

# Rapport de Mission ANTSIRABE

01/03/2019 - 15/03/2019

**I - Introduction / Equipe de Mission**

**II - Arrivée sur place et conditions d'accueil**

**III - Matériels, consommables et médicaments**

**IV - Associations partenaires sur la mission / rôle joué par chacunes.**

**V - Déroulement de la consultation**

**VI - Collaboration médicale et technique**

**VII - Chirurgies réalisées**

**VIII- Suites opératoires**

**VIII - Rôle de la prévention et de l'éducation.  
Importance de la première consultation**

**IX - Synthèse des points à améliorer / à réfléchir**

**X – Conclusion annexes**

**I - Introduction et équipe de mission**

Il s'agissait d'une mission de chirurgie maxillo faciale prévue en novembre 2018 mais qui a dû être annulée et reportée suite aux élections présidentielles malgaches à risque de conflits. La mission a donc eu lieu du 1/03/2019 au 15/03/2019 à Madagascar à 160 Km de la capitale : ANTSIRABE dans la clinique Santé Plus.

Notre équipe était composée de 8 personnes :

M Charles COLLET : chirurgien CMF chef de Mission (Toulon)

M Alain ROCHETTE: anesthésie réanimateur (Montpellier)

M Mehdi LEWANDOWSKI: anesthésiste réanimateur (St Etienne)



M Philippe BERGER: infirmier anesthésiste (St Etienne)

Mme Céline BARTO infirmière de bloc opératoire (Toulon)

Mme Aroa SOTOMAYOR DEL PRIMO infirmière de bloc opératoire (St Julien en Genevois)

Mme Estelle PASSOT : Infirmière polyvalente (St Etienne).

M Clarence DELAFOND Chirurgien maxillo facial (Montpellier).



## II. Arrivée sur place et conditions d'accueil

### *Trajet :*

Nous n'avons eu aucun problème ni avec Air France, ni avec la douane (les documents de mission ne nous ont valu aucun contrôle), ni à l'arrivée à Antananarivo et jusqu'à l'hôtel.

Le transfert jusqu'à Antsirabe fut long mais dans des conditions optimales. Les mini bus étaient très ponctuels et confortables.

### *Logement à Antsirabe :*

Le cadre était agréable et confortable et le logement situé à proximité de la clinique (accessible à pied à moins de deux minutes). Accueil irréprochable par le Dr Benjamin très présent et disponible. Le personnel de la clinique était aussi très disponible avec une mention spéciale pour Beby. Les repas des matins midis et soirs étaient orchestrés avec brio par notre hôte Lala. La nourriture était de qualité et variée.

## III - Matériels, consommables et médicaments

- *Sur le plan Chirurgical :*

Tous les consommables ont été apporté par l'équipe. Nous avons manqué de fils de suture à aiguilles rondes (en vicryl principalement) et de seringues verrouillées de petit volume.

Ces manques n'ont pas limité les gestes chirurgicaux mais ils ont nécessité une vigilance de tous les instants pour économiser ses denrées rares et indispensables pour les chirurgies du palais.

Nous avons également manqué de Kilner Dautrey (DOTT) pédiatriques et les DOTT adultes n'étaient pas toujours utilisables chez des petits de moins d'un an.

- *Sur le plan anesthésique :*

- En ce qui concerne les Listings de matériel :

Ils ne sont pas toujours à jour et ne correspondent pas toujours à ce qui est annoncé.

Attention aux dates de péremption et préférer l'usage du matériel à risque d'être périmé. Un grand travail de tri a été réalisé en début de mission par nos deux IBODE pour que soit utilisé en premier les fils et autre matériel à risque de se périmer rapidement.

Un grand nombre de patients venait de loin. Beaucoup sont retourné chez eux le lendemain ou le surlendemain de l'intervention. Nous avons donc donné à ces patients le matériel nécessaire pour faire les pansements les premiers jours.

Il faut donc prévoir d'emmener suffisamment de compresses et de sérum physiologique à donner aux patients. Ce fut le cas lors de notre mission.

Nous avons pris en charge beaucoup de fentes labiales et palatines durant notre mission, or ces pathologies sont responsables de difficultés d'alimentation majeures chez ces enfants. Les enfants sont donc à risque d'être dénutris lors de la chirurgie. Lors de notre mission, nous avons été confrontés à des familles demandeuses d'aide alimentaire. Peut-être faudrait-il envisager l'apport de biberons adaptés avec des tétines de type Haberman ou de biberons « cuillère ». Mais cela poserait le problème de l'hygiène de ces biberons et de l'éducation des parents pour leur utilisation...

Aucun achat de consommable ou de médicaments n'a été nécessaire sur place.

## **IV - Associations partenaires sur la mission / rôle joué par chacune.**

Le partenaire sur place était la société STAR, une entreprise d'agroalimentaire Malgache.

Le Dr Benjamin s'occupait des relations avec ce partenaire. Ce partenariat fonctionne bien et il est la collaboration est pérenne. Nous avons pu rencontrer l'équipe de l'entreprise le dernier jour de la mission.

Deux lampes Petzell avec deux batteries ont été mises à notre disposition dès le début de la mission. Ces lampes ont été très utilisées par les anesthésistes pour les pose de cathéter (meilleur vision du réseaux veineux). Elles ont également été très utilisées par un chirurgien venu sans lampe frontale... En effet il n'y a pas de scialytique assez puissant dans les blocs opératoires, les lampes frontales sont donc indispensables.

Nous avons rencontré pendant la mission une représentante de l'association SMILE contacté par le Pr Traoré afin d'établir un possible partenariat.

Ce partenariat est à priori intéressant car il permettrait d'assurer un recrutement plus important et surtout de prendre en charge les patients en peri opératoire.

En effet il semble que cette association prenne en charge les futurs opérés bien avant la chirurgie au niveau nutritionnel et au niveau information/préparation des parents et de la famille sur la chirurgie et les suites postop.

Or c'est justement à notre sens les points à améliorer en priorités pour les missions futurs

A réfléchir... la représentante devait contacter le Pr Benateau et Traoré pour la suite.

## **V -Déroulement de la consultation**

- La journée de consultation s'est déroulé à la clinique Santé Plus le 3/03/2019. Le Dr Benjamin réalisait des annonces à l'ensemble des patients installés sous des tentes pour nous présenter et rappeler les consignes en fonction des décisions médicales (prise en charge chirurgicale ou non).

- Nous avons 1 box de consultation avec 2 chirurgiens pour examiner les patients et 2 IBODE pour noter les informations administratives et médicales.
- