêle sont en deuxième position.

## 5) INCIDENCE LIE A LA LETALITE:

| Letalité | Total | % |
|---|---|---|
| **2013** | 2 | 0,0003% |
| **2014** | 2 | 2,22% |
| **2015** | 4 | 3,88% |
| **Total** | 8 | 100% |

Tableau 5: Durant l'année 2015 on a eu une augmentation des décès lie à cette pathologie

**ANALYSE**

**a) Incidence par an**

Durant l'année 2013, on a trouvé 63 cas d'occlusion intestinale (24,70%) ; 90 cas pour 2014 (35,29%) et 103 cas pour 2015 (39,21%), avec un intervalle de confiance à 95% ; *p* a une valeur de -10% donc est statistiquement représentatif. Cette augmentation est peut-être dû probablement au fait que l'hôpital était de plus en plus connu au fil des ans.

Aux USA en 2011, au Los Angeles County Medical Center, University ot Southern California, l'incidence était à 3.9% sur 571 patients [3].

**b) Incidence par rapport à la tranche d'âge**

La tranche d'âge la plus touchée est inclue entre 0-5 ans avec un total de 33 cas (12,94%), suivie de la tranche 31-35ans avec total de 31 cas (12,15%). En comparaison avec une étude réalisée au Niger, l'âge médian est de 25 ans et les enfants représentent 38.60% [3] . Aux USA, une étude réalisé chez des adultes démontre que l'âge médian est de 63 ans ; 29% sont inclus entre la tranche 15-59 ans et 39% chez les + de 75 ans.

**c) Incidence par rapport au sexe**

Le sexe prédominant est le sexe masculin avec un total de 239 cas (93,72%). Au Niger, on a relaté la même observation au cours d'une étude réalisée à l'Hôpital National de Zinder [4] . Aux USA, le sexe prédominant est le sexe féminin avec un total de 60% [5] .

**d) Incidence des étiologies**

La hernie étranglée s'avère être l'étiologie la plus fréquente avec un total de 177 cas (69,41%) suivie des brides du grêle avec un total de 34 cas (13,33%). ce qui a été observé également aux Niger avec 49,70% de hernie étranglées, suivie des invaginations intestinales aigues avec 19,88% des cas [4]. Aux Etats Unis, l'étiologie la plus fréquente sont les brides avec un total de 2.4% [6] . 9.4% sont des brides post op ; 76% affectent le petit intestin [6] .

**e) Incidence lie à la létalité**

Au cours des trois années d'observation, on note une légère une augmentation des décès par occlusion intestinale, probablement due à une plus grande fréquentation de l'hôpital. Cependant, le taux reste relativement bas comparativement aux chiffres relatés dans une étude mené à l'Hôpital Montefiore du Bronx, USA, soit 4,44% sur 405 patients [7] et 14% sur 99 patients au Nigeria [8].

**CONCLUSION :**

D'après les résultats de l'étude on pourra conclure que l'incidence de l'occlusion intestinale a retrouvée croissante au fil des années depuis l'ouverture du service de chirurgie viscérale, augmentation qui serait dû probablement au fait que l'hôpital est de plus en plus connu au fil des ans.

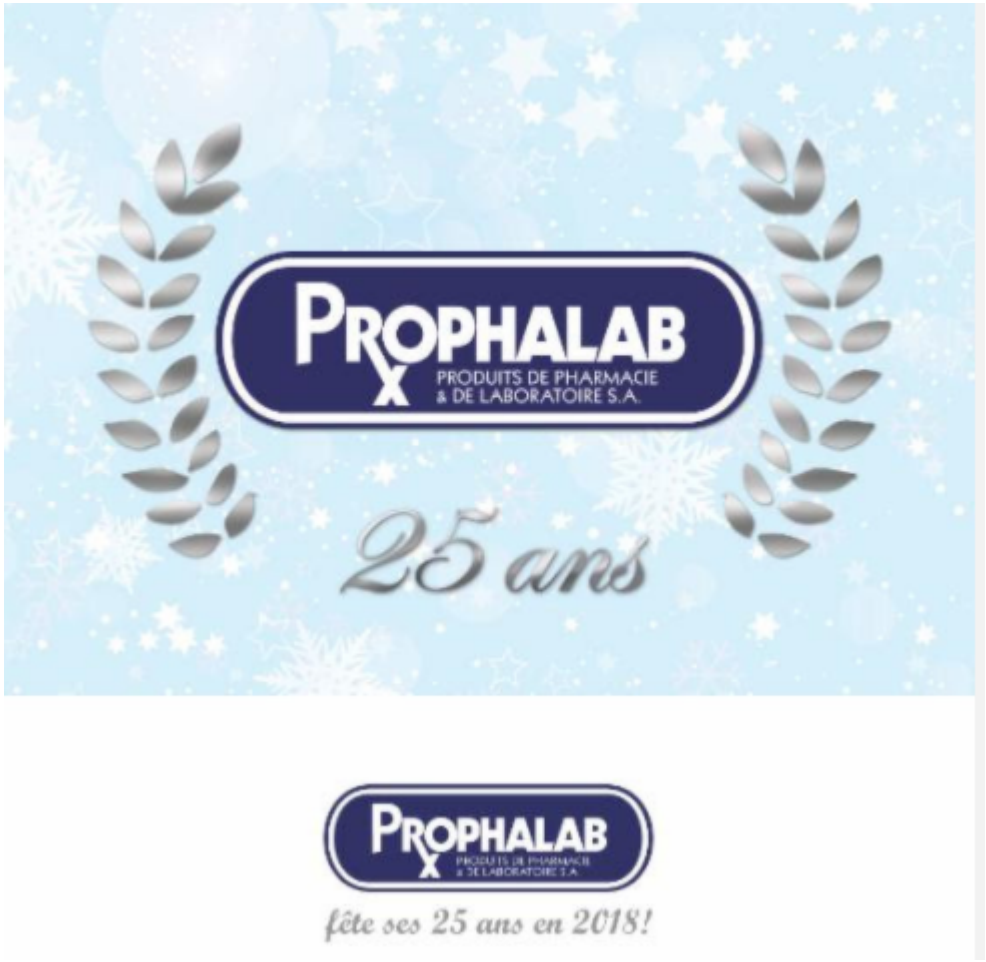
Le groupe d'âge le plus touché est de 0-5 ans (12,94%), le sexe le plus touché est le sexe masculin (93,72%) et l'étiologie la plus fréquente est la hernie étranglée (69,41%) suivie des brides du grêle. Il se pourrait qu'un certain nombre de cas d'occlusion sur bride aurait été traité médicalement, ce qui fausserait les résultats. Ces trouvailles attirent quand même l'attention sur le fait de la fréquence de la hernie étranglée chez l'enfant, ce qui devrait être pris en compte dans les hôpitaux.

**BIBLIOGRAPHIE**


1) *Menzies D, Ellis H. Intestinal obstruction from adhesions-Howbig is the problem? Ann R Coll surg Engl 1990;72:60-3.[PMC free article][PubMed]*
2) *Ray NF, Denton WG, Thamer M, et al: Abdominal adhesiolysis: Inpatient care and expeditures in the United States in 1994. J Am Coll Surg 186:1, 1998 ).*
3) *Bamparas G, Branco BC, Schnuriger B, et al. Inhospital small bowel obstruction after exploratory laparotomy for trauma. J Trauma 2011; 71:486.*

4) *Etiologies et pronostic des occlusions intestinales aiguës mécaniques à l'hôpital National de Zinder: Harissou Adamou, Ibrahim Amadou Magagi et Yacouba Harouma, The Pan African Medical Journal 2016*
5) *Jo-Anne P. Attard and Anthony R. MacLean. Adhesive small bowel obstruction: epidemiology, biology and prevention. Can J Surg. 2007 Aug; 50(4): 291-300. PMCID: PMC2386166, Canadian journal of Surgery.*
6) *Liliana Bordeianou, MD, MPH, Daniel Dante Yeh, MD : epidemiology, clinical features, and diagnosis of small bowel obstruction in adults (UpToDate)*
7) *Bizer LS, Liebling RW, Delany HM, Gliedman ML. Small bowel obstruction: the role of nonoperative treatment in simple intestinal obstruction and predictive criteria for strangulation obstruction Surgery 1981; 89:407( PubMed).*
8) *Lawal OO, Olayinka OS, Bankole JO. Spectrum of causes of intestinal obstruction in adult Nigerian patients. S Afr J Surg 2005; 43:34, 36.*

*SANCHA NICOLE BERCY*
*Cell : 36880968*
*E-MAIL: sanchanicolebercy@gmail.com*
*DATE DE SOUMISSION: décembre 2016*



## RUPTURE TOTALE DE LA LONGUE PORTION DU BICEPS

H. FAHIM, Service de Traumatologie Orthopédie, Centre Hospitalier Provincial Mohamed V. Sefrou, Maroc. 2015

**RESUME**

**Nous rapportons un cas exceptionnel de rupture totale de la longue portion du biceps. Les données cliniques, et radiologiques (échographie et imagerie par résonnance magnétique) permettent d'évoquer le diagnostic. L'arthroscopie est souvent nécessaire pour confirmer le diagnostic. L'indication chirurgicale est en faveur de la douleur et/ou un dysfonctionnement.**

**Mots clés : Rupture totale de la LPB, imagerie, traitement chirurgical.**

**ABSTRACT**

**We report an exceptional case of total rupture of the long portion of the biceps. The clinical, and radiological data (scans and magnetic imagery by resonance) make it possible to evoke the diagnosis. The arthroscopy is often necessary to confirm the diagnosis. The surgical indication is in favour of the pain and/or a dysfunction.**

**Key words: Total rupture of the LPB, imagery, surgical treatment.**

**INTRODUCTION**

Les ruptures traumatiques de la longue portion du biceps (LPB) sont extrêmement fréquentes. Lorsqu'elles surviennent au cours d'un traumatisme, c'est dans le cadre d'une dégénérescence du tendon. Souvent la rupture est précédée d'une longue histoire de pathologie de la coiffe. Toutefois dans certains cas, il n'existe aucun antécédent et la rupture survient lors d'un mouvement forcé de supination, dans les exercices de lancer ou dans les chutes bras en extension comme dans les lésions de stade IV des superior labrum tear from anterior to posterior (SLAP). Dans les ruptures partielles, les douleurs sont souvent intenses et le passage à la rupture complète s'accompagne le plus souvent d'une disparition des douleurs.

**OBSERVATION :**

Il s'agit d'un patient âgé de 65 ans agriculteur (travailleur de force), ayant comme antécédents des douleurs chroniques de l'épaule droite, et suite à un port de charge excessive, il a senti une douleur brutale de l'extrémité supérieure de l'humérus (ESH) accompagnée d'une sensation de claquage.

A l'examen clinique, il se présente avec un coude fléchi, mais ne signale pas de déficit de flexion. La contraction du muscle biceps est impossible et présente un aspect en boule bicipitale disgracieuse du bras (muscle de Popeye), douloureux au début (contracture musculaire, crampes..) de même que l'apparition d'une ecchymose de la partie moyenne du bras. La comparaison avec l'autre côté fait évoquer le diagnostic. A l'examen complet de l'épaule et du coude, on note une faiblesse de l'épaule (fig. 1 et 2).

