RAPPORT MISSION 2 :

ORTHOPEDIE PEDIATRIQUE

Antsirabe, MADAGASCAR

11/11/17 au 22/11/17

Chef de mission : Brigitte DURAND-TONNERRE

1. INTRODUCTION

La deuxième mission d'orthopédie des Enfants du Noma s'est déroulée à la clinique « santé Plus » à Antsirabé du 11 novembre au 22 novembre 2017.

De gauche à droite : Aissa IBNOULKHATIB (chirurgien); Aymeric WEISS (chirurgien), Samuel LAUDIC, Brigitte DURAND-TONNERRE (IBODE), Dalinda AIT AISSA (médecin anesthésiste); Marie-Herminie COLONGES (IBODE); Amélie LAFITTE (IADE)

A l'exception de notre chirurgien Nimois : Aymeric WEISS, notre équipe provient du CHU de Toulouse:

- Deux chirurgiens :
  - Un toulousain : Aissa IBNOULKHATIB
  - Un montpelliérain : Aymeric WEISS
- Un Médecin Anesthésiste Réanimateur CHU TOULOUSE : Dalinda AIT AISSA
- Deux infirmiers anesthésistes (IADE.CHU TOULOUSE) : Samuel LAUDIC et Amélie LAFITTE
- Deux infirmières de bloc opératoire (IBODE CHU TOULOUSE) : Marie-Herminie COLONGES, Brigitte DURAND-TONNERRE

Notre équipe s'est vue renforcée :

- Par Fabruce, chirurgien malgache, qui, après entente avec Benja, prendra en charge le suivi des enfants opérés, et réalisera l'ablation des plâtres et des différents DMI posés pendant la mission.
- Par Frédéric, responsable de la stérilisation.
- Par Beby, aide soignante qui finalise son dernier stage et débute des études d'infirmière en juin 2018.

2. Le VOYAGE

L'aller :

Pour six membres de l'équipe, le départ s'est fait de Toulouse, le matin du 11 novembre. Pour un de nos chirurgiens, il s'est fait de Montpellier.

Comme à l'accoutumée, nous étions chargés de 2 valises de 23kg remplies de médicaments et de matériel chirurgical et d'une valise de cabine avec nos effets personnels ; 21 valises au total !!!

N'ayant pu réaliser l'enregistrement définitif vers Antananarivo à Toulouse, nous avons donc été obligés de récupérer nos valises à Roissy et de les faire réenregister. Au retour même problématique !!!

Ne serait-il pas possible avec notre partenaire AIR France de voir comment procéder afin de réaliser un enregistrement unique de Toulouse pour Antananarivo et idem pour le retour. Cela éviterait perte de temps, tension nerveuse et fatigue inutiles.

Il semblerait que ce soit le statut des billets : 1 payant, 1 gratuit, qui créerait cette difficulté. A voir pour l'année prochaine !!!

Tananarive

Après 2 heures d'attente dans l'avion à Roissy (problème mécanique) et 11h de vol, nous arrivons sans encombre vers 2h du matin. Le passage en douane s'effectue sans problème.

Un taxi nous attend à l'aéroport pour nous acheminer vers une chambre d'hôte ; accueil très chaleureux, un repas chaud nous est servi malgré l'heure tardive.

Antsirabe

Dès 9h du matin nous partons vers Antsirabe.

Comme l'an passé nous sommes hébergés à la villa Micheline ; cette année c'est Lala, sa fille Sarobidy et son fils qui ont pris soin de nous. Cette villa, spécialement louée pour notre séjour, est un havre de paix.

Dès notre arrivée et pendant toute la durée de notre séjour l'accueil est chaleureux à la villa comme à la clinique; la logistique est parfaite pour la prise en charge de nos repas de midi.

Cette année, aucun problème pour la connexion WIFI (situation très agréable qui nous a permis de de communiquer facilement avec nos proches), l'équipe précédente nous ayant laissé une box chargée ; nous en avons fait de même avant notre départ (versement de 11€ par chaque membre de l'équipe).

