Vol. 1 No. 2

INFO-CHIR

Revue Haitienne de Chirurgie

AOUT 2011

Edité par: Dr Jean ALOUIDOR

In Memoriam: Dr Alix Adam

"Une référence morale, un modèle de probité et d'éthique".
Dr. R. Valmé

PUBLICATION DANS *info* CHIR

Guide pour les auteurs

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

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

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

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

1- Préparation du manuscript:
Papier régulier 29x21 cm avec 2.5 cm de marge. Bien indiquer les différentes sections du texte. Numéroter les pages en haut à droite.

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

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

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

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

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

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

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

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

10- Les tables : Explicatives, supplementaires par rapport au texte. Numérotées avec un titre court et les explications rédigées en des- sous de la table. Les légendes sont bien indi -quées.

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

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

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

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

Pensée du mois:

« Là où vos talents rencontrent les besoins du monde réside votre vocation ».. Aristote

SOMMAIRE

Page

1- Éditorial : Dr. Jean Marie Eustache 4

2- Témoignages: « In Memoriam Dr. Alix ADAM »

Dr. Geissly Kernisan 5

Dr. Roger Valmé 6

Dr. Marie Antoinette Gauthier 8

3- Articles médicaux

Dysplasie fibreuse de la face, A propos d'un cas , Patrick Jean Gilles 9

4- Images

Diaporama : La duplication œsophagienne 11

X trème dia : Dysplasie fibreuse faciale 12

5- Dossiers :

Histoire de l'anesthésie en Haïti (partie 2) Dr. Denize Fabien. 12

Le serment d'Hippocrate, Alexandra Condé Green 13

Perspectives et défis de nouvelles technologies :

La phacoemulsification à l'HUEH, Dr. Régine Édouard 17

6- Formation / Pédagogie :

Formation de formateurs en Compétences Chirurgicales essentielles (CCE). 20

Dr. Louis-Franck Télémaque

7- Informations :

Congrès de chirurgie sur le thème du Wound Care 21

Graduation en Ophtalmologie/HUEH

Le Congrès de l'AMHE au Panama

Le projet du Centre Audio Visuel du Département de Chirurgie

Le projet de chirurgie laparoscopique

8- Divers : 24

Mots croisés : No 2 et réponse du No 1 Dr. Eunice Dérivois

`

EDITORIAL

La corporation chirurgicale a connu ces derniers jours, la perte de deux éminents représentants. Deux chirurgiens exceptionnels qui ont eu à peu près le même parcours et qui ont collaboré pendant des années. Ils paraissaient être ciselés dans le même bloc et partageaient les mêmes idéaux de grandeur. Je veux citer le Dr. Boris Chandler qui est parti en Juillet dernier et le Dr Alix Adam récemment. Le monde médical, particulièrement la collectivité des chirurgiens, saluent avec beaucoup d'émotion la mémoire de ces deux hommes de cœur qui ont fait de leur vie professionnelle un sacerdoce avec une sublime abnégation. Info CHIR à l'honneur de consacrer son deuxième numéro à la mémoire du Dr. Adam.

Après une formation post universitaire aux Etats-Unis, le Dr Alix Adam a prêté ses services plus d'une vingtaine d'années à l'hôpital de l'Université d'Etat où il a gravi tous les échelons, de médecin de service au directeur médical. C'est à L'Alma Mater que se sont tissés les liens qui m'ont uni au Professeur d'abord et à l'Homme ensuite. C'est lui qui m'a appris les ficelles du métier et j'ai apprécié chez lui, sa rectitude, son sens de l'équité, de l'honneur et de l'éthique. Il avait une façon de dire les choses avec une franchise et une brutalité qui souvent désarçonnaient. Malgré tout, il restait un homme au grand cœur, ouvert, d'une disponibilité jamais démentie.

La dernière fois que j'ai vu le Dr. Alix Adam, c'était en avril dernier en compagnie des Dr. A. Gauthier et G. M. Reed, ce dernier, venu spécialement des Etats-Unis pour le visiter. A part quelques trous de mémoire, le temps n'a pas eu raison de l'éloquence de sa verbe et de son érudition. L'initiative louable de lui consacrer un Numéro de Info-CHIR représente un devoir de mémoire envers cet homme exceptionnel dont la vie se confond avec l'histoire de sa profession et de l'institution qu'íl a servi.

Dr Jean Marie Eustache

Témoignages

HOMMAGE À UN MAITRE

Geissly Kernisan, MD, Assistant Chef du Service de Chirurgie, HUEH

Voir des étoiles par un ciel brûlant, sous un soleil de plomb relèverait du domaine de l'impossible ; tout aussi difficile, la recherche de paillettes d'or dans le sable mouvementé d'une rivière en crue. Telles sont les idées qui me traversent l'esprit quand je pense à l'existence de cet homme bien formé, bourré de connaissances, compétent, mais tellement discret, humble que seuls ses proches pouvaient apprécier ses qualités exceptionnelles, qui pourtant ont marqué des générations de chirurgiens.

Dr. Adam n'a pas occupé les colonnes des journaux mondains ou scientifiques mais travaillait avec passion, vigueur et constance à la formation des résidents que nous étions à l'époque.

J'ai rencontré le Dr. Adam, alors que j'étais étudiant d'abord, mais surtout à ma période de résidence au Service de Chirurgie de l'HUEH, où j'ai vraiment appris à connaitre l'homme, le grand chirurgien qu'il fut.

Il m'est alors souvent arrivé de me demander comment il faisait pour avoir une opinion précise et exacte sur tous les cas dont on avait à discuter. Ses interventions, il les faisait sans arrogance, sans oublier pourtant les remarques judicieuses et les mises en garde contre la paresse intellectuelle, le laisser-aller, contre la médiocrité.

Je me permets de me contenter de parler du médecin, du chirurgien que j'ai connu pour laisser à d'autres peut-être le soin de présenter l'homme, le père de famille modèle surtout qu'il a été.

Je dois, à cet éminent chirurgien, d'être aussi à mon tour un chirurgien. Il a été pour moi un modèle, modèle de rectitude, de dépassement. Dr. Adam avait un diagnostic sûr : dans notre jargon médical, on sait ce que ça veut dire. Il était compétent mais pas pédant, ni prétentieux.
Dr. Adam était discret, trop discret même ; il a su quand même, par son comportement, son sens de l'honneur, de la perfection, influencer la pratique de la Chirurgie en Haïti.

Il a pu ainsi, en dehors de l'existence d'un Ordre des Chirurgiens, tracer, avec d'autres, les lignes et principes de probité, d'éthique entr'autres, qui devraient régir la noble profession de chirurgien.

Dr. Adam m'a beaucoup guidé dans ma carrière chirurgicale. J'étais, pendant une bonne partie de ma résidence en Chirurgie son assistant à presque toutes les opérations qu'il pratiquait. Il venait alors me chercher tôt, à 6 hres du matin dans sa longue limousine, direction St François de Sales ou Canapé Vert.

À mon retour de formation à l'extérieur, soit neuf ans après, c'est encore lui qui m'a fait nommer Médecin de Service en Chirurgie, alors qu'il était Chef de ce Service et en même temps Directeur Médical de l'HUEH.

Je me suis toujours senti, et lui il m'a toujours considéré, ses enfants pourraient en témoigner, comme son fils spirituel. Il m'aimait bien.

Je lui dois une fière chandelle de reconnaissance. Et tous les chirurgiens, ceux qu'il a formés, les jeunes qui n'ont pas eu la chance de le côtoyer, de le voir fonctionner, lui doivent un respect sans bornes. Ils se doivent de l'honorer pour avoir gardé et transmis ce flambeau de dignité, d'honnêteté, de souci de perfection et du sens du service et du dévouement dans l'accomplissement de la tâche.

Il est le Maitre de cette école de médecins chirurgiens formés à la rigueur, soucieux du travail bien fait et empreints de ce sens des responsabilités face à leurs malades à la recherche d'un mieux-être, d'un soulagement.

Cher Dr. Adam, nous ne t'oublierons pas. Tu es dans nos cœurs, tu restes gravé dans notre mémoire. La queue de cette comète brillante que tu as été illuminera longtemps encore notre ciel ennuagé, chargé de coins d'ombre, d'incertitude.

IN MEMORIAM Dr. Alix ADAM

Roger Valmé, MD, Urologue

En guise d'allocution à l'occasion des funérailles du Dr. Alix ADAM chantées le mardi 14 juin 2011 en l'église St Pierre de Pétion-ville.

Je ne parlerai pas du chirurgien Alix Adam. D'autres plus compétents sauront le faire mieux que moi. Avant de vous parler de l'homme, je voudrais toutefois présenter mes sympathies personnelles à la grande famille chirurgicale d'Haïti et féliciter les jeunes spécialistes de cette discipline pour le travail remarquable, héroïque et anonyme qu'ils accomplissent sur le terrain, sauvant quotidiennement des vies humaines dans un contexte difficile, malgré un environnement physique précaire et un environnement humain souvent hostile. Ils ont choisi d'assurer la relève ici, à leur propre risque, au prix de grands désenchantements, parfois aussi d'amères déceptions ; car ils font face eux aussi, à leur tour, à cette vieille et persistante mentalité socio culturelle collective prédisposant, conditionnant l'haïtien au plus haut niveau à dévaloriser de façon systématique toutes les compétences professionnelles locales.

A ces jeunes, je souhaite beaucoup de courage et leur rappelle que le chirurgien Alix Adam s'est distingué par ses vastes connaissances, par sa foi et son combat pour une médecine haïtienne forte et respectée, par sa disponibilité à servir.

Dans l'exercice durant un demi-siècle, dans cet éprouvant et dur métier dans notre milieu, il a été et demeure pour ces jeunes et pour nous, une référence morale, un modèle de probité et d'éthique. Nous nous inclinons, une dernière fois devant sa dépouille.

Permettez que je parle maintenant de l'HOMME.
Pour Kareen et Philippe, pour Paula, pour Martine, pour Helene, spécialement pour Yolande, tante Yolande……
Un homme nous a quitté. Nous nous souviendrons. J'ai dit un HOMME, il en existe de moins en moins chez nous, ces jours-ci. Nous nous en souviendrons aussi.

C'est pour moi un devoir et un privilège d'honorer la mémoire et de saluer le départ de cet HOMME-majuscule.

Parents, amis, confrères,

Au début des années 80, le Dr Adam me proposa d'être son assistant à la Direction Médicale de l'Hôpital de l'Université d'Etat. La réputation d'Alix n'était plus à faire. Combatif, déterminé, exigeant, intransigeant, d'une franchise parfois brutale, rigide et inflexible, même et surtout envers se proches quant au respect et à la stricte observance des normes éthiques et de morale. Je voulus bien tenter l'expérience. On se connaissait depuis longtemps. La tâche prioritaire consistait à contrôler les activités médicales de l'Institution, à organiser les programmes d'enseignement académique et pratique de l'Internat et de la résidence hospitalière, à tous les niveaux. L'expérience me permit de découvrir l'autre Alix Adam.

Dans son livre « Biologie des passions », Jean Didier Vincent promène allègrement le lecteur avisé à travers les couloirs du cerveau. Il pénètre avec lui dans l'intimité des structures cérébrales où prennent naissance nos émotions et nos passions. Il y découvre des substances chimiques – des amines, des peptides, neuro médiateurs, hormones….qui gouvernent nos états d'âme et sont à la base de nos comportements. Il identifie leur site d'élaboration et décrit avec précision leur mode d'action à l'intérieur des neurones et au niveau des jonctions synaptiques. Pour clore le chapitre traitant de la faim et de la soif envisagées comme Passions, l'homme de science, qui est aussi un homme de Lettres et de Culture, dans un style rappelant la grande tradition lyrique, nous fait vivre la rencontre intime de deux êtres dans un cadre qu'on désire idyllique. « Regardez ces deux amants qui trinquent, corps inclinés sur la table, verres à la hauteur des yeux qui baignent dans le liquide doré. Imaginez la biologie du dessus et du dessous de la table. EROS et BACCHUS gambadant entre l'hypothalamus et le cerveau limbique. Pour ce moment de bonheur, quelles synapses donner en pâture aux amines et aux peptides….Fastidieux, neurones, accordez nous pour un instant les plaisirs de l'âme… »

Chacun peut avoir sa propre interprétation de ce fragment de texte. « Tot homines, tot scienciae » nous enseigne le latin. Autant de personnes, autant d'opinions…Pour nous,

le biologiste pressent qu'en chaque homme neuronal, en chaque femme hormonale, il existe aussi l'Homme, un homme avec une âme. A coté des émotions générées, gérées, régulées par les neurones et les hormones et qui peuvent être observées, quantifiées et même dosées, à l'échelle de nos mesures humaines, il existe aussi les plaisirs de l'âme. Ces derniers sont tout à fait différents. Vécus et parce que vécus essentiellement, entièrement au-dedans, du dedans, ils échappent à toute analyse objective, à toute estimation quantitative faite à partir du dehors. Ils ne sont pas, ils ne sont plus de simples « variables mesurables ». Fastidieux neurones, neurones tous puissants, pourrions nous ajouter, neurones dominateurs desquels nous sollicitions, nous tous parfois, désespérément, souvent sans succès, un peu d'indulgence et quelques moments de répit pour laisser s'exprimer l'Ame.

Quand il parvenait à s'affranchir des contraintes de l'âme et, de préférence, quand les neurones la libéraient de leur emprise et de leur servitude, alors se manifestait l'autre Alix, peut être le vrai qui sciemment ou inconsciemment il occultait, l'autre Alix qui pouvait et savait écouter, dialoguer, accepter les opinions contraires, faire preuve de compréhension et de générosité. L'Ame, en ces moments reprenait son ascendance, transcendait le neurone, l'âme ici était synonyme de vie intérieure, de vie spirituelle.

Dans « La grande aventure de l'Humanité » l'historien Arnold Toynbee nous dit : « Si un être humain venait à perdre son âme, il cesserait d'être humain, car l'essence de l'existence humaine est de percevoir une présence spirituelle derrière les phénomènes et c'est en tant qu'âme et non en tant qu'organisme psychosomatique qu'un être humain se trouve en communication avec cette présence spirituelle ou même s'identifie à elle dans l'expérience des mystiques ».

Alix n'a jamais perdu son âme. Lorsque dans le milieu des années 90, il prit la décision prématurée, à notre avis, de se retirer de la science médicale, il ne sombra pas dans l'isolement total, meurtrier. Il opta pour une semi retraite qui lui procura ce recul nécessaire et toujours indispensable pour appréhender les choses, mieux connaitre les hommes, surtout les hommes de son pays, de notre pays. Son jugement sur ces derniers, il l'a gardé pour lui :

ULTIME DISCRETION DU MEDECIN,
DERNIERE ELEGANCE DE L'HOMME.

Nous savons pourtant que nos mensonge, nos turpitudes, nos incohérences, notre inconsistance ont mis ses convictions personnelles à rude épreuve et l'ont conduit à se réfugier progressivement dans une certaine solitude. Nous ne savons pas si dans cette solitude voulue et recherchée, si dans ses moments de questionnement et de réflexion sur le sens et la signification des phénomènes qui nous entourent et des événements qui nous frappent dans notre existence, nous ne saurons jamais, si dans ces moments là, Alix a eu le privilège, la chance ou la grâce de s'être trouvé en communication avec la PRESENCE SPIRITUELLE ou de s'être identifiée à ELLE. Nous ne pouvons affirmer que derrière la façade, derrière le masque psychosomatique, s'abritait une sensibilité réelle, la noblesse de cœur et de sentiments, une vie intérieure intense, une spiritualité certaine, bref une AME.

C'est de l'AME dont nous nous en souviendrons.

ELOGE POSTHUME DU Dr. ALIX ADAM

Marie Antoinette GAUTHIER, MD

Il manque ici quelques uns de celles et de ceux qui auraient désiré être avec nous pour t'accompagner à ta dernière demeure, mais, empêchés par la distance et ne pouvant pas être là , en personne, ils y sont par la pensée et par le cœur….

Avant que tu ne sois couché définitivement sous cette terre, je veux dire ce que tu fus pour nous autres chirurgiens. Tu te dépensais sans compter, sans mesurer tes peines, te donnant tout entier pour former des générations de chirurgiens. Tu avais la passion sans bornes de la chirurgie et tu as su inculquer à celles et à ceux que tu formais cet art, ce sens de responsabilité, cette rigueur qui caractérisaient le chirurgien.

Tu as su marier avec beaucoup de brio des qualités merveilleuses telles que: le sens aigu du diagnostic, l'art du jugement médico chirurgical avec un dernier argument que toi seul pouvait trouver, un don pédagogique hors pair dont nous bénéficiions tous lors des grandes tournées et de la revue des cas opérés et une compassion témoignant de ton respect et de ton amour pour les patients.

Dr. Alix Adam au centre entouré des MDS et des résidents du service de Chirurgie en septembre 1980

Le soir, lors des gardes, tu arrivais par surprise, 10h, 11h, minuit, pour les tournees à l'urgence. On se disait : « Voici le big boss » et on était sur ses gardes.

Je ne t'ai jamais entendu parler de Dieu, mais tu étais tellement inspiré dans tes commentaires académiques que personnellement, je me posais la question à savoir si tu ne priais pas en cachette.

D'ailleurs, récemment, en présence de ta fille Martine chirurgienne, nous parlions de la vie des résidents et tu disais qu'à Missouri, lors de ton entrainement, tu attirais tellement de malades quand tu faisais tes gardes et des malades à problème qu'on t'appelait « Little Jesus ». Ta fille Martine a probablement hérité de toi.

On pouvait croire que tu avais un très grand respect pour Dieu, mais également pour la science car tu aimais dire aux résidents : « Même si Dieu le Père vous dit que ce malade a telle pathologie, vous devez vous-même examiner le patient afin d'établir votre propre diagnostic ».

Tu animais les séances de Journal Club avec tellement d'aisance qu'un jour je te demandai de me donner le secret de ton assurance et sans hésiter tu répondais : « Je ne laisse pas passer un jour sans lire et même, à défaut d'une lecture chirurgicale, contente toi de lire une à deux lignes d'une autre revue médicale même s'il s'agit de la psychiatrie, car le malade, disais-tu est un tout. Cela te servira et te donnera une autre dimension ».

Tu gérais non seulement les résidents mais les médecins de service, le personnel infirmier et le personnel de soutien avec un égal bonheur, de fois avec beaucoup de colère.

C'est un géant qui nous laisse aujourd'hui. Je ne puis m'empêcher de penser à ce ver d'Alfred de Musset dans une lettre adressée à Lamartine : « De t'égaler jamais, je n'ai pas l'expérience ».

Nous autres chirurgiens, nous avons surtout le devoir de t'imiter. Ton visage, ta silhouette nous hanterons l'esprit jusqu'au dernier jour de notre vie. Nous saluons ce grand professeur, ce très grand professeur, ce fameux clinicien, ce chirurgien hors pair et, comme m'a dit une consœur : « il a été une lumière pour nous autres et pour le pays ».

Qu'il s'en aille vers la Lumière !

Articles médicaux

DYSPL ASIE FIBREUSE DU MAXILLAIRE (à propos d'un cas)

Patrick Marc JEAN-GILLES, MD, Marie Maud Nazon**, MD Valentin Thélisdort *** MD*
**Assistant Chef de service, **Médecin attaché au service, ***Résident de 1ère année en ORL-CCF, Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti.*

Résumé
La dysplasie fibreuse des maxillaires est une affection osseuse rare selon la littérature. Elle revêt un polymorphisme clinique et radiologique, mais le diagnostic de certitude est anatomo-pathologique. La thérapeutique, discutée en fonction de plusieurs critères, peut être conservatrice (modelante) ou radicale. L'évolution demeure imprévisible, mais en général bonne quand la résection est faite en totalité, toutefois, la dégénérescence sarcomateuse reste possible.

Mots-clés: Dysplasie fibreuse, maxillaires, chirurgie modelante, chirurgie radicale.

Généralités :
La dysplasie fibreuse ou maladie de Jaffe-Lichtenstein est une pathologie osseuse bénigne, et polymorphe dans ses aspects osseux.

Elle affecte le massif cranio-facial dans 20% des cas. Et à ce niveau, cette tumeur se comporte comme un "processus à malignité locale".

Elle présente des aspects cliniques et évolutifs particuliers. Les formes étendues et compliquées posent des problèmes de prise en charge thérapeutique.

Cas clinique :
Nous rapportons ici le cas d'une adolescente présentant une dysplasie fibreuse du maxillaire.

Mlle J.J. (16 ans) consulte en Janvier 2011 pour une tuméfaction du maxillaire droit remontant à plusieurs années ; masse évoluant de façon progressive, indolore, avec une obstruction nasale droite, une gêne à la mastication et des troubles de l'articulation (Fig. 1, 2).

Fig. 1 vue de face fig. 2 vue de profil

L'examen clinique montrait une asymétrie faciale très marquée par une masse faisant 14 cm de long sur 9 cm de large environ, déformant la joue droite et faisant protrusion dans la cavité buccale. La masse dépassait la ligne médiane sur environ 3 cm.

Le bilan radiologique consistant en un scanner de la face en coupes axiales et coronales, montrait un processus tumoral expansif du maxillaire droit, hétérogène, comblant le sinus maxillaire droit, la fosse nasale droite, atteignant l'os zygomatique droit, le plancher orbitaire droit, la fosse ptérygo-maxillaire droite et le sphénoïde presqu'en totalité (Fig. 3, 4, 5).

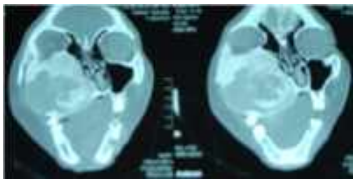


Fig. 3 : processus atteignant le plancher de l'orbite

Fig. 4 : Masse comblant la fosse nasale droite

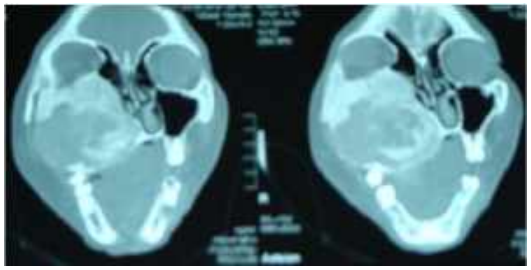


Fig.5 : Comblement de la fosse ptérygo maxillaire et atteinte du sphénoïde.

La patiente a subi d'une intervention chirurgicale à l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti au service d'ORL-O-CMF. Une maxillectomie partielle (par voie para-latéro-nasale de Weber Ferguson) a été réalisée (Fig. 6, 7) avec un remodelage du plancher de l'orbite droit et la conservation de la muqueuse du palais (qui était saine) (Fig. 8) ; ceci a donc permis une fermeture de la cavité buccale et évité la mise en place d'une prothèse obturatrice par la suite.

La patiente a été hospitalisée pendant 15 jours pour s'assurer de la bonne cicatrisation des plaies et une reprise alimentaire per os correcte (Fig. 9 : 2e mois post opératoire).

L'examen anapathologique de la pièce opératoire a confirmé le diagnostic de dysplasie fibreuse

Fig. 6 : voie para-latéro-nasale de Weber Ferguson

Fig. 7 : Pièce opératoire

Fig.8 : conservation de la muqueuse du palais

Fig. 9 : Status à 60 jours de post-op

Discussion

La dysplasie fibreuse des os est une maladie bénigne caractérisée par l'envahissement d'un ou de plusieurs os par du tissus fibreux.

Cette maladie débute souvent dans l'enfance et progresse jusqu'à l'adolescence, puis s'arrête. Dans certains cas cependant, les lésions continuent à évoluer à l'âge adulte. Elles représenteraient en moyenne 2 % des consultations générales [1, 2, 3, 4].

Le siège de prédilection est le maxillaire supérieur et cette atteinte osseuse a un retentissement variable allant d'une simple difformité faciale à des troubles neurologiques et respiratoires.

Les lésions osseuses peuvent être accompagnées de troubles pigmentaires cutanés et de désordres endocrinologiques (Syndrome de McCune-Albright-Sternberg).

L'imagerie met en évidence des opacités plus ou moins homogènes, parfois hétérogènes, aux contours imprécis et l'histologie retrouve des fibroblastes proliférant dans un stroma complet.

Le traitement est chirurgical mais l'exérèse complète est rarement possible et cède souvent le pas à des résections modelantes, guidées pas l'importance des déformations et la présence de complications neurologiques.

L'abstention chirurgicale est licite dans les formes polyostiques, en l'absence de signes fonctionnels ou esthétiques. La dégénérescence maligne est rare.

Au service d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale de l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti, cette pathologie représente en moyenne 3% des consultations générales.

Bibliographie

[1] Blanchard P, Henry JF, Breton P, Freidel M. La dysplasie fibreuse des maxillaires. Rev Stomatol Chir Maxillofac 1990; 91: 362-367
[2] Camilleri AE, cranio facial fibrous dysplasia. J Laryngol Otol 1991; 105: 662-666
[3] Mizuno Z, Kuruyanagi M, Akiyama Y, Katayama T, Suzuki H, Nakono Y. Facial fibrous dysplasia: a case report. Oral surg Oral Med Oral Pathol 1991; 72: 284-288
[4] Mohamadi-Araghi H, Haery C. Fibro-osseous lesions of craniofacial bones. Radio Clin North Am 1993; 31: 121-134
[5] Encyclopédie medico-chirurgicale 1994 20-400-A-10

Images

Diaporama

DIAPORAMA : PLANCHE 2 – LA DUPLICATION ŒSOPHAGIENNE CHEZ L'ADULTE (Radio)

Fig. 1 : Duplication œsophagienne vraie de l'adulte vraisemblablement congénitale (TOGD) présentant deux conduits parallèles depuis le pharynx jusqu'à l'estomac.

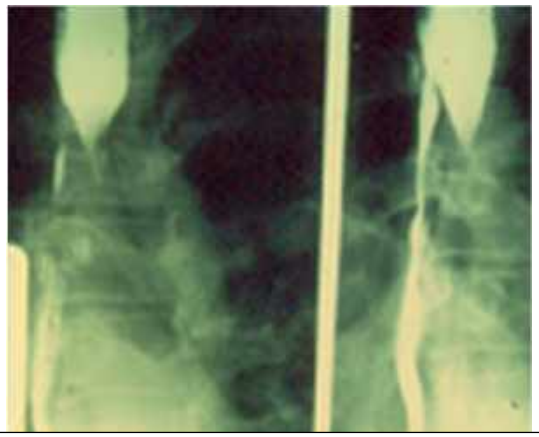


Fig. 2 : Formation tubulaire para œsophagienne sacciforme en communication avec l'œsophage par ses deux extrémités.

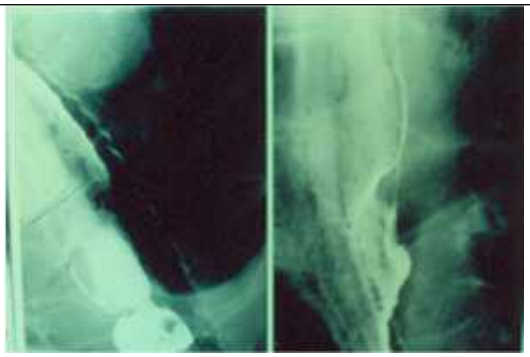
Les duplications œsophagiennes représentent 15 à 20% des duplications digestives et restent de **découverte** exceptionnelle à l'âge adulte (Fig. 1 et 2). Les malformations associées se retrouvent dans 50% des cas (rachis, tube digestif).

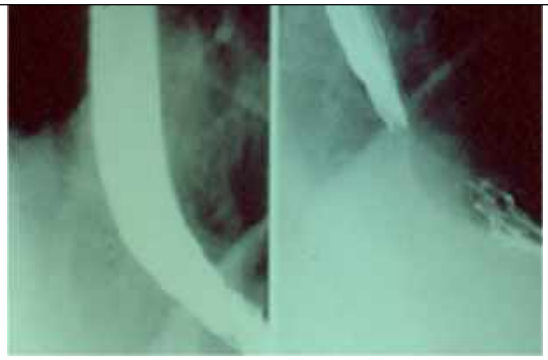
Le malade adapte progressivement ses habitudes alimentaires avec éviction des aliments les plus solides et augmentation de la durée des repas en raison d'une dysphagie. Cependant, un épisode aigu de dysphagie aux solides et aux liquides, avec douleur aiguë rétrosternale, provoquera la consultation et un bilan endoscopique et radiographique (fig. 1, 2, 3, 4) qui amèneront le diagnostic.

A l'Endoscopie du bleu de méthylène est injecté par un cathéter dans le pertuis décelé et apparaît immédiatement dans l'œsophage distal confirmant la communication oeso-œsophagienne. Des biopsies sont recommandées à différents niveaux.

Fig. 3 : Le conduit principal correspond à l'œsophage proprement dit. La muqueuse est généralement normale.

Fig. 4 : L'autre lumière peut être masquée par le baryum. L'abouchement à l'estomac doit être visualisé.





L. F. Télémaque, HUEH, 2011

X treme dia

Dysplasie fibreuse massive du sphénoide et des os de la face

Quelle prise en charge ?

Réponse sur infochir@gmail.com

Lettre à l'éditeur.

HUEH 2009

Dossiers

HISTOIRE DE L'ANESTHÉSIE EN HAÏTI (PARTIE 2)

Denise Fabien, MD

Le temps de la semence et du travail

Je me suis souvent demandé quelle était la nécessité d'un témoignage personnel dans une revue médicale qui se veut scientifique. En m'efforçant de le faire, je me suis rendu compte que le devoir de mémoire passe toujours par une expérience vécue avec ses succès et ses défaites, ses joies et ses peines, ses bonheurs et ses malheurs, avec cependant une conviction profonde : pouvoir se réintégrer dans son milieu environnemental avec ses valeurs naturelles et acquises dans le respect et l'acceptation des différences.

A partir des années 70, 80, l'espoir qu'on pouvait évoluer avec le reste du monde malgré l'archaïsme de la république héréditaire permit de :

- moderniser l'organisation des soins à l'HUEH et dans les hôpitaux privés,
- renforcer la formation des résidents en anesthésie,
- continuer la formation des infirmières en anesthésie qui s'arrêtera d'ailleurs en fin 70, début 80 en raison d'une hémorragie abondante de cerveaux et de leur utilisation à l'étranger,
- Fonder la Société haïtienne d'anesthésiologie (SHA).

Toutes les techniques étaient pratiquées, enrichies par ce que les anesthésiologistes formés à l'étranger apportaient. Ces anesthésiologistes apprenaient aussi sur le terrain. Le Dr. Rousseau avait une passion pour les blocs périphériques qu'il pratiquait en se basant essentiellement sur la clinique, ce qui demandait une excellente connaissance de l'anatomie et une intimité spéciale avec le (la) patient (e) au niveau de son ressenti et de son langage. C'est le Dr Morno qui nous apporta la péridurale de manière structurée, avec un protocole bien établi.

Le maître mot à l'hôpital était l'économie. C'est pour cela que beaucoup de travail a été réalisé sur les coûts avec les techniques les moins coûteuses, allant des régionales au circuit fermé à l'halothane. Cependant le matériel était réduit au strict minimum, ce qui intensifiait la surveillance clinique. Je n'ai pas pu retrouver nos taux de morbidité /mortalité de cette époque, ce serait intéressant de les comparer avec ceux des autres pays. Ce sera pour un prochain travail. Dans les hôpitaux privés la dépendance au chirurgien était et est encore très présente. Nous n'avons pas encore de pool d'anesthésie hospitalière. Je crois que c'est le seul pays qui travaille ainsi dans notre hémisphère.

C'est dans cette période que se crée la SHA qui nous a vraiment ouvert sur l'extérieur. Relations avec les sociétés d'Amérique latine, relations avec les universités françaises pour complément de formation. Avec la fédération mondiale des sociétés d'anesthésie, la SHA a posé le problème de la sécurité anesthésique. Il y a toujours eu un grand problème à ce niveau. C'est très important d'assurer cette sécurité au niveau de Port-au-Prince et de la province. Parmi toutes les ressources indispensables pour assurer la sécurité, les ressources humaines sont indispensables pour la couverture au niveau des hôpitaux nationaux publics et privés. La réflexion devrait se faire sur ce thème .

Un voyage sur l'île d'Hippocrate

Alexandra Condé Green, MD*

Au cours du 11e congrès de la société européenne de chirurgie plastique (ESPRAS: European Society of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery) qui s'est tenu sur l'île de Rhodes en Grèce du 20 au 26 septembre 2009, près d'un millier de chirurgiens plastiques de 49 pays du monde étaient réunis en vue de partager leurs expériences[1]. Au cours de ce congrès, une croisière fut organisée vers l'île de Kos où tous ceux qui étaient présents ont pu écouter le récit du serment d'Hippocrate en grec ancien sur les ruines de l'Asclépion de Kos, et le prononcer en anglais, pour la deuxième fois dans leur carrière (Fig. 1,2).

Fig 1 : En croisière vers l'île de Kos. Fig 2 : Vue de l'île de Kos de l' océan.

Un peu d'histoire …

KOS ou Cos (en grec ancien Κῶς) est la troisième plus grande île de l'archipel du Dodécanèse dans la mer Egée, après Rhodes et Carpathos. Hippocrate est né sur cette île en 460 av JC et apprit la médecine de son père Héraclide[2].

HIPPOCRATE (Fig. 3) révolutionna intellectuellement la médecine en Grèce antique, en instituant cet art comme une discipline distincte de la religion. Il crut et fit valoir que la maladie n'était pas une punition infligée par les dieux, mais plutôt la conséquence de facteurs environnementaux, de l'alimentation et des habitudes de vie. L'école hippocratique de Kos mit l'accent sur l'observation directe des signes de la maladie et l'analyse du corps humain afin de prodiguer les soins aux patients. Par la suite, Hippocrate transmit ses connaissances à ses deux fils Thessalos et Draco, ainsi qu'à son gendre Polybe qui sont devenus ses successeurs. Après sa mort, le peuple de Kos construisit le célèbre "Asclépion" en l'honneur du dieu de la médicine Asclépios, centre qui fonctionna comme hôpital, accueillant des malades venant de toute la Méditerranée et appliquant les méthodes de thérapie enseignées par Hippocrate.

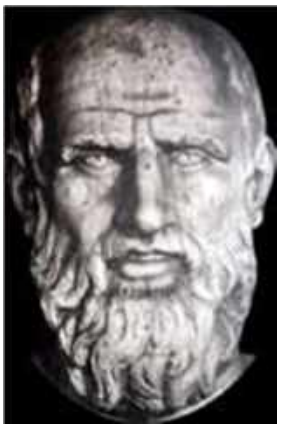


Figure 3 : Hippocrate (sculpture de la Grèce antique)

Figure 4 : Le 1e niveau de l'Asclépion de Kos

Les **ASCLEPIONS** étaient des sanctuaires répandus dans toute la Grèce antique et en Asie mineure (plus de 300), les plus célèbres étant ceux d'Epidaure, d'Athènes et bien sûr de Kos (Fig 4). Ils étaient situés dans des endroits paisibles, à plusieurs niveaux, ayant des sections spéciales pour les bains, où les sources d'eau minérale fraîche étaient utilisées pour traiter les maladies dermatologiques, pas trop différents des centres encore retrouvés à Budapest, et inspirant les spas modernes et nos Med spas dans le domaine de la chirurgie esthétique. Les malades y étaient amenés la nuit pour être placés sous la protection directe du dieu guérisseur, afin qu'Asclépios apparaisse en songe aux prêtres-médecins pour leur révéler les remèdes à instituer aux patients.