Fig. 1 : Rupture du long biceps coude fléchi

(muscle de Popeye)

Fig. 2 : coude en extension

**LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :**

1) Rx standard : Les tendons du biceps ne sont pas perceptibles. On peut cependant évaluer l'insertion de la coiffe et l'articulation acromio-claviculaire. On note une fracture de l'humérus consolidée (fig. 3).

Fig.3 : Fracture de l'humérus consolidée

2) A l'échographie on décèle : a) la présence d'une rupture totale du tendon de la LPB avec rétraction du muscle biceps au niveau du tiers moyen de l'avant-bras ; b) l'aspect normal des tendons sus épineux, sous scapulaire et sous épineux ; c) l'absence d'épanchement articulaire scapulo-huméral ni de la bourse sous acromio-deltoïdienne.

**TRAITEMENT :**

Le patient étant sous AG, la voie d'abord est antéro-interne (en regard du corps musculaire du biceps), prolongée en haut par la voie delto-pectorale. L'exploration chirurgicale trouve une rupture totale de la LPB avec rétraction du corps charnu. Après excision des tissus fibreux, la ténodèse du biceps consiste à fixer le tendon du biceps sur l'humérus dans la gouttière bicipitale (biceps coincé dans un orifice osseux après l'avoir suturé en boule sur lui-même). L'intervention est terminée par une immobilisation plâtrée du coude en légère flexion pour protéger les sutures. Les soins post-opératoires ont été simples (fig. 4).

Fig. 4 : aspect per-opératoire du tendon de la LPB

Une rééducation passive a eu lieu pendant deux semaines, puis active pendant 4 à 6 semaines. Après un recul de trois mois, le patient a repris ses activités sans douleur, présente une bonne mobilité de l'épaule et a récupéré sa force musculaire.

**DISCUSSION :**

1- Le diagnostic des lésions de la LPB est souvent difficile à préciser. La proximité de plusieurs structures dynamiques de l'épaule rend improbable une lésion unique de la LPB, sauf en cas de traumatisme direct. La littérature scientifique ne fait pas consensus sur le rôle du tendon, sa biomécanique, ni sur l'approche chirurgicale des lésions [1].

2- La rupture de la LPB est une pathologie très fréquente et survient en général chez un homme

de plus de 50 ans, le plus souvent travailleur de force ou pratiquant une activité sportive de force utilisant la flexion du coude contre résistance [2,3]. La rupture se produit classiquement dans la partie proximale. Elle est la conséquence d'un processus dégénératif [3,8].

3- Le plus souvent, la déchirure évolue de manière asymptomatique. Parfois, une sensation de déchirure est perçue et il y a en plus une ecchymose. Les plaintes sont minimes et sont plus d'ordre esthétique : déplacement distal du corps musculaire avec apparition d'une "boule" musculaire lors de la flexion du coude (muscle de Popeye). A côté de cela, une légère perte de force peut être perçue (très peu de perte de la force en flexion et jusqu'à 10 % de perte de force en supination) [4].

4- l'imagerie médicale : [3, 5, 8]

a) La Rx standard objective une lésion osseuse, désinsertion, état de l'acromion.

b) Echographie : Innocuité, disponibilité, faible coût, spécificité dynamique, *Examen bilatéral et comparatif, *Recherche de synovite, bursite, lésions de la coiffe des rotateurs ??? *Biceps dans sa gouttière et son absence+++

c) RM et ArthroIRM : *Recherche d'anomalies de signal intra tendineux notamment sur les séquences en pondération T2. Permet de préciser le siège et la nature de l'altération tendineuse. *Peut être réalisée dans le cadre du bilan préopératoire

5- Traitement : [3, 4, 6, 7, 8]

a) Conservateur : (sujet qui accepte le déficit esthétique et la perte de force minime au niveau du coude) -Le glaçage pour diminuer l'œdème -Antalgiques et AINS pour diminuer la douleur →Diminution supination 25% → Diminution de la force 12%

b) Chirurgical : Débridement biceps -Ténodèse : * Réservée pour les patients qui ont besoin de force de bras. *Supprime le dommage esthétique. *Redonne une force de flexion et de supination subnormale au coude et supprime les crampes.

6- Le lieu de fixation lui aussi peut varier selon les auteurs :

Le biceps peut alors être fixé de manière haute, à l'intervalle des rotateurs [Lo et Burkhart, Richards et Burkhart]. Sa fixation peut être décalée sur la grosse tubérosité ou encore être située dans la gouttière, parfois ténodésé au tendon conjoint. Pour faire la ténodèse, on réalise une fixation osseuse des parties molles, sous tension modérée, par deux points en X non résorbables réunissant le plan fibreux de la coulisse bicipitale au tendon. Le cravatage est la fixation sur lui-même avec ou sans ostéosynthèse (suture, ancres, vis d'interférence) [3, 4, 6, 7, 9].

7- Complications : Elles sont rares : re-rupture (exceptionelle), deformation ésthétique, douleurs, faiblesse du bras.

**CONCLUSION :**

La clef d'un bon traitement des atteintes de la LPB repose sur la capacité de l'examinateur d'évaluer toutes les structures dynamiques de l'épaule. Comme les tendinites de la LPB sont à 95 % liées à une atteinte dégénérative de l'épaule, il est fréquent que le traitement soit orienté vers la coiffe des rotateurs. La fixation de la ténodèse doit être réalisée dans la gouttière et ce quelle que soit la méthode de fixation. La ténodèse est largement utilisée chez les patients jeunes et sportifs, dans les pathologies du tendon du biceps associées ou non à des ruptures de coiffe des rotateurs.

**BIBLIOGRAPHIE :**

1- *J. Duranceau : Les atteintes de la longue portion du biceps. Le médecin du Québec, volume 38, numéro3, mars 2003.*

*2- Stéphane ROMANO : Rupture distale du biceps brachial, Pathologies du membre supérieur /Maladies du coude*

*3- O. ROUIS, GUERROUAT, KARA. Service de Traumatologie Orthopédie CHU BLIDA congrès national de la S A C O T*

*4- G. Walch, N. Riand; P. Boileau, E. Noel : Ruptures aigues de la coiffe des rotateurs. SOFCOT-Traumatismes récents de l'épaule*

*5- S. Bianchi, M. Noomane, A. Keller, H. G. Khan et J. Garcia. Revue Médicale Suisse Numéro : 2308. Échographie des ruptures tendineuses.*

*6- D. Goutallier, J.-M. Postel, S. Van Driessche, J. Allain. Réparations transfixiantes de la coiffe des rotateurs (chirurgie de l'épaule et du coude)*

*7- G. Walch, P. Boileau, L. Neyton, C. Lévigne, L. Nové-Josserand. Diagnostic et traitement des lésions du tendon du long biceps. Arthroscopie, 2006.*

*8- J. P. Bonvarlet, P. Djian : Pathologie du biceps. Congrès Sport et Appareil Locomoteur Seizième Journée de Bichat*

*9- F. Bonnel, Ph. Mouilleron: Epaule dégénérative et techniques chirurgicales.*

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**

# Images

## X treme dia

**X- TEME DIA : MENINGO ENCEPHALOCELE FRONTAL CONGENITAL**

Bernard Pierre, MD. 2017

Ce BB âgé de un (1) jour présente un méningo-encéphalocèle frontal, associée à une microcrânie liée à une crâniosynostose. La pathologie est très probablement liée à une anomalie de la fermeture du neuropore antérieur du tube neural, au début de la grossesse.

Le traitement chirurgical, par voie trans crânienne, est indiqué dans tous les cas et permet habituellement une guérison définitive. Non traitée, l'issue peut être fatale avec un risque infectieux majeur (méningite).

Opéré à J5 à l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti (HUEH. Il, il a bénéficié d'un abord intracrânien pour repérer et réparer la brèche durale (plastie crânienne : correction de la micro crânie et de la crâniosynostose) et extra crânien pour l'exérèse de la masse avec une plastie frontale.

# Diaporama

## DIAPORAMA : CANCER DU SEIN CHEZ LES JEUNES FEMMES DE MOINS DE 25 ANS

Louis-Franck TELEMAQUE, MD. 2017

Fig. 1, 2, 3, 4 : cancer de seins gauches chez deux jeunes femmes de 24 ans.

### EPIDÉMIOLOGIE

L'incidence du cancer du sein est de 1% avant 30 ans [1]. Les femmes noires de moins de 35 ans ont deux fois plus d'incidence de cancer invasif du sein et trois fois plus de mortalité par cancer du sein que les jeunes femmes blanches [1]. Une histoire familiale de cancer est un facteur de risque très puissant pour les femmes de en dessous de 35 ans (RR = 3.22) (syndrome de cancer familial) [1]. On note une mutation génétique *BRCA1,* BRCA2 et TP53 dans près de 50% de ceux qui ont une histoire familiale de cancer du sein. Les patients avec les mutations familial *PTEN* (Cowden syndrome) ont aussi un risque augmenté de cancer précoce du sein [1]. L'utilisation récente de contraceptif oral est un facteur de risque de cancer précoce (RR = 2.26), particulièrement pour les tumeurs estrogène récepteurs négatifs (ER)- Pour les femmes de moins de 35 ans, les grossesses précoces et la multiparité sont aussi des facteurs de risque [1].

### ASPECTS CLINICO PATHOLOGIQUES, BIOLOGIQUE ET PRONOSTIQUE

Les cancers du sein chez les très jeunes femmes sont généralement agressifs, en partie en raison de la sur représentation des tumeurs de haut grade et triple négatif (ER-negative ($P$ <.001), de progesterone recepteur (PR)-negative ($P$ <.001), d'invasion vasculaire or lymphatique (48.6% *ט* 37.3%, $P$ = .006) et de tumeurs de grade 3 ($P$ <.0001). Le jeune âge est aussi un prédicteur négatif indépendant de la survie spécifique au cancer [1, 2].

### TRAITEMENT

La prise en charge des jeunes femmes atteintes d'un cancer du sein nécessite encore une attention particulière aux marges négatives chirurgicales, un suivi à long terme après traitement mammaire conservateur, un traitement adjuvant plus agressif en raison d'histologies peu différenciées, des tumeurs réceptrices et / ou HER2-positives signatures, et à l'amélioration de l'accès aux soins dans le monde entier. Les adolescents et les jeunes femmes sont à grand risque de problèmes émotionnels et psycho social et requièrent des soins appropries d'équipes médicales multi disciplinaires [1, 3].

### REFERENCES


1) *Carey K. Anders,[a] Rebecca Johnson,[b] Jennifer Litton,[c] Marianne Phillips,[d] and Archie Bleyer[e] ' Breast Cancer Before Age 40 Year*
2) *Steven A, Narod, Breast cancer in young women, Nature Reviews Clinical Oncology* ***9****, 460–470(2012) doi:10.1038/nrclinonc.2012.102*
3) *Hussein A. Assi, Katia E. Khoury, Haifa Dbouk, Lana E. Khalil, Tarek H. Mouhieddine and Nagi S. El Sagir, Epidemiology and prognosis of breast cancer in young women*

**UNITE DOULEUR HUEH, RAPPORT DES TROIS PREMIERS TRIMESTRES.**

Denise Fabien, MD. 2017
Année 1 du projet Douleur Sans Frontière
Hôpital Université d'Etat
Agence Française de Développement

**OBJECTIF GLOBAL**

Améliorer l'accès de la prise en charge de la douleur et de la souffrance des usagers du système de santé haïtien (SSH)

**OBJECTIFS SPECIFIQUES**

1- Renforcer l'unité de prise en charge de la douleur (UD) à l'HUEH et développer un réseau hospitalier de soins à domicile pour les patients les plus vulnérables ;
2- Renforcer les compétences des professionnels de la santé dans le domaine de la prise en charge de la douleur(PECD) et de la souffrance ;
3- Développer les activités d'études et de plaidoyer DSF et ses partenaires pour une meilleure PECD en Haïti.