RETOUR

Au retour de la mission, en ce qui concerne nos bagages, nous avons été confrontés aux mêmes problèmes administratifs, mais le voyage s'est passé dans les meilleures conditions.

3. CONSULTATIONS

30 enfants retenus pour la chirurgie, 28 opérés (2 enfants ne se sont pas présentés le jour d'intervention), soit un total de 46 interventions

1 récusé par anesthésiste pour petit poids (<5kg) pour pied bot

Feuille de consultation d'anesthésie du CHU de Toulouse, explications et consentement avec fiche traduite en malgache.

Cette année, le recrutement était moins conséquent, beaucoup de personnes adultes, âgées, qu'il était impossible de prendre en charge.

Un dépistage de cardiopathie congénitale à la consultation d'anesthésie (souffle cardiaque systolique à tous les foyers, avec retentissement NYHA 3) ; échographie cardiaque non possible

Plusieurs adaptations de traitement à la consultation d'anesthésie (prise de corticoïdes au long cours non justifiée ; prise d'antibiotiques aux posologies non adaptées ; prise excessive d'aspirine au long cours à des posologies anti inflammatoire)

Peu de bilans demandés en préopératoire : hémostase pour les nourrissons inferieurs à 1 an ; numération sanguine et groupage sanguin pour 2 interventions à risque hémorragique (ostéotomies de fémur)

Plus de 2/3 des enfants ont moins de 10 ans (dont 2 nourrissons de 6kg)
Pas de prémédication des enfants en préopératoire

Bloc opératoire :

2 salles d'intervention ; une réserve de matériel
Chaque salle est équipée d'un débitmètre a oxygène ; d'un scope, d'un système d'aspiration

Les réserves de bouteilles à oxygène sont situées dans une pièce adjacente.

le système d'aspiration de la plus grande salle d'intervention consomme sur l'oxygène mural

La grande salle est équipée d'un respirateur, la plus petite d'un respirateur de transport

Nous n'avons pas utilisé ces respirateurs (ventilation en volume imprécise pour des petits poids), pour les anesthésies générales, ventilation manuelle à l'Ambu.

Par ailleurs, une cuve d'halothane et une de Sévoflurane sont disponibles, non utilisées par l'équipe (choix d'anesthésie intraveineuse totale)

Types d'anesthésie

-- 3 AG seules (Propofol, Midazolam, kétamine, Sufentanyl)

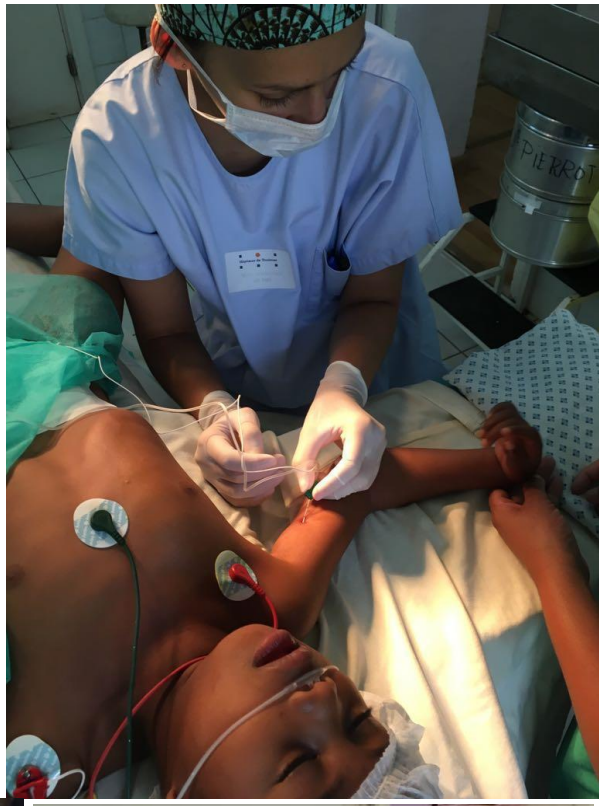
- 10 AG ou sédations + ALR (bloc axillaire, bloc sciatique, caudale, rachianesthésie) : le plus souvent pour des durées d'interventions longues ne permettant pas l'ALR seule pour des enfants en bas âge, si AG, une intubation orotrachéale était réalisée