Le **CORPUS HIPPOCRATIQUE** est un recueil de prés de soixante-dix traités de médecine qui auraient été écrits par les successeurs d'Hippocrate, suivant ses principes. Il s'agirait des vestiges d'une bibliothèque de Kos ou d'une collection d'œuvres compilées au IIIe siècle av JC, à Alexandrie. Il contient des conférences, des histoires de cas décrivant des maladies endémiques, des blessures, les pronostics, les aphorismes, le serment et bien d'autres. Le besoin de s'exprimer, de partager ses expériences avec ses confrères, se faisait sentir depuis cette époque. Une grande partie des œuvres traduites en latin ont eu

beaucoup d'influence sur l'occident chrétien qui avait difficilement accès aux textes originaux en grec. Par la suite, les écrits d'Hippocrate ont été traduits en syriaque, en persan, en arabe et ses méthodes adoptées par les médecins musulmans. Après le XIIe siècle, les méthodes d'Hippocrate ont été redécouvertes en Europe et l'ensemble du Corpus a été imprimé d'un seul tenant en 1525 à Rome, d'abord en latin, l'année suivante en grec et 300 ans après, en anglais[3]. Une des éditions les plus importantes est celle d'Emile Littré qui consacra vingt-deux ans de sa vie à cet effet.

Le **SERMENT D'HIPPOCRATE**, l'œuvre la plus célèbre, est un point de repère pour l'éthique médicale (Fig. 5,6). C'est un texte complexe à la fois philosophique et pratique, qui n'est probablement pas l'œuvre d'un seul homme mais qui est attribué à Hippocrate par la tradition historique et est prononcé au début de la carrière de tout médecin (Fig. 7,8).

Fig 5 : La Méditation

Fig 6 : Le récit du serment d'Hippocrate

Serment d'Hippocrate

Traduit par Émile Littré du grec ancien - 1819-1861.

" Je jure par Apollon, médecin, par Esculape, par Hygée et Panacée, par tous les dieux et toutes ***les déesses****, les prenant à témoin que je remplirai,* ***suivant mes forces et mes capacités****, le serment et l'engagement suivants : je* ***mettrai mon maître de médecine au même rang que les auteurs de mes jours, je partagerai avec lui mon avoir*** *et, le cas échéant, je pourvoirai à ses besoins ; je tiendrai ses enfants pour des frères, et s'ils désirent apprendre la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement.* ***Je ferai part des préceptes, des leçons orales et du reste de l'enseignement à mes fils, à ceux de mon maître et aux disciples liés par engagement*** *et un serment suivant la loi médicale, mais à nul autre.*

Je ***dirigerai le régime des malades à leur avantage****, suivant mes forces et mon jugement, et je* ***m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice****. Je* ***ne remettrai à personne du poison****, si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une pareille suggestion; semblablement, je ne remettrai* ***à aucune femme un pessaire abortif****.* ***Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans l'innocence et la pureté****. Je ne* ***pratiquerai pas l'opération de la taille, je la laisserai aux gens qui s'en occupent****. Dans quelques maisons que je rentre, j'y entrerai pour l'utilité des malades, me* ***préservant de tout méfait volontaire et corrupteur****, et surtout de la séduction des femmes et des garçons, libres ou esclaves. Quoique je voie ou entende dans la société pendant l'exercice ou même hors de l'exercice de ma profession,* ***je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué****,* ***regardant la discrétion*** *comme un devoir en pareil cas.*

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession*, honoré à jamais des hommes. Si je le* ***viole et que je me parjure, puis-je avoir un sort contraire****."*

Figure 7: Vue de l'assistance du 2e niv. de l'Asclépion

Figure 8: Vue de l'assistance du 3e niv. de l'Asclépion

ANALYSE DU SERMENT D'HIPPOCRATE

En analysant le serment, nous sommes surpris par son contenu moderne. En faisant attention aux expressions que nous avons mis **"en gras"** dans le texte, nous pouvons souligner successivement:

L'importance accordée aux **Êtres Féminins** depuis l'époque – l'**Humilité** – le **Respect** de la **hiérarchie** - la **Reconnaissance** – l'**Obligation de diffusion** de son savoir – la **Priorité** accordée aux **besoins du patient** – l'**interdiction** de provoquer l'**euthanasie** ou l'**avortement** – le **Dévouement** – l'importance de **rester dans l'exercice de sa propre spécialité** – la **relation Médecin-Patient** – le **Secret professionnel** – la **Discrétion** – la **Récompense** pour le respect du serment – la **Condamnation** dans le cas de non respect.

Ce sont tous des principes très forts, jugés durant de longues années trop parfaits pour pouvoir être améliorés, de ce fait aucune modification ne leur a été apporté pendant longtemps. Cependant de nos jours, ce serment jugé incomplet ou trop ancien, est rarement utilisé sous sa forme originale et n'est pas obligatoire dans certains établissements. Il a inspiré d'autres serments similaires, des lois qui définissent les bonnes pratiques et la morale médicale. Il a été réactualisé dans certains pays afin de mettre l'accent sur les circonstances de la vie moderne, telles que: respecter l'autonomie et la volonté des patients (face à l'avortement, la non-réanimation (DNR), le choix d'un traitement spécifique…), intégrer et respecter les principes d'éthique dans la recherche surtout de nos jours avec les cellules-souches humaines, ne pas se laisser influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

CONTRIBUTIONS A LA MEDECINE ET A LA CHIRURGIE MODERNE

Selon l'école hippocratique, le corps humain est le reflet en miniature de l'univers et la maladie serait la conséquence d'un déséquilibre qu'il faut rétablir pour être guéri. C'est une médecine humble et palliative, fondée sur le principe que le corps lui-même contient le pouvoir de se guérir. La thérapeutique hippocratique se donnait simplement pour but, d'aider ce processus naturel en administrant peu de médicaments, sachant que le repos et l'immobilisation sont d'une importance capitale[4].
Hippocrate a ouvert la voie à la diététique en prônant l'utilisation des légumes et des fruits. La médecine hippocratique s'est distinguée par son strict professionnalisme et sa rigueur. L'ouvrage *Sur le Médecin*, recommande aux médecins d'être toujours honnêtes, compréhensifs, de tout documenter d'une manière claire et objective de sorte que ces documents puissent être transmis à d'autres médecins et utilisés par eux. Une attention particulière est portée aux actes chirurgicaux, donnant des spécifications sur l'éclairage, le positionnement des instruments, les techniques de contention et de bandages dans les salles d'opération.

Une autre des grandes contributions d'Hippocrate peut être trouvée dans ses descriptions des symptômes, des signes physiques (la succussion hippocratique, l'hippocratisme digital, la face hippocratique), des gestes médicaux (l'utilisation du spéculum rectal qui constitue la première référence connue à l'endoscopie), du traitement chirurgical (la cautérisation, l'excision et la ligature des hémorroïdes) et du pronostic (en particulier de l'empyème thoracique). Il serait même à l'origine du test détecteur de mensonges, car on aurait dit qu'il prenait le pouls des

patients pendant qu'il les interrogeait sur l'histoire de leur maladie pour savoir s'ils avaient menti.

De nos jours certains concepts sont considérés comme obsolètes, mais plusieurs sont encore mis en pratique en Inde et dans la culture populaire en tant que médecine traditionnelle (l'usage des sangsues dans la chirurgie reconstructrice pour améliorer la circulation veineuse, les substances et éléments naturels pour le soulagement de certaines maladies), qui connait depuis plusieurs années un intérêt particulier dans le monde occidental. Ainsi, la naturopathie se réfère encore à la philosophie hippocratique en lui permettant de rester vivante au travers d'une pratique qui n'ignore pas les avancées de la science, tout en respectant les lois de la vie, observées par les anciens depuis des millénaires[5].

Pour toutes ses contributions fondamentales à l'avancement de la science, le rejet des superstitions et des légendes, son accent sur la description exacte des symptômes et l'établissement des pronostics, son attitude d'esprit critique toujours à la recherche de sources d'erreur qui constitue l'essence même de l'esprit scientifique, Hippocrate est à juste titre considéré comme le PÈRE DE LA MÉDECINE.

BIBLIOGRAPHIE

1. http://espras2009.gr/static.data/english/Program ; pages 28, 76 of PDF document online. Fat processing in autologous fat tissue transplant: Views on current techniques and their effects on cellular components of aspirated adipose tissue. Alexandra Condé-Green, Ivo Pitanguy et al. Presentation given on September 22nd, 2009 in Rhodes Island, Greece.