**UNITE DOULEUR**

Le premier objectif spécifique du projet concerne l'UD qui en est le moteur et son intégration constitue l'un de ses indicateurs. En première, visite l'inscription et le paiement aux archives est indispensable pour être admis à la consultation. Les références inter hospitalières se font par l'intermédiaire d'une fiche de liaison préparée par l'UD. Les consultations dans les services se font par l'intermédiaire des Médecins de l'unité. Les médicaments prescrits sont remis par l'infirmière.

Cependant, les références se font encore trop souvent sans document d'appui ou avec une ordonnance de médicaments à donner. Il existe encore une incompréhension de la mission de l'UD et la présence dans les services d'un encadreur est importante pour la pédagogie pratique. Elle servira pour l'intégration de la prise en charge de la douleur (PECD) dans les stages généraux dans les différents services. Le nombre et la qualité des consultations sont essentiels. Nous les avons utilisés comme indicateur afin de connaitre l'attractivité de la clinique, le profil douloureux des patients, les résultats du traitement.

**1) CONSULTATIONS**

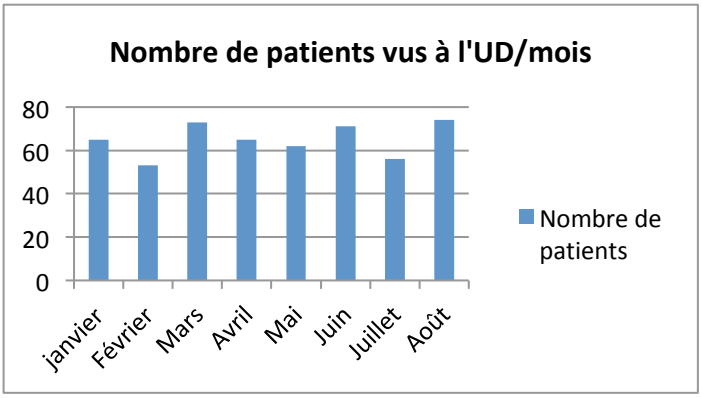



Tableau 1 : Nombre de patients consultés pendant 7 mois

Une moyenne de 70 patients vus par mois au cours de l'année 2017 a été relevée, avec un minimum de 50 patients au mois de Février malgré les mois de grève. Le nombre est cependant inférieur à 1996 à la même date. Ceci montre quand même le besoin important de ce service et de son attractivité. Trois médecins et une infirmière assurent le service le mardi et le jeudi. Le psychologue reçoit les patients le mercredi où 41 consultations ont été dispensées pendant le mois d'Août.

Un total de 738 consultations ont été dénombrées pour ces patients douloureux chroniques souffrant d'arthrose de diabète et de cancer qui reviennent en plusieurs fois en consultation, faire leur réévaluation, recevoir certains soins, (TENS) et ajuster leurs prescriptions se procurer des médicaments.

Le psychologue emploie les techniques de consultations individuelles et des groupes de parole. Il faut regretter l'insuffisance du service de physiothérapie à l'HUEH, service essentiel dans la PECD. Les patients qui viennent pour la première fois vont faire leur dossier aux archives

pour 25 gourdes. Nous réclamons 100 gourdes par consultation. Les soins comme les infiltrations sont à 250 gourdes ; la location du TENS est à 250gdes /mois.

### 2) DEMOGRAPHIE

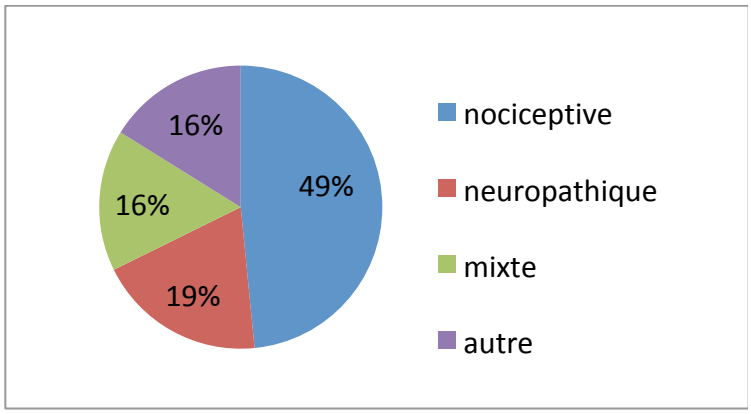
212 Patients ont été reçus de janvier à septembre 2017 ; Femmes 164, Hommes 48 (tab. 2 ).

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Femmes<br>Hommes | > 81 ans | 5<br>1 | 2.36%<br>0,47% | 6 (2,83%) |
| Femmes<br>Hommes | 61 - 80 ans | 60<br>14 | 28.30%<br>6.60% | 74 (34,90%) |
| **Femmes**<br>Hommes | **36 - 60 ans** | **92**<br>25 | **43.40%**<br>11,79% | 117 (55,19%) |
| Femmes<br>Hommes | 16 - 35 ans | 6<br>6 | 2.83%<br>2.83& | 12 (5.66%) |
| Femmes<br>Hommes | 0 - 15 ans | 0<br>0 | 0.00%<br>0.00% | 0 |
| Femmes<br>Hommes | N/R | 1<br>2 | 0.47%<br>0.94% | 3 (1,41%) |
| | | **212** | **100.00%** | |

Tab. 2 : répartition des patients par tranche d'âge

Ce sont les femmes de 36 à 60 ans (43,40%) qui constituent la majorité des usagers de la clinique.

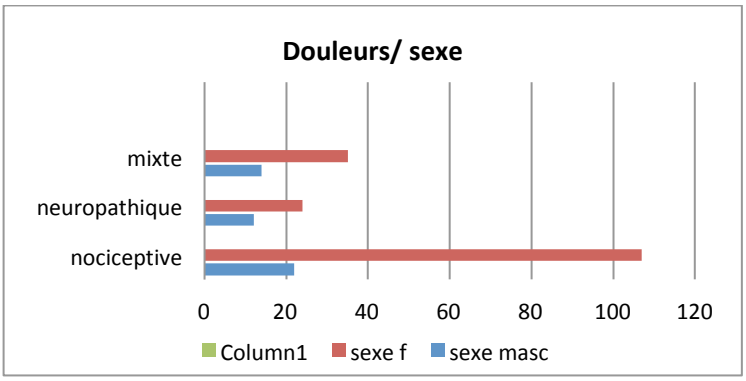
### 3) TYPE DE DOULEURS RENCONTREES




Tab. 3 : Typologie des douleurs

Les douleurs nociceptives sont à 49% ; les neuropathiques et les mixtes se partagent les ¾, et d'autres psychogènes le reste.

### 4) REPARTITION SUIVANT LE SEXE




Tab. 4 : prédominance du sexe féminin.

Le sexe féminin constitue une grande partie les douloureux chroniques nociceptifs. C'est l'âge de la ménopause ou leur densité osseuse diminue. Marchande ambulante, chef de famille, épicière, enseignante….Les neuropathiques purs sont constitués surtout par les maladies chroniques telles les diabétiques, les douleurs post AVC, virales (HIV), post herpétique, post zostérienne. Les mixtes, dont les femmes ont encore la priorité, sont constituées le plus souvent par les cervico-brachialgies, les lombo sciatalgies, groupe dans lequel nous voyons la plupart des hommes, chauffeurs, mécaniciens, agent de sécurité.

### 5) DOULEUR/PATHOLOGIE

Nous revoyons dans les détails les différents types de pathologie provoquant les différents types de douleurs. En classant à part les fibromyalgies, céphalées, certaines douleurs ischémiques et vasculaires, les dysménorrhées et la drépanocytose nous avons voulu montrer l'attention spéciale de la clinique pour ces douleurs chroniques. En dehors de la drépanocytose que nous connaissons bien avec ces douleurs vaso-occlusives nécessitant une multidisciplinarité, les consultations sont très rares pour la fibromyalgie qu'on connait fort peu et qui atteint les enseignantes, les secrétaires.

| Pathologie | Ostéo articulaire arthrose myalgie bursite fracture DPO | Diabète, HIV, post Herpès, maladies auto-immunes, maladies dégénératives, membre fantôme, Post-ACV, Névralgie. | Cancer, DCPO, maladies chroniques, | Fibromyalgie, céphalée, douleurs vasculaires, drépanocytose, | Soins palliatifs Douleurs induites, |
|---|---|---|---|---|---|
| Type de douleurs | | | | 9 | 8 |
| Nociceptive | 92 | | + | + | + |
| Neuropathique | | 34 | + | + | |
| Mixte | | | 36 | + | |

Tab. 5 : typologie douloureuse

Nous revoyons dans les détails les différents types de pathologie provoquant les différents types de douleurs. En classant à part les fibromyalgies, céphalées, certaines douleurs ischémiques et vasculaires, les dysménorrhées et la drépanocytose nous avons voulu montrer l'attention spéciale de la clinique pour ces douleurs chroniques. En dehors de la drépanocytose que nous connaissons bien avec ces douleurs vaso-occlusives nécessitant une multidisciplinarité, les consultations sont très rares pour la fibromyalgie qu'on connait fort peu et qui atteint les enseignantes, les secrétaires.

Le Profil douloureux de l'usager de l'UD est une femme entre 35 et 60 ans, commerçante, chef de famille, présentant une douleur nociceptive, commençant par une gonarthrose évoluant vers une lombo coxalgie, fatiguée, déprimée, impact économique et social négatif.

Le travail de prévention par l'éducation thérapeutique de la douleur chronique et des conséquences de l'arthrose devrait être renforcé par la collaboration en multidisciplinarité avec les orthopédistes, les gynécologues, et les internistes.

### 6) CONSULTATIONS

L'accueil se compose d'une salle d'attente située à l'Annexe de l'HUEH. Le numéro d'ordre est distribué après inscription aux archives. L'admission en salle de consultation permet l'écoute, l'examen, l'évaluation, l'ordonnance et les soins si nécessaire. Suivent la visite intra hospitalière le cas échéant et la visite à domicile 1 mercredi par mois.

### 7) RESULTATS

Nous soulageons nos patients en leur proposant des traitements médicamenteux et non médicamenteux. L'achat des médicaments est effectué avec les ressources financières provenant de l'UD et de DSF. Certains médicaments du palier 1 nous sont fournis par l'hôpital quand ils en ont (tab. 6).

Les traitements non médicamenteux sont constitués par la psychologue organisant des groupes de parole ou une psychothérapie individuelle.

\Pour analyser les résultats et assurer nos diagnostics, nous avons pris comme indicateurs l'évolution de l'évaluation au cours des 2 premières consultations (tab. 7).

| Type de douleur | Nociceptive | Neuropathique | Mixte | |
|---|---|---|---|---|
| **Traitement** | | Anesthésiques locaux | | N. médicamenteux |
| **Palier1** | AINS,<br>Paracétamol,<br>Anticox | | | |
| **Palier2** | Codéine- tramadol | Tramadol | | |
| **Palier 3** | Morphine<br>Fentanyl<br>Oxycodon<br>Kétamine | | + Soins<br>palliatifs<br>Cancer | |
| **Autres** | Corticoïdes<br>Buscopan<br>Antispasmodique | Gabapenthine<br>Antidépresseur<br>Antiépileptique | Association<br>suivant EVA | TENS,<br>Psychothérapie<br>Physiothérapie |

Tab. 6 : panoplie des médicaments

Un travail sur un plus grand nombre de patients et un nombre de consultations plus importants devra être fait.

| Sexe | -25 à 0% | 0% | 10 à 30% | + 30% |
|---|---|---|---|---|
| **F** | 3 | 11 | 30 | 4 |
| **M** | 3 | 4 | 6 | 1 |
| **Total** | 6 | 15 | 36 | 5 |

Tab. 7 : Variation suivant le sexe

**CONCLUSION**

Ces trois (3) premiers trimestres ont permis de consolider la prise en charge de la douleur à l'UD par l'organisation standardisée des soins, de mieux recueillir les données nous permettent de diagnostiquer les différentes douleurs, une gestion des narcotiques plus optimale en collaboration avec PROMESS, le MSPP. L'hôpital St Luc parfois aide dans l'obtention des narcotiques.

Les soins à domicile germent et ne se développent pas assez comme prévus, mais avec une meilleure stratégie d'éducation des patients, leur évolution sera optimisée ainsi que les soins hospitaliers et les références par les MDS plus rationnelles. La présence dans les services des référents servira par des stages encadrés à établir une meilleure culture de la douleur, et à développer l'éthique des soins hospitaliers.

**EQUIPE SOIGNANTE**

Denise FABIEN, MD
Marjorie RAPHAEL.MD
Regine ROCHE, MD
Guerline DESIR, IDE
Josué LOUIS, Psychologue
Lino ARCHANGE, Agent

## APERÇU DU SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE DE L'HOPITAL UNIVERSITAIRE DE MIREBALAIS. Décembre 2017.

*Jean-Paul JOSEPH, *Ricard D. POGNON, *Gesner FERDINAND
* Chief Medical Information Officer / Strategic Information Management System
** Health Statistics Director
***Health I formation Technology Director

### I- ASPECT ORGANISATIONNEL DU SIS

Le SIS de l'HUM s'organise autour d'une division dénommée : Division de Gestion de l'Information Stratégique (DGIS) ayant à sa tête un directeur de l'information médicale. Il est articulé à travers les départements de la technologie de l'information sanitaire, des statistiques sanitaires et de l'amélioration de la qualité et de la sureté des soins. Près d'une soixante de personnes travaillent au sein de la DGIS dont près d'une cinquantaine dans le département des statistiques sanitaires de qui dépend en grande partie, la gestion de données au niveau de l'hôpital.

Figure 1 : Division de Gestion de l'Information Stratégique de l'HUM

### I- PROCESSUS DE GESTION DE L'INFORMATION DANS LE CONTEXTE D'UN SIS GLOBAL

La Technologie de l'Information Sanitaire constitue le pilier du SIS, mettant à son profit les outils informatiques nécessaires audit système et ce, dans un environnement hautement sécurisé. La DSS est au centre du processus de gestion de la qualité des données et de la transformation de ces dernières en information. La gestion de la qualité est rendue possible grâce à l'apport des deux entités précédentes par la production de l'information reflétant fidèlement la réalité des services de santé fournis à la population desservie.

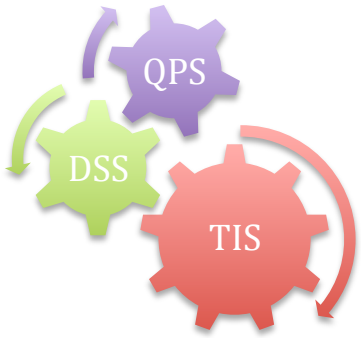



Figure 2 : Représentation du processus de gestion de l'Information Stratégique de l'HUM

### II- DESCRIPTION DU DSS ET DE SON APPORT SINGULIER AU SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE NATIONAL UNIQUE (SISNU)

La répartition au sein du DSS est la suivante :
Un directeur de département qui coiffe le travail d'une équipe :

a. Les archives centrales : un superviseur, un superviseur adjoint, un team-leader, des archivistes et aide-archivistes.
b. L'équipe de données : un gestionnaire de données, un analyste de données, un officier de surveillance épidémiologique ; un officier de données pour le programme HIV/TB
c. L'équipe de prise de rendez-vous cliniques : une infirmière-coordonnatrice aidée des officiers de rendez-vous
d. Le centre d'impression avec deux techniciens : senior et junior
e. Un administrateur du système d'imagerie médicale ou PACS.

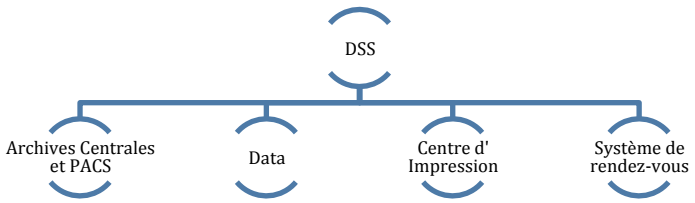



Figure 3 - Organigramme du Département des Statistiques Sanitaires

La gestion de données à l'HUM passe par l'intersection de plusieurs dimensions dont : le circuit traditionnel de données (collecte, archivage, contrôle, traitement, analyse, rapportage, dissémination), la documentation ou l'assurance-qualité et un environnement sécuritaire.

Une documentation est progressivement construite autour du système. Le prestataire de soins en début d'emploi, reçoit une orientation générale sur la gestion de données à l'HUM. Un livret servant d'aide-mémoire lui est remis, sous format papier ou électronique en guise d'aide-mémoire. Le personnel infirmier est formé régulièrement sur les bonnes pratiques en matière de gestion des outils de collecte primaire [Tenue des dossiers] et secondaire [tenue des registres] et un manuel d'utilisation du registre d'hospitalisation est également mis à leur disposition.

Un accord d'utilisation de données[1] est signé par tout prestataire de soins utilisant notre DME. Tout le personnel du DSS a signé un accord de confidentialité de données sous peine de sanctions disciplinaires, de révocations et de poursuites en justice. Les procédures d'archives et de gestion de données sont consignées dans des documents.

Figure 4 - Gestion de données à l'HUM

[1] Entente Légitime de Gestion Efficace des Sources de données (ELGESD)

## III- COMPRENDRE LA GRANDE IMAGE DU CIRCUIT DE DONNEES

Le circuit des données constitue un ensemble d'étapes visant à transformer les données en information.

Un ensemble d'indicateurs est défini par les responsables des départements clinique et non clinique, en fonction des axes de politique nationale de santé. Ce qui constitue un **besoin de collecte** qui donne lieu à la création d'outils de collecte (fiche individuelle, fiche sociodémographique du patient,…, registre.). Chaque **formulaire** de collecte prend un statut officiel quand il est travaillé de concert avec le comité-formulaire du DSS et quand il est assigné dans le catalogue du centre d'impression avec le formatage standard de l'hôpital.

La **collecte de données** et la **saisie de données** font suite à la création d'outils. Ces étapes permettent de recueillir les données et de les saisir sur ordinateur ou dans un registre. Trois **sources de données** existent : le Dossier Médical Electronique (nommé HUM-EMR), le Dossier Médical Electronique du programme VIH/TB (Nommé HIV-EMR) et les registres traditionnels du MSPP.

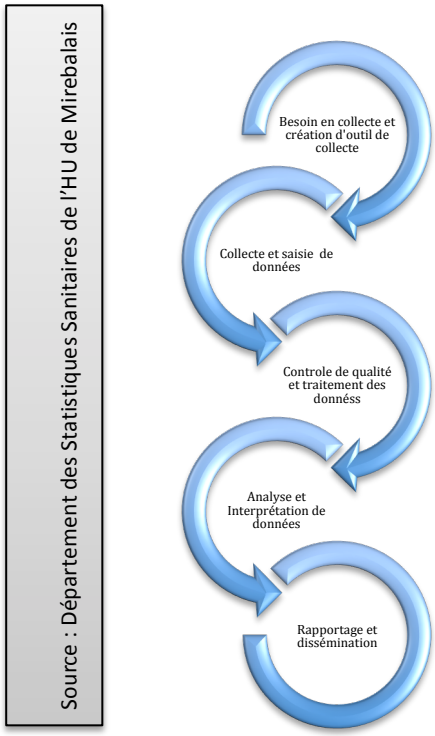



*Figure 5 : le circuit des données.*

Le **contrôle de qualité** et le **traitement de données** sont un ensemble d'exercices et de protocoles techniques établis afin que garantir l'assurance qualité standard en matière de gestion de données. Ce sont : les CSA (évaluation en besoin de données des services cliniques), les protocoles « Lot Quality Assurance Sampling » LQAS (mesure de la discordance entre les sources de données), les évaluations internes (supervision de registre, triangulation et validation de données,…).

**L'analyse de données** peut être descriptive, bivariée ou multivariée. Cela dépend de la demande de donnée. C'est à ce niveau qu'effectivement les données sont transformées en information. Pour ce faire, des **logiciels** comme Excel, RStudio, Epi-Info, ArcGIS sont utilisés.

L'**Interprétation des résultats** confronte l'analyse de données avec le contexte spatio-temporel dans lequel les données ont évolué. Des rencontres hebdomadaires sont établies entre le gestionnaire de données, la superviseure des archives, le technicien senior du centre d'impression, la coordonnatrice des rendez-vous cliniques et le directeur du DSS afin de partager toute information susceptible d'entrainer une **perturbation structurelle** des données. La plupart de ces perturbations, (embauche, démission, rupture de stock,…) sont documentées.

Le **rapportage** est la mise en commun de ces interprétations dans un document à des fins de **dissémination** auprès des principaux concernés. Le rapport sur la surveillance épidémiologique est remis chaque semaine pour les cas à notification hebdomadaire. Autrement, dans les cas à notification immédiate, le contact est aussitôt établi avec le département du Centre. Chaque mois, sept (7) rapports de routine, dont la statistique de service du MSPP, sont travaillés et soumis à qui de droit. A côté de ces rapports, une vingtaine de demande de données, en moyenne, sont reçues et traitées chaque mois. Les livraisons de données aux prestataires de soins (résidents, infirmières-manager, médecins et chefs de services) se font électroniquement via les serveurs sécurisés de l'HUM. Toutes les données (tableaux, graphiques, mapping,…) sont livrées sur des courriels professionnels autorisés à cet effet. Les parties prenantes internes et externes autorisées font des demandes de données auprès du DSS. Quand ces données proviennent des outils de compilation comme les registres ou du DME, la demande se fait généralement via un formulaire électronique. Quand ces données proviennent du dossier physique du patient, le prestataire de soins demande accès par courriel et appose sa signature dans le **registre de transactions non-régulières** des archives centrales.