- 12 Rachianesthésies (Bupivacaine hyperbare)

- 1 Anesthésie Péridurale (pour l'enfant avec la suspicion de cardiopathie, afin de maintenir une hémodynamique stable)

- 2 sédations seules (plâtres, chirurgie ténotomie d'Achille)

SilikoBag
RUSCH



SSPI :

2 lits en SSPI ; présence d'un scope et d'une saturation portable
Pas d'infirmière en salle de réveil (personnel local à qui on donnait les consignes de surveillance)
Présence d'un extracteur d'oxygène permettant une oxygénothérapie jusqu'à maximum 2L/min en post opératoire.

Imprévus :

- Un enfant ayant présenté une inhalation à l'induction ; pas de retentissement clinique important en post opératoire (non oxygéno dépendant) mais pneumopathie post opératoire ayant nécessité une mise sous antibiothérapie et aérosolthérapie

- Un enfant avec bronchite aigue importante en préopératoire ayant présenté plusieurs bronchospasmes avec désaturation au réveil; plusieurs manoeuvres respiratoires nécessaires (b2 mimétiques en inhalation sur sonde d'intubation, corticothérapie ; utilisation de lidocaïne en intratrachéal et intraveineux) avec délai d'extubation d'environ 2 heures. Pas de complication en post opératoire

- Une prise en charge d'une jeune femme de 25 ans en choc hémorragique sur rupture de grossesse extra-utérine ; ayant nécessité un remplissage vasculaire massif, une transfusion sanguine de sang total ; l'utilisation de catécholamines; d'Exacyl, de gluconate de calcium pris sur place à la clinique ; pertes sanguines évaluée à au moins une masse sanguine. Issue favorable après la chirurgie de sauvetage, notamment pas de dysfonction d'organes post état de choc.

- Une prise en charge d'un malaise d'une jeune fille devant la clinique sur probable crise convulsive

- Un appel pour avis pour un patient aux antécédents de malformation artério veineuse rompue récemment avec craniectomie dé compressive ; hospitalisé à la clinique ; et présentant un état de mal épileptique depuis plusieurs heures, sur probable récidive de saignement intracrânien avec début d'engagement cérébral (mydriase unilatérale opposée au volet de craniectomie). Décès du patient en 48h sur HTIC.

Formation sur place :

Une infirmière (Aïna) en cours de formation d'anesthésie nous a suivi tout au long de la mission et a pu apprendre les techniques d'anesthésie générale et rachidienne. Stage validant pour son cursus avec apprentissage théorique et pratique. Elle a présenté beaucoup de bonne volonté et de rigueur à nos côtés.

Points négatifs :

- Enfants non revus le lendemain matin de la chirurgie car ils devaient partir tôt le matin (6h) pour des impératifs de place dans la clinique

- Absence d'infirmière en SSPI

- Problème de facturation de plusieurs médicaments en post opératoire alors que compris dans la prise en charge d'EDN (problème réglé en fin de mission après appel de C.Allary)

Points positifs :

- Certains enfants opérés l'année dernière ont été revus voir même réopérés pour la poursuite de la prise en charge

- Beaucoup d'aide du personnel de la clinique notamment de Fifa, Eron.

4. LES CHIRURGIES REALISEES

Elles sont identiques d'une année sur l'autre :

- Pieds bots varus équins
- Duplication
- Genu varum
- Genu valgum
- Amputation (séquelle ostéomyélite de fracture, pseudarthrosecongénitale)

La mission a duré 6 jours, nous avons opéré en alternance sur les deux salles.