2. Dunkas N. (ed.) The works of Hippocrate. Diachronic Publications, Athens, 1998.

3. Bruni Celli B., Bibliografia Hippocratica, Ediciones del Rectorado. Universidad de Venezuela, Caracas, 1984.

4. Majno G., The Healing Hand, Man and Wound in Ancient world. Harvard University Press, Cambridge, 1982.

5. Mazzola RF, Hippocrates and the Hippocratic Oath. ISAPS News Vol. 4, Number 1, 2010.

***Alexandra Condé Green MD, FICS.**
Chirurgie Générale (HUEH, Port-au-Prince, Haiti)
Chirurgie Plastique et Reconstructrice (Instituto Ivo Pitanguy, Rio de Janeiro, Brésil)
Fellow en Chirurgie Plastique (Massachussets General Hospital / Harvard - The Boston Center)
Recherche en Chirurgie Plastique et Médecine Régénérative, Département de Chirurgie Plastique – Centre Medical de l'Université de Maryland, Baltimore, MD, USA.
Tel : (617) 412-5947 ; acondegreen@yahoo.com

PERSPECTIVES ET DEFIS DE NOUVELLES TECHNOLOGIES : LA PHACOEMULSIFICATION A L'HUEH

Régine Edouard, MD, Jean-Claude Cadet ***
**Résidente en 3eme Année, **Chef de Service, Service d'Ophtalmologie, HUEH/MSPP, juillet 2011*

La cataracte est la première cause rapportée de baisse de vision dans le monde, par conséquent la chirurgie de la cataracte est celle qui est la plus pratiquée dans le monde également (réf. 1). Il n'y a pas de traitement médical de la cataracte. Les patients n'ont donc qu'un seul recours : la chirurgie. Les découvertes ne cessent de se multiplier favorisant la mise en place de techniques chirurgicales de plus en plus raffinées. Actuellement où en sommes nous au service d'ophtalmologie de l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti (HUEH)?

Commençons par faire l'historique de la chirurgie de la cataracte.

La première chirurgie de cataracte fut pratiquée au début du 5eme siècle Av J.C. Elle s'appelait « **couching** », elle consistait à faire basculer le cristallin en arrière c'est-à-dire dans le vitré d'où cette appellation qui vient du mot français coucher. C'était une chirurgie grossière pratiquée avec une grosse aiguille, conséquence d'une connaissance limitée de l'anatomie oculaire de l'époque : on croyait que la cataracte était due à une chute d'eau en avant du cristallin. Si en post opératoire immédiat le patient recouvrait une certaine vision, elle était source de multiples complications post opératoires voire de cécité à long terme. Les photos ci-dessous illustrent cette procédure (réf. 2).

Fig. 1 : Le couching

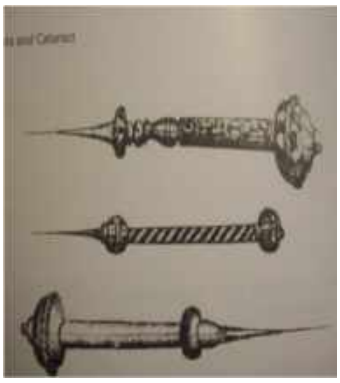


Fig. 2 : aiguilles pour couching

Aux environs de 1600 les anatomistes découvrirent la vraie position du cristallin et l'opacification du cristallin devint la nouvelle définition de la cataracte. Cette découverte porta Jacques Daviel, aux environs du 17 ème siècle, à mettre sur pied une nouvelle méthode d'extraction du cristallin qui allait ouvrir la voie à une chirurgie plus moderne de la cataracte : le cristallin était extrait au lieu d'être déplacé par une incision sur la cornée en inférieur, incision qui était élargie ultérieurement à l'aide de ciseaux (fig. 3). La capsule postérieure du cristallin restait en place d'où le terme **d'extraction extra capsulaire du cristallin (EECC).** Néanmoins cette technique avait aussi ses complications parmi lesquelles l'infection et la rétention de matériels cristalliniens favorisant l'inflammation post opératoire. Le taux de succès était estimé à 50% (réf. 2)

D'autres techniques virent le jour les années qui suivirent toujours dans le but d'avoir de meilleurs résultats, citons :

Fig.3 : Daviel J. sur une nouvelle méthode de guérir la cataracte par l'extraction du cristallin.

- **L'extraction intracapsulaire du cristallin (EICC)**, méthode consistant à enlever dans sa totalité le cristallin, par Samuel Sharp en 1753. A signaler que la découverte du microscope binoculaire et la mise en place de techniques de stérilisation moderne favorisèrent le succès et la réduction du taux de complications de cette méthode. Elle est encore pratiquée dans certains pays moins avancés.

- **la cryoextraction** (réf. 3), une variante de l'extraction intracapsulaire du cristallin utilisant un cryoprobe (fig. 4).

Fig. 4 : Cryoprobe au bout duquel se forme une boule de glace qui extrait le cristallin

Ensuite on assista à la renaissance de l'EECC favorisée par l'acquisition de nouvelles connaissances et l'invention de nouveaux instruments dont la **canule de Simcoe** servant à enlever les débris cristalliniens évitant ainsi l'inflammation post-op. Cette méthode représente la chirurgie classique de la cataracte, c'est elle qui est la plus pratiquée actuellement au service d'ophtalmologie de l'HUEH (fig. 5 et 6).

Fig.5 : Canule de Simcoe,HUEH

Fig.6: plateau d'EECC classique, HUEH

La chirurgie classique donne de bons résultats. Néanmoins elle a aussi ses complications favorisée entre autres par la taille de l'incision qui est assez grande (8 à 10 mm environ). Il fallait donc une autre alternative. En 1967, Charles Kelman inventa la **phacoemulsification** par laquelle le noyau du cristallin est fragmenté par ultrasons et les débris de cortex aspirés par un système automatique.

Elle diffère de la chirurgie classique par la taille de l'incision qui est plus petite (2.7 à 3.2mm) et la méthode d'extraction du noyau.

Ses avantages sont les suivants :

- elle entraine moins de complications,
- la guérison et la restitution de la vision sont plus rapides,
- la durée d'hospitalisation est réduite sinon inexistante (en ambulatoire).

Depuis quelques mois, le Service d'Ophtalmologie dispose d'un phacoemulsificateur et d'instruments nécessaires à cette procédure (fig. 8, 10 et 11) dont les isolants ou capuchons qui servent à protéger la cornée de la chaleur de la pièce à main, comme vous pouvez le voir sur les images qui suivent, prises à l'HUEH. Le phacoemulsificateur est composé :

- D'un générateur à ultrasons avec tableau de commande à pédale (fig. 7)
- D'une pièce à main destinée à effectuer la lyse chirurgicale du cristallin (fig. 9)
- D'un dispositif d'irrigation – aspiration passant par la pièce à main pour évacuer le cristallin fragmenté (fig. 9)

Fig.7 : Générateur

Fig 8 : instruments dont ciseaux et porte-aiguille

Fig. 9 : pièce à main avec isolant (En bleu)

Fig. 10: blepharostats et isolants Fig. 11 : pinces et isolants

La phacoemulsification représente la chirurgie la plus moderne de la cataracte et la préférée pendant les 15 dernières années (réf. 6). Elle remplace de plus en plus la chirurgie classique à laquelle on recourt uniquement si la phacoemulsification se complique. Mais comme toute chirurgie elle a ses complications et exigences ; des conditions s'imposent et bien de défis sont à relever pour l'installer dans un service d'ophtalmologie et en faire bénéficier une population. C'est ce que nous allons voir.

Les aspects à considérer sont les suivants :

- Connaissance et attitude
- Aspect technique
- Equipement
- Aspect économique

En effet il faut un personnel entrainé et formé en conséquence, chirurgien y compris, lequel doit déjà avoir une dextérité en microchirurgie, maitriser la chirurgie classique, pour pratiquer la phacoemulsification. Les matériels et tubes pour la plupart jetables doivent être disponibles et la machine neuve. Il faut aussi utiliser les meilleurs matériels disponibles. Le phacoemulsificateur est alimenté par un courant électrique : l'alimentation adéquate est un des critères indispensables de son bon fonctionnement. La présence de techniciens au cas où la machine tomberait en panne est indispensable. De plus, c'est une chirurgie couteuse, qui demande un certain investissement : la population ciblée doit avoir une éducation et un statut socio économique appréciables pour pouvoir en bénéficier.

Nous avons la volonté au service d'ophtalmologie d'offrir une chirurgie moderne à nos patients : avons- nous les moyens ? A noter que les résidents dans les pays avancés sont initiés à la phacoemulsification.
Nous espérons dans un futur proche que le MSPP, des bailleurs seront sensibilisés par cette question et prendront les mesures qui s'imposent pour nous permettre de nous mettre au pas avec les nouvelles technologies.