Les **outils ITTs** (Indicators Tracking Table) utilisés, au sein du SIS de l'HUM, permettent à la fois, une visualisation chronologique brève d'indicateurs remarquables [2], un contrôle rapide de qualité mensuel et une analyse ponctuelle sur l'évolution générale dans le temps, de ces indicateurs.

## IV- SECURITE DU SIS

La direction de la Technologie de l'Information Sanitaire de l'HUM associe chaque utilisateur ou prestataire de soins à un courriel professionnel, à un accès sur PACS et sur les DMEs. Tous les échanges documentaires sont contraints d'être réalisés via un récipient-mail officiellement accepté par ladite direction. Aucun prestataire de soins n'a accès au DME (HUM-EMR) en dehors de la couche sécuritaire informatique qui couvre le système d'information sanitaire de l'HUM. Des contrôles de routine sur le réseau sont effectués régulièrement afin de toujours évaluer les risques de piratage.

Le SIS de l'HUM aide à la prise des décisions programmatiques, opérationnelles et administratives. Les prestataires de soins en résidence hospitalière utilisent le système dans le cadre de leur projet de fin d'études, ou de leur projet d'amélioration de la qualité. La plupart des projets qui sont actuellement en cours à l'hôpital ont utilisé les données traitées provenant du SIS. Autour des données relatives à plus de deux cent mille identifiants, le SIS de l'HUM attire l'attention et demande une attention particulière de par sa valeur-ajoutée dans le processus d'élaboration d'un système national robuste en santé.

[2] Sont des données qui présentent un intérêt plus marqué, pour les parties prenantes internes à l'HUM

## V- QUELQUES EXTRANTS DU SIS

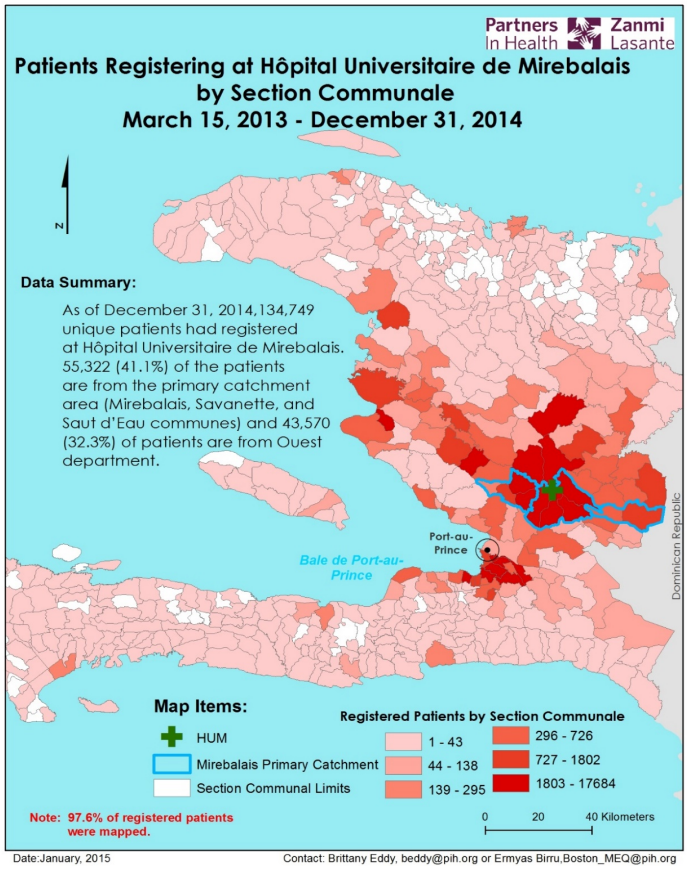



Figure 6.- Source.- HUM-EMR

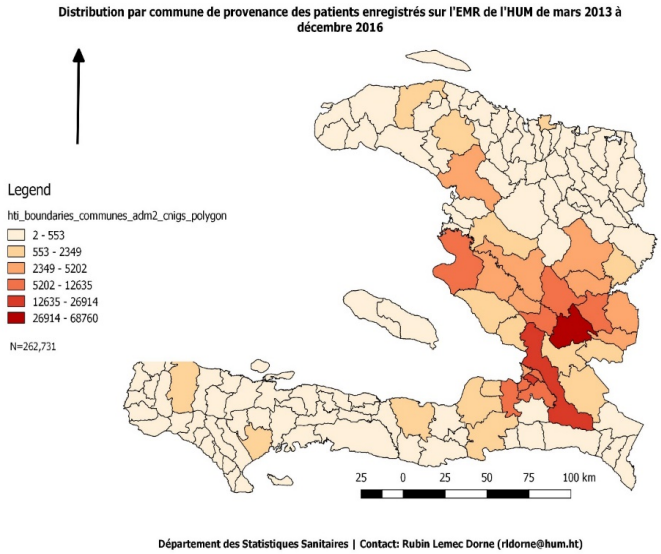
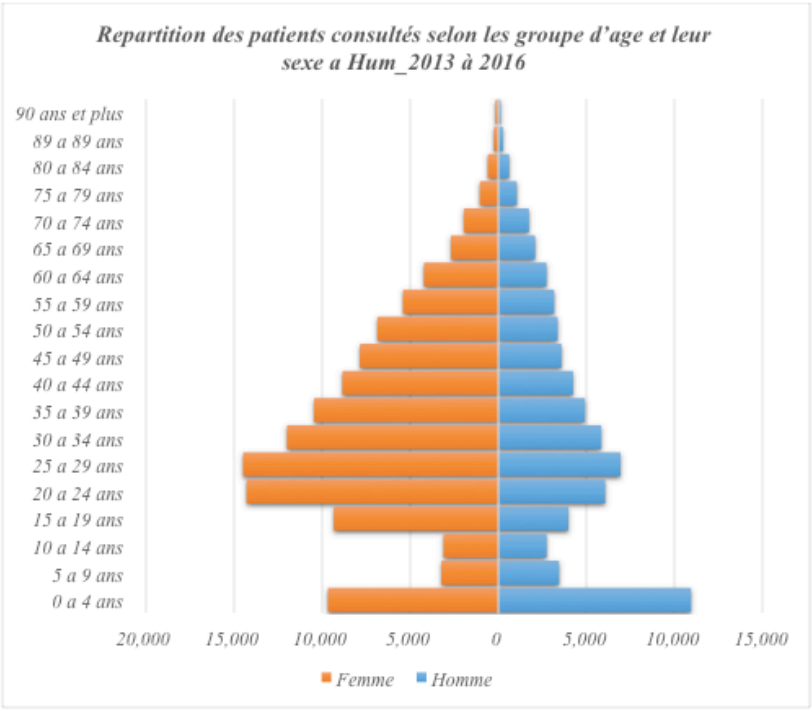



Figure 8.- Source.- HUM-EMR




F

Figure 7.- Source HUM-EMR

# Informations

HerniaHelp
Hernia Repair for the Underserved

## I- HRFU - MISSION D'OCTOBRE 2017

La 6e mission de HRFU de formation en chirurgie et en anesthésiologie en Haïti a eu lieu à l'Hôpital St François de Sales (CHUHSFS), à Port-au-Prince, du 1/10/2017 to 7/10/2017. L'objectif de cette mission était de former des chirurgiens haïtiens à la réparation des hernies de Lichtenstein pour les adultes, de réparer les hernies inguinales pédiatriques et de procéder aux hernioplastie inguinales et ventrales par laparoscopie, chez un total de 80 patients. La mission a également permis d'établir la preuve de la concrétisation possible d'un «Centre d'Excellence de la Hernioplastie » à CHUHSFS.

Cette mission fut le fruit d'une coopération multilatérale qui a abouti à un accord de faisabilité. Il fallait exploiter l'opportunité du projet de mission bi annuelle de HRFU, opérer le maximum de cas de l'HUEH et trouver un site offrant une logistique capable d'absorber les actes de la mission. C'est chose faite. Les responsables, au plus haut niveau de HRFU et du CHUHSFS se sont entendus pour un round d'observation de la mission dans les facilités du bloc opératoire et d'hospitalisation de l'hôpital. Les patients de l'HUEH ont accepté le principe de se faire opérer au CHUHSFS. Le CHUHSFS a accepté la cotisation symbolique des patients de l'HUEH. Le staff du bloc opératoire et des salles d'hospitalisation a accepté un surcroit de travail pendant la durée de la mission.

Les patients ont été 80 patients de la clinique de chirurgie ambulatoire de l'HUEH, porteurs de hernie inguinale, ombilicale et d'éventration, soit 40 enfants, 40 adultes. Ces patients sont préparés, référés au CHUHSFS et programmés pendant toute la semaine. Deux chirurgiens des hôpitaux publics du MSPP, les Dr. Rolph Richeme chirurgien chef à l'Hôpital Raoul Pierre Louis de Carrefour, et Francklin Mertus, chirurgien assistant du CHUHSFS ont été sélectionnés parmi les demandes pour bénéficier de la formation. 12 résidents de chirurgie et d'anesthésie de l'HUEH, de l'Hôpital La Paix ont assisté les formateurs et les chirurgiens invités.

L'équipe de formateurs était composée du Chef de mission, le Pr. David Chen de UCLA et de 15 autres membres venus de l'UCLA et de l'Hôpital pour enfants et du Centre Médical d'Omaha, y compris un chirurgien pédiatrique, le Dr Robert Cusick, une anesthésiste pédiatrique, le Pr. Cynthia Ferris, une pneumologue de soins intensifs, CRNA, quatre infirmières OR, et cinq infirmières PACU.

L'équipe technique locale était composée du coordonnateur principal, le Dr Louis-Franck Télémaque ; du chef chirurgien du CHUHSFS, le Dr Jean-Marie Eustache ; du coordonnateur adjoint et trainer, le Dr Jean Fritz Jacques ; du Dr. Johanne Duchatelier, anesthésiologiste en chef ; de Miss Chantal Coriolan, infirmière en chef du bloc opératoire du CHUHSFS.

Le théâtre opératoire du CHUHSFS est bien équipé offrant trois (3) salles d'opération à équipement complet, une salle de réveil, une salle de stérilisation bien fonctionnelle. Une des salles d'op contient la colonne de laparoscopie fonctionnelle. Le matériel de base est complété par un apport très substantiel d'intrants apporté par la mission et nécessaires à la prise en charge anesthésique, chirurgicale et psychologique des patients.

La mission s'est déroulée suivant plusieurs composantes :

a) Académique

Trois (3) volumes sur l'anesthésie ont été offerts au Dr Johanne Duchatelier par le Pr. Ferris. Une lecture sur les différentes techniques de hernioplastie a été prononcée par le Pr Chen. Un teaching intensif a été effectué par les Pr Chen et Cusick pour les deux chirurgiens, en technique de base de hernioplastie ouverte de type Lichtenstein, et des Dr. Jean Fritz Jacques and Dr. Silvio Augustin, pour une formation complémentaire en techniques

laparoscopiques avancées. Les résidents en chirurgie ont aussi bénéficié de formation intensive en assistance de hernioplastie de tous types.

b) Anesthésiologique

Le Pr Ferris et ses assistantes ont assumé un échange intensif entre eux et l'équipe locale sur les dernières technologiques en matière d'anesthésie générale. Les résidents ont particulièrement été encadrés par l'équipe d'anesthésie.

c) Chirurgical

Au total, 77 patients ont été opérés dont 25 enfants. Il y a eu 15 réparations de hernie ventrale et 10 cas de laparoscopie. Les résidents en chirurgie et en anesthésie de HUEH ont également participé aux soins cliniques et à la formation.