L'équipe d'anesthésie devançait la prise en charge des enfants pour l'endormissement ; ainsi il n'y avait pas de temps mort entre les interventions

Les salles d'intervention plus les réserves sont mises à notre disposition.

2 bistouris électriques ont été fournis par EDN

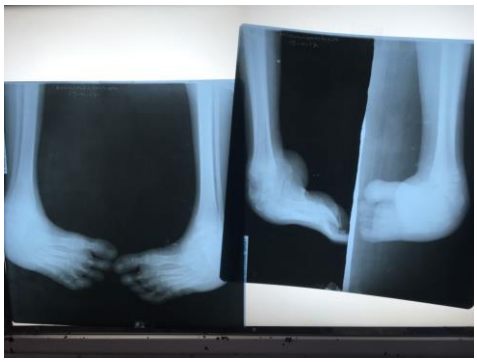
1 générateur de garrot plus différents brassards prêtés par une IBODE de Reims ont amélioré la prise en charge des enfants pendant les chirurgies.

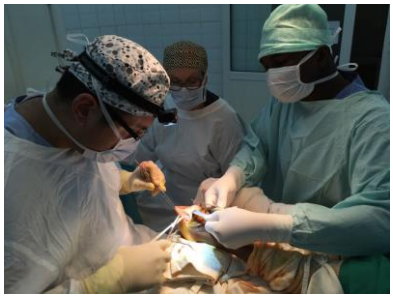
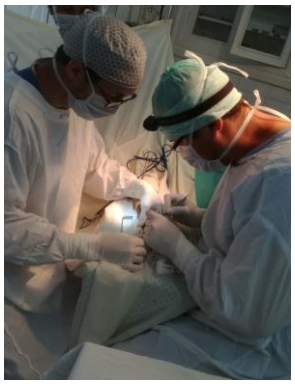
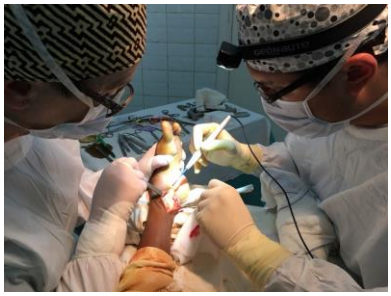
L'aménagement de la réserve avec le poupinel et le point de lavage des instruments, ainsi que les étagères, nous permettent une meilleure prise en charge du matériel chirurgical tant pour le lavage que pour la stérilisation.

Dans la salle aménagée cette année, le scialytique n'éclaire pas, il est indispensable que les chirurgiens aient une frontale.

En orthopédie pour l'instrumentation ayant besoin de tables, nous avons dû récupérer deux bureaux dans les étages (un pour chaque salle)

Ensuite pour intervenir sur les membres supérieurs, nous utilisons une table à bras; nous l'avons réalisée avec deux planches scotchées et protégées par des champs.



5. CONCLUSION ET REMERCIEMENTS

Il faut souligner une très bonne entente au sein de notre équipe.

Je vais me répéter, mais pour moi une mission est un travail d'équipe d'où l'importance de bien se connaitre et de se faire confiance; ce qui l'était à notre départ mais qui l'est encore plus en fin de mission.

Ces trois années de mission prouvent qu'une équipe qui se connaît travaille dans de meilleures conditions de sécurité, dans la confiance mutuelle face à la complexité de la prise en charge des enfants.

Dès notre arrivée et pendant toute la durée de notre séjour, l'accueil est resté chaleureux à la villa comme à la clinique et la logistique a été parfaite pour la prise en charge de nos repas de midi.

Cette année le recrutement était moins conséquent, beaucoup de personnes adultes, âgées, qu'il était impossible de prendre en charge.

Nous nous sommes quittés en nous disant tous à l'année prochaine.

Mission réussie comme d'habitude surtout lorsque l'on voit les visages de tous les enfants et parents.

L'ensemble de l'équipe tient à remercier un grand nombre de personnes qui nous ont aidés. La réussite de notre mission est aussi la leur.