Références:

1- *Nino Hirnschall MD, Oliver FIndl MD, Patient assessment techniques for cataract surgery, www.medscape.com/viewarticle/741640?src=mp&spon=36*
2- *James C. Bobrow, MD, Lisa F. Rosenberg, MD, Lens and cataract, American academy of ophthalmology (AAO), 2010 - 1011 p. 91, 92, 93*
3- *Roche Valerie, Chirurgie de la cataracte par phacoemulsification, www.univ-st etienne.fr/saintoph/phacoinf.htm*
4- *Jack J. Kanski, Clinical Ophthalmology, 6eme édition, Butterworth, p. 346.*

Articles techniques

FORMATION DE FORMATEURS EN COMPÉTENCES CHIRURGICALES ESSENTIELLES (CCE)

Louis-Franck Télémaque, MD, FICS, MCs, Chef du département de Chirurgie, FMP/UEH

L'étudiant en Médecine, dans les Facultés recon nues par l'État haïtien, termine son enseigne- ment chirurgical conventionnel par un Internat rotatoire, avant son année de Service Social (SS) en périphérie. En SS, Il est habilité à reconnaitre et à soigner les pathologies chirurgicales relevant de la Médecine Générale, dans les condi- tions urgentes ou non. Récemment, une des dispositions de la Réforme Académique est de renforcer la compétence chirurgicale des Inter- nes par un cours de CCE. Une quarantaine d'en- seignants a été sélectionnée pour recevoir cette formation en vue de la répliquer.

La coopération : Dans le cadre de la Coopera- tion Canadienne (ACDI), le Collège des Chirur- giens de Montréal, en accord avec la CIDMEF, organisèrent un programme de renforcement de la formation médicale au sein des Facultés de Médecine en Haïti. Un des enseignements est le Cours en Compétences Chirurgicales Essentielles (CEE) du Réseau Canadien pour la Chirurgie Internationale (RCCI), destiné aux for- mateurs. Il a été dispensé par les Pr. R. Taylor (Université de British Columbia) et O. Arms- trong (Université de Nantes). Ce cours utilise es- sentiellement la simulation.

La pédagogie [1]: *«La meilleure façon de l'expli-quer, c'est de le faire»***.** Les options qui offrent l'apprentissage par simulation sont : a) la réalité «virtuelle» par ordinateurs b) Les tableaux et les gabarits (matériaux artificiels pouvant se fa- briquer sur place) c) Les éléments biologiques provenant d'animaux et des modèles hybrides d) le laboratoire avec les animaux vivants. Des simulations disponibles dans le contexte de cours structurés sont **:** l'Advanced Cardiac Life Support, l'Advanced Trauma Life Support, le Pediatric Advanced Life Support et d'autres.

La motivation pédagogique [1]: La chirurgie simu- lée a de nombreux avantages. Elle encourage la participation active des étudiants, permet de pratiquer les techniques dans un environne ment calme et sans pression, stimule les étu- diants et assure l'uniformité de l'enseignement parmi les étudiants.

L'Objectif [1] se réfère à une considération éthi- que :«Est-ce que la première tentative d'un étu- diant devrait être un vrai patient » ?! La règle devrait être qu'un apprenti ne pratiquera pas une chirurgie sur un patient jusqu'à ce qu'il ait maitrisé sa technique avec un si- mulateur.

Le cours et la formation :

Les manuels (fig.1) destinés aux formateurs et aux étu diants décrivent des situations de simula- tion qui rendent ac- cessibles la formation en capabilité d'ensei- gnement et en édu- cation en CCE. Les for mateurs, encadrés de leurs tuteurs, ont per- formé avec enthou- siasme la longue série d'exercices (fig.1,2,3). L'utilisation de la simulation dans l'ensei gnement des CCE de- vient une partie inté- grale de l'enseigne- ment chirurgical.

1

2

3

*Réf.1 : L'utilisation da la simulation dans l'enseignement des compétences chirurgicales, RCCI

Informations

Le Congrès Annuel du Département de Chirurgie s'est tenu les 6 et 7 Juin 2011, à l'HUEH, sur le thème du WOUND CARE. Il a été patronné par l'Institut National du Wound Care de Mont- gomery, Alabama, USA, représenté par le Pr. Terry Treadwell et son équipe.

L'assistance, composée de 50 cadres des cinq services chirurgicaux, bénéficia de deux séries de cours sur les plaies aigues et chirurgicales, l'infection des plaies, les brûlures, les ulcères des jambes et de pression, le pied diabétique et le lymphoedema. Un projet d'un Wound Center à l'HUEH fut présenté et discuté.
Deux ateliers de compression therapy et de wound VAC complétèrent la formation (fig. 1).

Fig. 1: Hands on session: la compression therapy

Des visites au lit des patients furent exécutées. Les participants passèrent un test écrit et reçu- rent, dans le mois suivant, leur certificat de réus site. La photo de groupe clôtura la session (fig. 2)

Fig. 2 : Photo de groupe. A gauche, le Pr Treadwell et son épouse.

Le Congrès de l'AMHE : La 38th Convention

Fig. 3

se tint à Breezes Resort au Panama (fig. 3), du 25 au 31 Juillet 2011 sur le thème : "Health Care Delivery In The Post-Earthquake Era". Les cré- dits CME étaient sponsorisés par le Départment of Family Medicine And Community Health de l' Univer- sity Of Miami Miller School of Medicine.

La cérémonie d'ouverture débuta par le dis- cours du Dr. Christian Lauriston, Président du Comité exécutif central de l'AMHE. Il présenta le travail accompli qui a consisté, principale- ment « en une meilleure structuration du fonc- tionnement de l'Association et surtout en la promotion de sa visibilité, voire, de son rayon- nement international. Il poursuivit en attirant l'attention sur « la contribution apportée par les membres de l'AMHE, lors du séisme du 10 janvier 2010. La réponse fut à la hauteur des attentes et a prouvé, hors de tout doute, que l'AMHE a droit de cité à l'étranger comme en Haïti car ses objectifs sont louables et d'actua- lité et ses membres dévoués et dédiés à la préservation de la santé de nos concitoyens ».

Le Dr. Alix Lanoue, Président AMHE South Flori -da Chapter poursuivit en attirant l'attention sur le cursus académique du Congrès qui incluait certains sujets plus pertinents pour les récentes catastrophes en Haïti. Le programme promet- tait d'être très instructif.

Le Dr. J. Pierre-Paul Cadet, Premier Vice-Pré- sident du Comité Exécutif Central, Chairman de la Convention 2011 de l'AMHE conclut en invi- tant les participants à profiter du programme socioculturel assez élaboré pour satisfaire les goûts les plus délicats et même les exigeants.

Une sélection d'abstracts du Congrès fera l'objet d'un **numéro spécial d'Info CHIR/AMHE.**

REMISE DE CERTIFICATS EN OPHTALMOLOGIE

Astrid Saint-Dic, MD, Jean-Claude Cadet, MD***
**Résident 1ere Année en ophtalmologie, **Chef de Service, Service d'Ophtalmologie, HUEH, MSPP*

Après six mois de cours intensifs en micro chirurgie de la cataracte avec le Dr. Zelenski, le 10 juin 2011 était la date prévue pour la remise des certificats. La fébrilité avait gagné non seulement les récipiendaires mais également tout le staff médical, mais que dis-je l'ensemble du personnel du Service d'ophtalmologie de l'HUEH. La salle de conférence du Service recevait ce jour-là des médecins mais aussi les parents venus encourager l'effort des récipiendaires.

La journée a commencé par le chant de l'hymne national. Vinrent ensuite les discours de circonstance, tels celui du Vice Doyen de la FMP (Fig. 1), des représentants des Universités et celui tout aussi émou- vant de l'un des parents, Mme Amédée. Au programme, il y eut trois présentations ayant pour thème :

Fig. 1:Dr. Dodley Sévère

a) Perspectives et challenges of new technologies of cataract surgery », Dr. R. Edouard, résidente de 3e
b) Program promotion in France, Dr Aglaë Amé- dée, résidente de 1e
c) Improvement of safety practice and standardization of surgery proto- col, Dr Astrid Saint-Dic, résidente de 1e.

Pour marquer cette partie du programme, un exposé magistral du Dr Yuri Zelenski, for- mateur principal qui a assuré, aux cotés du Dr. Cadet, la formation des trois médecins, fut suivi avec beaucoup d'attention du public (fig. 2)

Fig. 2 : Un public attentif

Après ce fut le moment tant attendu, celui de la remise des certificats, tour à tour au Dr Astrid Saint-Dic, Dr. Régine Edouard et au Dr. Aglaë Amédée (fig. 3)

Fig. 3 : Dr. Zelenski remettant un certificat

Puis Monsieur Jean Coulanges toujours accompagné de sa guitare a gratifié l'assistance de quelques chansons d'autrefois fort appréciées par les jeunes médecins mais aussi par le chef de Service le Dr Cadet et bien sur par l'assistance.

Des souvenirs ont été distribués aux récipien- daires par Optika Rivoli et l'Agence Maximilien, geste qui les a beaucoup émues. Cette cérémonie s'est achevée par un regal musical de choix du musicien Coulages et par une collation offerte par le Service (fig. 4)

Fig. 4 : Dr. Cadet, Mr. Coulanges et les résidentes Saint-Dic, Amédée et Edouard

PS : Les abstracts seront présentés dans Info CHIR. Suivez les éditions.