Fig. 1 : Hernioplastie par laparoscopie totalement en extra péritonéal (TEP)

Il n'y a pas eu de réinterventions ou de complications immédiates. A date, seul un patient a présenté un saignement de la plaie opératoire secondaire à l'exérèse d'une masse complexe du cordon. Il a bénéficié d'une exploration et une hémostase soigneuse.

Cette mission est la première effectuée à CHUHSFS. La mission a permis un round d'observation des capacités de HRFU de prise en charge d'un nombre important de patients et de résolution de problèmes complexes chirurgicaux dans le domaine de la hernie, des éventrations et d'anomalies congénitales. L'infrastructure du CHUHSFS, sa logistique et son administration ont supporté une semaine chirurgicale chargée démontrant, par ce fait même, sa capacité à absorber de pareilles missions.

Elle a permis de soigner 75 patients de l'HUEH, présentant différents degrés de complexité de leur pathologie herniaire, en une semaine. Le site du CHUHSFS a été prouvé idéal par la collaboration offerte par ses dirigeants, la compétence de son administration, sa logistique et son infrastructure adéquates. Cela permet de concevoir d'intéressantes perspectives de collaboration fructueuse axée sur : le « Centre d'Excellence de la Hernioplastie », une permanence de chirurgie de la hernie sur une base hebdomadaire, l'Ecole de Chirurgie cher à l'Association Haïtienne de Chirurgie, un laboratoire d'entrainement en laparoscopie.

Louis-Franck TELEMAQUE, MD, MSc, FISC
Coordonnateur national HRFU

## II- DOULEURS ET SOUFFRANCE - HAITI 2017

### RAPPORT DES INTERVENTIONS DE LA COMMEMORATION DE LA JOURNEE MONDIALE DE LA DOULEUR.

*Hélène Branco. **Denise Fabien, MD. 20 Octobre 2017
* Douleurs Sans Frontières /**Unité Douleur de l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti.

Créée en 1996 par des médecins responsables de structures hospitalières désireux de partager leurs connaissances, Douleurs Sans Frontières (DSF) est une ONG française de solidarité internationale, reconnue par l'OMS et d'utilité publique depuis 2003.

En octobre 2008, DSF a lancé une pétition pour alerter l'opinion et provoquer un vaste mouvement de sensibilisation auprès de l'Assemblée Générale des Nations Unies, de façon à ce qu'elle inscrive dans la charte internationale des droits de l'homme *http://www.douleurs.org/petition-arretons-la-douleur/*

En Haïti, Douleurs Sans Frontières s'est rapprochée de l'Unité Douleur de l'HUEH pour mener son combat contre la douleur et la souffrance et c'est dans ce cadre que cette année a été organisée pour la première fois, le vendredi 20 octobre 2017, la commémoration de la Journée Mondiale de la Douleur. Cette journée a été l'occasion, pour ceux qui travaillent dans le secteur de la santé de réfléchir sur le développement que doit prendre

cette lutte contre la douleur du point de vue des soins, de la thérapeutique, de l'éducation des patients et de leur entourage.

Nous vous présentons une synthèse des présentations qui ont été faites ce 20 Octobre.

### 1- *LE SYSTEME DE SANTE HAÏTIEN. DR. EMILE CHARLES*

Dr. Charles a présenté Haïti comme un *« pays où la notion de l'origine biologique, physique, génétique, psychosomatique de la maladie, de la souffrance/douleur n'est pas majoritairement partagée au sein de la population ».* Il a démontré en quoi ce principe éclaire le profil de la personne malade haïtienne, sa perception et sa gestion de la maladie et de la mort et ses choix et recours en matière de soins. Selon lui : *« la quête de sens, d'explications et de solutions à la mort, à la maladie, à la souffrance et même à la douleur se fait le plus souvent sur le terrain du mythe, du mystique, de la religion ou de la foi. »*

Parlant de l'offre de soins en Haïti, le conférencier a bien démontré la différence entre la couverture sanitaire du pays ou l'offre de soins, qui suppose l'existence et la répartition des structures de santé sur le territoire – et qui s'élève à environ 50% du territoire, et l'accès des personnes malades aux soins (ou la demande de soins), qui sous-entend tous les moyens nécessaires à la personne malade pour pouvoir prétendre être soignée : moyens financiers et logistiques, entourage familial, etc. Selon les estimations, cet accès ne concernerait que 10% des Haïtiens.

Dr. Charles a terminé sa présentation en expliquant les spécificités du système de soins haïtien : les types de structures et leurs niveaux de prise en soins médicales des patients ainsi que la structure administrative au sein du Ministère de la Santé Publique et de la Population selon leur niveau : communautaire, départemental et central.

### 2- *PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN HAÏTI, ETAT DES LIEUX. DR. MARJORIE RAPHAËL*

Dr. Marjorie Raphaël a commencé sa présentation par des généralités autour de la douleur et a mis en évidence les spécificités de la douleur chronique qui évolue dans le temps et qui est un phénomène pluri dimensionnel somatique et psychosocial dont les effets sur la vie des patients peuvent être très négatifs, car la douleur chronique est source d'incapacité et de handicap, affecte l'humeur, le sommeil, les rapports sociaux, la qualité de vie du patient et limite les activités professionnelles et domestiques.

Cette introduction a été suivie par un rappel de l'importance d'une prise en charge de la douleur pluridisciplinaire et pluridimensionnelle. L'état des lieux de la prise en charge de la douleur en Haïti a montré le manque de formation, de connaissances, d'intérêt de la part des professionnels de santé ; l'absence de protocoles de soins et d'une culture de l'évaluation de la douleur ; la réticence à prescrire des antalgiques de niveau III par peur des risques et des effets secondaires ; le manque de sensibilisation et de vulgarisation à destination de la population autour des douleurs et des réponses qui peuvent être apportées. La conférencière a pointé du doigt le désintérêt des autorités, l'insuffisance de la coordination intra et inter sectorielle et la trop faible disponibilité des molécules nécessaires à la prise en charge de la douleur dans le pays.

Le Dr. Raphaël a ensuite présenté la genèse de l'Unité Douleur de l'HUEH et son fonctionnement ainsi que les autres activités menées par les membres de l'équipe en termes de formation, de soins, de recherche et de plaidoyer.

### 3- *LA DOULEUR DANS LES MALADIES CHRONIQUES. DR. REGINE ROCHE*

Le Dr. Roche a débuté son intervention par une présentation des maladies chroniques dans le monde, tout en montrant que la place et l'impact des maladies chroniques augmentaient d'années en années. Haïti est de plus en plus touché par les maladies chroniques, notamment par l'hypertension artérielle et le diabète, car l'augmentation des maladies chroniques est liée au développement à savoir, les progrès scientifiques et le vieillissement de la population qui en découle. Maintenir la qualité de vie du patient est un vrai défi pour le patient : son corps le limite, il est sujet à l'isolement (difficulté à communiquer sur sa douleur) et à l'exclusion du monde

professionnel et de la société provoquant tristesse, perte de plaisir, troubles du sommeil et de l'alimentation.

Dr. Roche a ensuite présenté les symptômes des principales maladies chroniques présentes en Haïti (neuropathie diabétique, arthrose, accidents cardiovasculaires, drépanocytose, polyarthrite, VIH et cancer) et la nécessité d'une prise en charge à la fois pharmacologique, physique et psychologique, ainsi que par des moyens non-médicamenteux en soulignant que l'inclusion de la famille dans les changements des habitudes de vie est aussi un bon moyen d'impulser des bons réflexes et d'améliorer la qualité de vie.

### *4- DOULEUR UD HUEH – SENS, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT. DR DENISE FABIEN*

Le Dr. Fabien a montré les étapes d'un travail d'enquête mené à la fois à l'UD et au Service des Urgences de l'HUEH. Grâce aux données récoltées, elle a pu grâce au profil démographique recueilli faire le profil du douloureux chronique fréquentant l'UD[3].

Pour vérifier le diagnostic et les résultats du traitement, l'indicateur de choix est l'évaluation numérique au cours de la première et de la deuxième consultation. L'étude a été faite sur un échantillon de 61 patients fréquentant l'UD. La plupart des patients de ce groupe montrait une évolution positive de 10 à 30% avec et même des écarts plus importants chez 10 patients.

Les résultats trouvés sont similaires à ceux qui obtenus dans l'étude ethnobotanique menée en 2015 (par DSF et Fokal et en collaboration avec l'UD) sur la prise en charge des douleurs par la médecine traditionnelle haïtienne auprès de 814 ménages du quartier de Martissant. Cette étude peut être consultée en ligne à cette adresse : *http://www.douleurs.org/wp-content/uploads/2017/09/Livret-VF.pdf*

### *5- SOINS INFIRMIERS A L'UD ET AU SERVICE DES URGENCES DE L'HUEH, MISS GUERLINE DESIR*

Miss Désir a présenté les particularités de son rôle à l'UD et au Service des Urgences de l'HUEH en tant qu'infirmière. Elle a parlé de son expérience à l'UD et des étapes franchies dans la prise en charge des patients comme le fait que le patient devienne familier et que l'empathie à son égard se renforce. Il y a ainsi une vraie implication personnelle dans la prise en charge des patients qui s'accompagne d'une grande satisfaction en cas d'amélioration de l'état du patient ou d'un sentiment d'échec personnel si cela n'est pas le cas ou si l'état empire.

Pour terminer, Miss Désir a mis l'accent sur l'importance de la formation (initiale et continue) du personnel médical et paramédical, sur le renforcement de l'information et sur la sensibilisation de la population ainsi que sur l'importance du plaidoyer auprès des autorités. Elle a conclu en précisant que l'infirmière est la première confrontée à la souffrance des autres et se retrouve la plus impuissante à la soulager.

### *6- L'IMPORTANCE DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DANS LA GESTION DE DOULEUR, M. JOSUE LOUIS*

M. Louis a expliqué que le problème clinique et thérapeutique posé par les malades souffrant de douleurs chroniques est sensiblement différent de celui posé par les douleurs aiguës. Dans une douleur chronique, le médecin se voit obligé d'utiliser un autre schéma de raisonnement, car ce qui est valable pour les états douloureux aigus ne l'est pas nécessairement pour les états douloureux chroniques.

La dépression est le facteur psychologique le plus fréquemment associé chez les patients souffrant de douleurs chroniques. La dépression contribue à la morbidité de la douleur chronique et/ inversement, la douleur de celle de la dépression.

Les interventions psychologiques visent l'amélioration de la qualité de vie en dépit d'une douleur résiduelle. Elles nécessitent : a) un bon accueil/ écoute active du patient dans une acceptation inconditionnelle ; b) une évaluation de sa douleur par un outil d'évaluation (EVA, EN, etc.) pourquoi ? ; c) une évaluation de sa santé mentale sur le plan cognitif, affectif et relationnel ;) un bilan psychologique (à l'aide des tests psychométriques) si possible pour rechercher dépression et anxiété.

Il faut ensuite partager les résultats avec le patient, établir un contrat thérapeutique avec lui, débuter une

[3] Une femme entre 35 et 60 ans commerçante pré-ménopausée, ménopausée, et post-ménopausée, cheffe de famille, souffrante, déprimée en raison de l'arthrose, débutant par une gonarthrose et présentant souvent une douleur mixte : lombo sciatalgie, cervico brachialgie, etc.

psychothérapie, obtenir la verbalisation des émotions, réaliser des séances de relaxation et d'hypnose.

### *7- LA DOULEUR AUTREMENT…, Dr. MARIE-THERESE DE KERGARIOU*

Le Dr. De Kergariou a fait une présentation anthropologique de la douleur qui est une expérience intime et non-communicable, son expression est symbolique. La douleur vient se dire dans ses dimensions culturelles, sociologiques, contextuelles, éducatives et personnelles. La douleur s'exprime par le verbe, le comportement, le dessin, la peinture, la musique, etc. La douleur n'est pas un fait physiologique mais un fait d'existence. Elle dépend du contexte dans lequel elle se vit. Plus on donnera des outils au patient pour expliquer sa douleur et plus on aura des chances de l'appréhender, car la douleur ne se prouve pas, elle s'éprouve. Les médicaments n'apportant pas le soulagement espéré, il faut apporter au patient d'autres moyens et en cela tout système symbolique est efficace. On doit permettre au patient de développer d'autres méthodes : l'art thérapie et les techniques de distraction : hypnose, méditation et tout ce qui peut lui permettre de mobiliser ses ressources dans le respect de ses croyances et de sa culture. Elle a ensuite montré des exemples de ces expressions.

Le Dr de Kergariou a conclu sa présentation en précisant que la plainte douloureuse a une signification, elle doit être écoutée, décryptée et entendue, et soulagée. Elle a conclu en citant R. Leriche : *« Il n'y a qu'une douleur qui soit facile de supporter, c'est la douleur des autres »*[4].

## III- PROGRAMME DE FISTULISATION ARTERIO-VEINEUSE

*Jacques Peterson THOSIAC, MD. Mackendy TERMÉLUS, MD. 2017

*ARC SCG/HUEH - ** RC SCG/HUEH

Le Programme de fistule artério-veineuse (FAV), effectué à Fond-Parisien du 21 au 26 Octobre 2017, s'inscrit dans le cadre d'un Partenariat entre The Research Medical Center de Kansas City, le Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti (SGC/HUEH), et l'Hôpital Christ Pour Tous de Fond-Parisien.

Fig. 2 : Pr Higgins au centre entouré de l'équipe de Kansas et de l'HUEH

Trois résidents du SCG ont bénéficié de la formation. Ce sont les Dr Mackendy TERMÉLUS, Dr Jacques Peterson THOSIAC, Dr Shedelyne SIRISE. Ils ont été encadrés par les Dr Edward HIGGINS et Jeff CAMERON chirurgiens vasculaire et général au Research Medical Center de Kansas City.

Un total de 27 patients ont été pré sélectionnés, un mois à l'avance. Une évaluation préliminaire (histoire, examen physique et bilan préopératoire) a été effectuée, ce qui a permis de retenir 25 patients pour le programme de Fond Parisien. Des sous-groupes de cinq (5) patients ont été formés, en fonction de leur horaire de dialyse, pour être transportés chaque matin à l'Hôpital Christ Pour Tous de Fond-Parisien, opérés et ramenés le soir. Cependant 21 patients ont pu avoir accès à la chirurgie, soit quinze (15) femmes pour six (6) hommes.

L'évaluation préopératoire devait permettre de décider si la fistule était la meilleure option pour le patient dialysé, de choisir le site (bras droit ou gauche) et le type d'intervention (fistule autogénique ou prothèse). Le choix des fistules anté brachiales a été laissé de côté, compte tenu de la période de maturation plus longue de ces dernières (4 mois contre 6 semaines à 2 mois pour les fistules brachiales) et du besoin pressant des patients à utiliser la fistule pour la dialyse. Certains présentaient même une infection du site d'emplacement du cathéter

[4] René Leriche, *La Douleur*, Masson, 1937, p.28

central. Les patients dont les vaisseaux du bras n'étaient pas appropriés pour la fistule autogénique, soit huit (8) patients dont les vaisseaux étaient de calibre de moins de 6mm, avec une thrombose de la veine céphalique et/ou basilique, ont bénéficié de la fistule par prothèse vasculaire : une (1) prothèse biologique à base de collagène bovin et sept (7) synthétiques à base d'expanded polytetrafluoroethylene (ePTFE). Les treize autres (13) ont eu des fistules autogéniques.

Les procédures ont consisté en cinq (5) transposition brachio basilic, huit (8) fistules brachio cephalic et sept (7) greffes brachio axillaires gauches dont une bio.

Fig. 3 : dissection au pli du coude préparatoire à l'anastomose veino artérielle

La totalité des patients ont été opérés sous anesthésie locale assistée. Les procédures ont tous durées entre 25 à 60 mn. Aucune complication peropératoire immédiat n'a été enregistrée.

Le suivi des patients a été assuré par l'équipe locale suivant les recommandations du Dr HIGGINS. Ils seront revus pour évaluation de leurs fistules 2 mois plus tard. Ce programme devrait reprendre prochainement. Entre temps les résidents devraient s'activer pour assurer la continuité du programme et contribuer au renforcement de la chirurgie vasculaire au SCG/HUEH.

Le succès de ce programme est un bel exemple de parfaite coordination de différents secteurs de l'HUEH et d'une coopération fructueuse bilatérale.

Dr Jacques Peterson
THOSIAC, ARC SCG/HUEH
Dr Mackendy
TERMÉLUS, RC SCG/HUEH

## IV- CLINIQUE DE LA MONDIALITE

Eunice Dérivois, MD. 2017

***"Clinique de la mondialité, Vivre ensemble avec soi-même, vivre ensemble avec les autres"***.

Voici un livre dont l'une des sources d'inspiration est la Cité de l'Indépendance, qui s'inscrit dans la continuité du mouvement ethno psychiatrique impulsé par Louis Price Mars dans les années 40-50 et qui, par-delà les différents chantiers qu'il met en perspective, tente d'inscrire Haïti dans la mondialité qui vient.

Écrit par un natif des Gonaïves, **Daniel Dérivois**, ce livre a vocation à parler à tous ceux qui sont concernés par la géohistoire de la rencontre entre monde occidental et monde non occidental.

Ce livre s'adresse aux cliniciens et aux politiques, aux patients et aux citoyens du monde, ainsi qu'aux étudiants, universitaires et professionnels des milieux socio-judiciaires, éducatifs et sanitaires impliqués dans le travail du vivre ensemble dans nos sociétés plurielles.

**Daniel Dérivois,** est psychologue clinicien, docteur en psychologie et psychopathologie clinique et licencié en sciences de l'éducation. Professeur des Universités en psychopathologie et psychologie clinique à l'Université de Bourgogne Franche-Comté, il conduit des recherches sur le traumatisme, la résilience et les problématiques identitaires au Laboratoire Psy-DREPI (Dynamiques Relationnelles et Processus Identitaires – EA 7458). Dans le champ de la protection de l'enfance, il intervient auprès d'enfants et d'adolescents fragilisés dans les familles et les institutions.

Edité en Belgique, il est disponible actuellement en France où vit son auteur. Il sera disponible en Haïti au

début de l'année 2018, notamment à la Librairie La Pléiade.

En librairie et sur www.deboecksuperieur.com

## V- LES R I DU SCG PRESENTENT DES CAS THEMATIQUES – ABSTRACTS

Fig. 4 : De gauche à droite : Dr. Elysée, Dr. W. Joseph, Dr. Pascal, Dr. Dujour, Dr B. Joseph, Dr. Barthelemy

***Cas 1: Un R II vous donne un ordre qui vous dérange ou qui ne vous plait vraiment pas. Que décidez-vous?***

La vie quotidienne est relationnelle. Ceci nous oblige à utiliser des comportements efficaces pour garantir une meilleure communication. Le concept de la hiérarchie reste plausible dans ce cadre. La hiérarchie classe des groupes *« sur une échelle orientée. L'orientation est définie par des valeurs ; ces valeurs sont reconnues par les intéressés à tous les échelons : une hiérarchie est explicitée dans une idéologie reçue »* (Baechler, 1999).

Dans le service de la chirurgie de l'HUEH, nous retrouvons un système hiérarchisé depuis le chef de service jusqu'aux Internes en passant par les MDS et les résidents. Cela implique des relations médecin – médecin (formation, contrôle), différents types d'ordres qui peuvent être justes (correction, motivation) ou injustes (abus de pouvoir, méchanceté, humiliation).

Les règlements généraux de la résidence hospitalière, guides pour nous orienter dans les différentes activités relationnelles, sont muets en ce qui concernerait les « dérapages » comportementaux et sont plus susceptibles d'être régis au niveau des règlements intérieurs des services. S'ils existent, ils devraient exclure les ordres à de fins personnelles.

Dans l'échelle hiérarchique, le résident I exécute les ordres du Résident II. Le dérangement implicite serait accepté d'autant plus qu'il respecte le principe des règlements établis.

Egnis Barthelemy, MD

***Cas 2 : Un patient vous propose 1000 $ pour le prendre en charge "en prive" à l'HUEH. Il vous jure le secret de cet accord. Que feriez-vous?***

Tout résident qui aurait à faire face à ce genre de situation, devrait se rappeler les articles 31, 42, 45, 46 qui stipulent respectivement que le médecin résident signe avec le MSPP un contrat annuel par lequel il s'engage formellement à respecter et à se conformer aux règlements généraux de l'institution d'accueil et de la résidence hospitalière. Le médecin résident participe de son mieux et de façon active et régulière, selon les règles de déontologie médicale, au fonctionnement du service auquel il est affecté. Il est formellement interdit au médecin résident d'ouvrir une clinique privée, mais il peut participer à des activités médicales privées ponctuelles et de courte durée à visée académique. Il est formellement interdit au médecin résident d'accepter des gratifications pour services rendus dans le cadre de son travail à l'hôpital. Ces règlements généraux sont datés de plus de 14 ans. Il faut aussi se rappeler de l'article 24 du code de déontologie de la France qui interdit catégoriquement la sollicitation ou l'acceptation d'un avantage en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, pour une prescription ou un acte médical quelconque.

Il convient donc d'appliquer les règles de l'éthique médicale et de la morale, afin de garder l'image noble de la Médecine. Enfin le MSPP et les autres autorités sanitaires du pays devraient des mesures pour instituer un Ordre Médical Haïtien afin de statuer sur un code de déontologie adaptée à notre réalité, réviser les règlements généraux de la résidence hospitalière, améliorer les conditions de prestations des soins dans les hôpitaux publics pour rétablir la confiance de la

population Haïtienne en ces institutions et en ces praticiens.