Le projet du centre audiovisuel du département de chirurgie

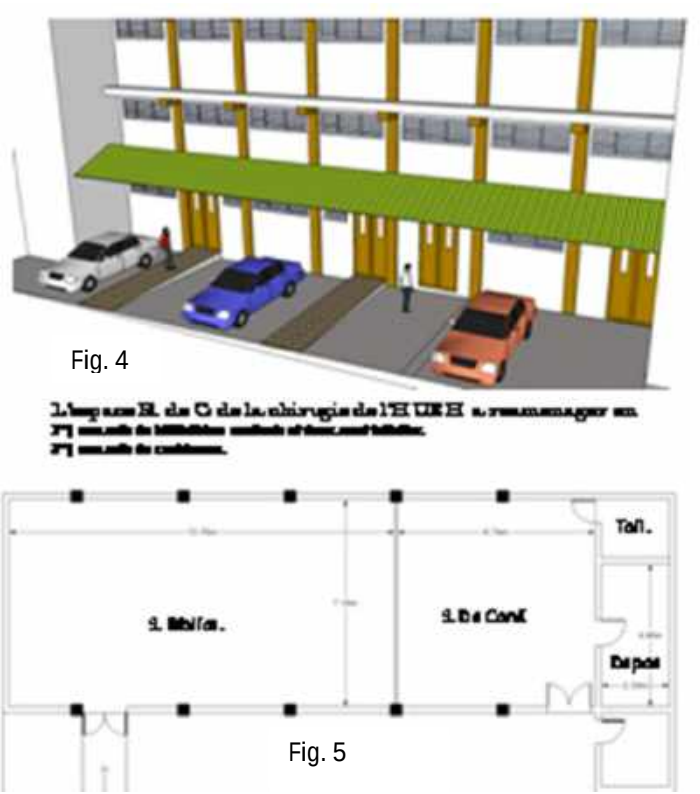


Fig. 4

Fig. 5

Le département de Chirurgie, a décidé de réa- ménager l'espace anciennement occupé par le secteur post opératoire hommes. Cela consiste en une partition de la salle pour disposer de trois espaces destinés à un dépôt, à une salle de travail et à une bibliothèque (fig. 4 et 5).

Ce projet s'inscrit dans la perspective du réa- ménagement et de la restructuration des es- paces disponibles de l'Institution et aussi pour répondre aux exigences de projets de développement du département de chirurgie.

Le dépôt sera utilisé pour stocker et gérer le matériel de chirurgie laparoscopique déjà sur place et celui qui sera acquis ultérieurement. La salle de travail répondra aux exigences d'espace de conférence et de travaux pratiques (virtual laparoscopic lab). La bibliothèque recevra la donation de la Howard Université Hôspital et fonctionnera comme un espace de lecture, de recherche, de communication informatique (Internet et téléconférence). Des Institutions telles, entre autres, Friends of Haiti, la World Exchange for Health And Human Services, (WEHHS), la Tzu Chi Fundation contribuent à sa creation et à son futur fonctionnement.

Le projet de chirurgie laparoscopique

L'initiation et le développement de la Chirurgie Mini Invasive (MIS) à l'HUEH est une nécessité tant thérapeutique, académique que technique. Des facteurs contextuels convergents en fa- veur de la maturation de la réflexion et de la pri se des décisions préliminaires en vue de sa réalisation.

Les objectifs sont les suivants :

a. Initier la chirurgie laparoscopique dans le secteur public avec les moyens locaux
b. Créer une masse critique de ressources formées à la technique
c. Équiper deux secteurs opératoires en mate- riel adéquat
d. Offir aux patients une meilleure qualité de soins
e. Positionner l'HUEH comme une institution concurrente pour la MIS.

Le Projet comprendrait deux phases :

a. La création de l'Unité de Chirurgie Laparos- copique en OBGN (UCLO)

b. La création de l'Unité de cœlioscopie et d'En- doscopie Interventionnelle (UCEI).

Si ces Unités sont indépendantes, elles participeront du même principe de la prise en charge moderne des patients par la chirurgie mini invasive et seront transférés dans le prochain complexe hospitalier.

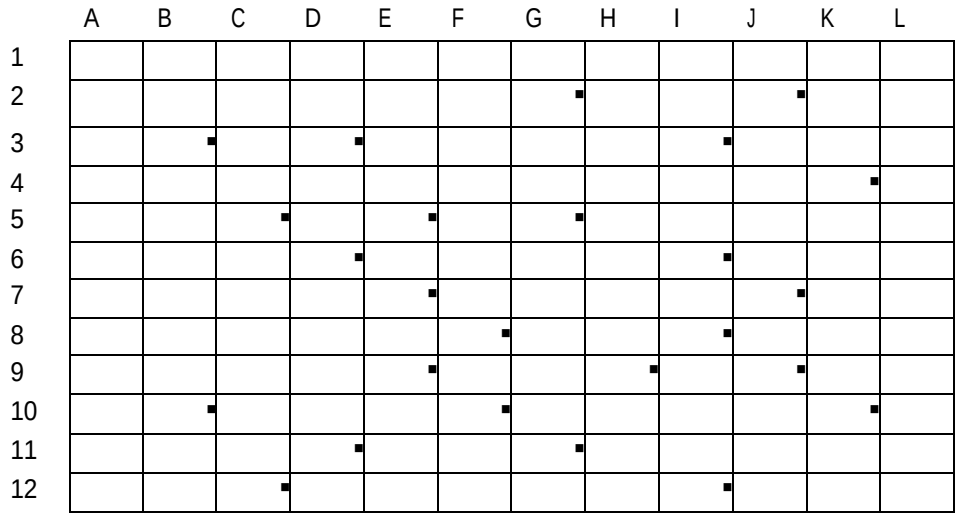
La Direction de l'HUEH, des services d'OBGN et de Chirurgie Générale planifient de débuter le projet par une session de chirurgie laparos- copique prochainement. Pour réaliser ce projet, la Direction Exécutive a commencé à investir dans l'aménagement des locaux retenus et dans l'achat d'équipement ad hoc. Un partenariat avec des Institutions locales et internationales se développe pour compléter et renforcer les préparatifs nécessaires à la concrétisation de cet événement historique.

Divers

Solutions des mots croisés de Info CHIR No 1.

Horizontalement : 1-Appendicite. 2-Néon. Otite. 3 -Alités. Bête. 4-Laser. IA. As.5-Oreillons. 6-Uni. Erié.7-Ur. Tuée. Ben.8-Rires. Lui.9-ENI. Emu. Tee.10-EE. Dentiers.
Verticalement : 1-Anale. Urée. 2-Pela. Urine. 3-Poison. Ri. 4- Entérite. 5-Ere. Usée. 6-Dos. Ile. Mn. 7-It. Il Elut. 8-Cibale. 9-Ite. Orbite. 10-Tétanie.ER. 11-Essences.

MOTS CROISES No 2 – Eunice Dérivois



Horizontalement
A-Rituel juif. B- Gonade. Venu au monde. Œuvre de peintre. C-Parcourues. Fut capable de. D-En regard du cœur. E- Alternative. Contrôle. F-Possessif. Lie. Bête. G- Quand les plaquettes en font un, c'est le début de l'hémostase. Grandes périodes. Titane. H-Son huile est réputée bonne pour la santé. Iridium. Préfixe pour la nouveauté. I-Géniteur. Article de couture. Préposition. J-Fin de participe. Lieux d'attractions. K-Première femme. Note. Copie. L-Société anonyme. Affilé. Vicieux, c'est une mauvaise consolidation.
Verticalement
1-Regards de gynéco. 2- Intraveineuse. Petite rue. Ordre de départ.3-Bruit pulmonaire anormal. Entre le déclin du jour et le début de la nuit. 4-Démonstratif. Chrome. Membrane de l'œil.5- Elle s'occupe de nez, gorge, oreilles, yeux. Liquide organique. 6-Cellule. Personnel.7-Edition (raccourci). Vous rendriez.8-Persévérer. Palmipède.9-Sélénium. Contracté. Département d'Outre-mer.10-S'ils restent après le pincement, c'est la déshydratation. Ainsi. 11-Organisation internationale. Elue. A toi. 12-Relatif á l'alimentation.

Comité Central

Comité de Direction
Louis-Franck Télémaque, Coordonateur
Geissly Kernisan, Responsable
Geissly Kernisan, Rédacteur
Jean Alouidor, Éditeur

Comité de Lecture
Sosthène Pierre, Relations Publiques
Eunice Dérivois Merisier, Secrétaire
Denise Fabien, Membre
Jude Milcé, Trésorier
Claude Paultre, Membre
Jean Marie Eustache, Membre
Claudine Joliceour, Membre
Alix Elie, Membre

Comité scientifique
Demes Adrien, Membre
Robert Valmé, Membre