Harry Junior Dujour, MD

***Cas 3 : Si votre situation financière est précaire, vu vos charges et responsabilités, est ce que vous devriez vous arranger pour avoir un job en dehors de l'hôpital, malgré les conflits d'horaire auxquels vous risquez d'être exposé ?***

La situation socio-économique d'Haïti est très critique pour diverses raisons. Aussi, tout semble se faire à l'image du pays. Notre système de santé, par exemple, n'y échappe pas. Les hôpitaux publics universitaires ont de gros problèmes de fonctionnement. Les résidents sont insuffisamment encadrés dans la plupart des services et perçoivent irrégulièrement des frais que tout le monde s'accorde à dire qu'ils sont nettement insuffisants. Malgré cette situation précaire, ils sont contraints de respecter les règlements généraux de la résidence qui interdit un autre emploi. De là nait le conflit RÉSIDENCE-EMPLOI. Cependant les plus vulnérables (père de famille nombreuse, résidents mariés...) et même ceux qui ne le sont pas, sont tentés de rechercher et souvent trouvent un boulot parallèle permettant d'assurer leur survie menacée. Ceux-là devraient-ils refuser la résidence hospitalière pour ne pas être tentés d'enfreindre les règlements ou peuvent-ils quand même travailler comme médecins généralistes en dehors de leurs heures d'astreinte ? Une piste de réponse est celle d'augmenter substantiellement les allocations, de telle manière que le résident puisse satisfaire ses besoins primaires et de le couvrir, ainsi que sa famille, d'une assurance collective.

Andel Elysée, MD

***Cas 4 : Un résident Il vous sanctionne vraiment trop sévèrement à votre goût pour un écart que vous auriez commis, mais sans même vous permettre de justifier votre attitude. Que faites-vous?***

En apparence, la hiérarchie de la résidence hospitalière enlève tous les droits au résident junior, en ne lui imposant que des devoirs. Souvent le R1 est contraint d'obéir à un ordre dont il ne perçoit pas le sens logique. Pour punir et contraindre à l'obéissance les R1, le résident senior utilise des gardes sanctionnelles de 48-72h d'affilée. Dans le même ordre d'idée certains résidents pleins d'eux-mêmes, font usage d'un excès d'autorité d'autant plus qu'ils n'ont pas à se justifier. Cette situation est génératrice de frustrations et de tensions, qui ont un impact plus ou moins perturbateur sur l'équilibre émotionnel du résident junior et même sur sa capacité à performer dépendamment de sa personnalité et de sa résilience. De vrais conflits peuvent éclater.

Si le R I se doit de respecter la hiérarchie, les règles d'éducation fondamentale et de communication entre adultes apprenants devraient prévaloir, garantissant le respect mutuel et une ambiance familiale de travail. Somme toute, il serait plus sage du résident senior de se retenir en s'accordant cette hauteur de requérir de son résident junior un éclaircissement sur son acte réprouvable.

Yoshi Babens Joseph, MD

***Cas 5 : Un résident est en charge d'un patient grave aux urgences. Les parents ont apporté les médicaments qu'il a prescrits. Il administre un produit par voie veineuse sans vraiment bien regarder le libelle sur l'ampoule. Le patient décède. Après vérification, il réalise qu'il aurait administré de l'adrénaline au lieu de Buscopan. Cependant, il était seul et a décidé de cacher la vérité aux parents et aux résidents ainés. Que pensez-vous de cette attitude?***

La respponsabilite du medecin n'est pas une notion nouvelle. Déjà les Babyloniens dans le code d' Hammourabi prévoyaient des sanctions face aux erreurs médicales. Il est clair que le fait de ne pas dire la vérité au moins à ses supérieurs hiérarchiques, doit être considéré comme un manque de probité intellectuelle et est une faute grave. Toutefois, y aurait-il des circonstances

atténuantes ? Si la lâcheté est réprouvable et condamnable, pourrait-on penser à une erreur dans l'exécution de la prescription, à une baisse de la vigilance du fait du burn out ou à un afflux massif de patients aux Urgences ?

***Cas 6 : Une patiente de 16 ans, très bien de sa personne, a été opérée pour une hernie inguinale dans le service. Elle est franchement mignonne et relax. Un résident I a participé au cas et a la charge d'enlever les fils au 5$^{e}$ jour. Il recommande à la patiente de se rendre de préférence à son cabinet privé de consultation pour garantir la sécurité du geste. Que pensez-vous de cette attitude?***

« Science sans conscience n'est que ruine de l'âme » disait le philosophe Rabelais. La médecine a beaucoup évolué au cours de ces dernières années, mais la responsabilité du médecin envers son patient reste et demeure toujours la même. La relation médecin-malade met en présence deux partenaires investis chacun d'un « rôle spécifique » et qui chacun aborde chaque rencontre avec les références qui leurs sont propres et avec leur histoire.

Cette relation est éminemment asymétrique entre le médecin qui sait et le malade qui ignore. Quelles que soient les contingences de chaque rencontre, le malade et le médecin attendent chacun de l'autre, (consciemment ou non), des comportements, des qualités, des réponses. Cette relation de confiance entre les deux parties ne saurait se briser par des tentatives de corruption, ni de harcèlement sexuel des deux côtés.

L'attitude du médecin pourrait être mal interprétée et réprouvable, ce qui est à éviter.

Garvé Pascal, MD

## VI - VINGT ANNEES DEJA

Le 7 Novembre 2017 a été marqué, pour la spécialité ORL-CCF, par la troisième journée scientifique de la Société Haïtienne d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie Cervico faciale (SHOOCC).

Cette journée a permis de faire un survol de cette belle spécialité ponctuée de présentations sur ses différentes sphères, et, également, la présentation des mémoires des résidents finissants du service d'ORL-CCF de l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti (HUEH).

Cependant, le fait le plus marquant de cette journée a été la célébration des vingt ans de la LOA (Lien ORL Ayiti). Cette organisation française a été le facteur déclenchant de la séparation de cette spécialité de l'Ophtalmologie à l'HUEH et œuvre depuis 1996 à la formation de nos Médecins et de nos résidents.

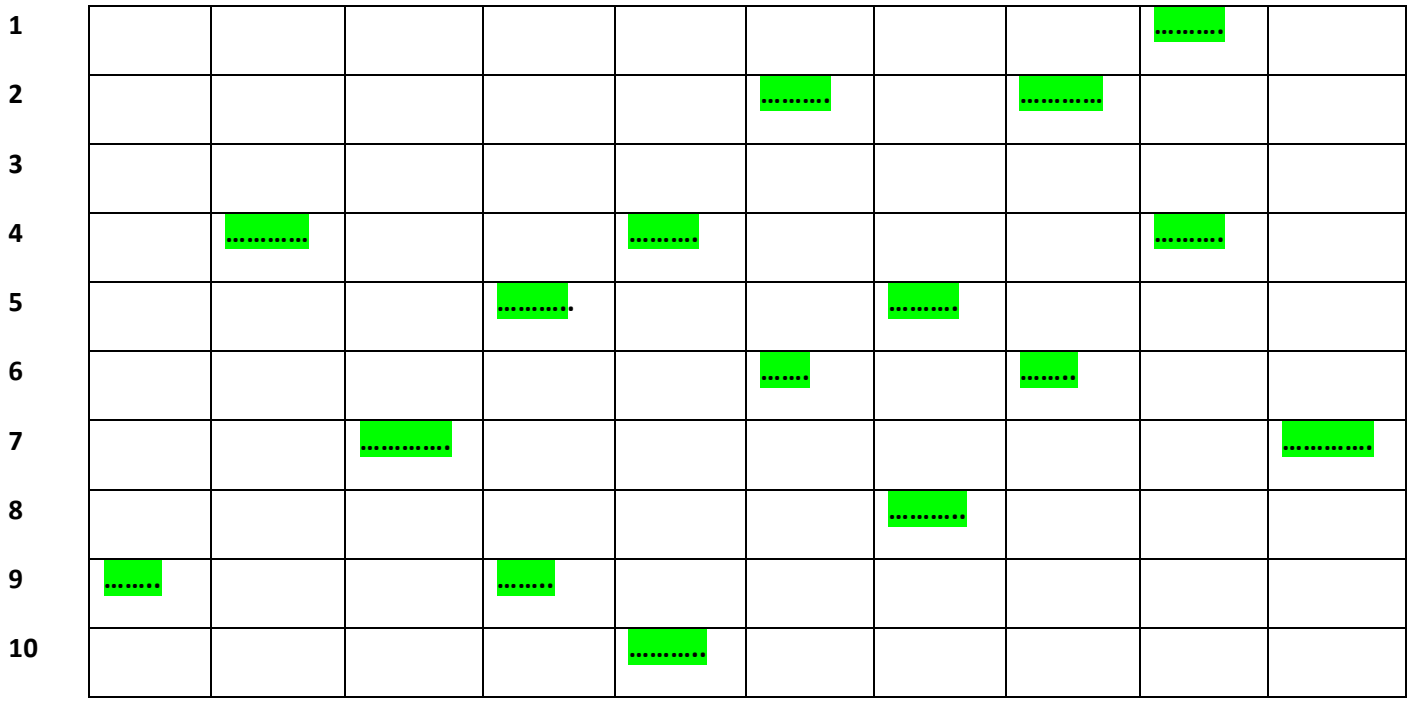
Trois représentants de la LOA étaient parmi nous pour cet évènement : Le Président de cette Organisation, le Dr. Pierre Bailly, les Drs Patrick Hémar et Dominique Rhomer, tous deux de l'Hôpital Hautepierre de Strasbourg.

Des plaques de remerciements ont été remises aux Drs Bailly, Rodolphe Malebranche et Magdala Pavrette pour leurs implications dans le développement de l'ORL-CCF.

Dr. Patrick Jean-Gilles

Fig 5 : De gauche à droite : Les Docteurs Pierre Bailly, Patrick Hémar, Magdala Pavrette, Shaina Lamour, Patrick Marc Jean Gilles, Dominique Rhomer.

## JEUX : MOTS CROISÉS



**Horizontalement**

1. Catastrophe 2. Dresse, Préposition étrangère 3. Inflammation de membrane 4. Régal de chien. Venue au monde 5. Institut Universitaire de Technologie, Déchiffré, Transpire. 6. Os de poisson, Note de musique. 7. Note de bas de page, Choisira 8. Dépôt jaunâtre sur les dents, Enleva. 9. Fin de participe, Etendre. 10. Charge d'âne, Drap d'alité.

**Verticalement**

1. Feuillet publicitaire 2. Longue période, Relatif à la ville 3. Boit lentement, Crier (pour le cerf) 4. Es en action, De bonne heure 5. Ensemble de..(napperons, par exemple), Maladie de la peau. 6. Organisation internationale, Prit le sein 7. Prénom masculin, Négation, Aluminium 8. Fin de participe, Fonction. 9. Note ancienne, Sels de l'acide urique. 10. Déchiffrée, Mesure agraire.

Réponses au prochain numéro.

OFATMA
OFFICE D'ASSURANCE
ACCIDENTS DU TRAVAIL MALADIE ET MATERNITÉ
Ak OFATMA nou tout asire!
OFATMA,l'assurance pour tous!
(509) 2811-7941
infos_conam@ofatma.gouv.ht
Delmas 95, Rue Acajou #4 Port-au-Prince, Haiti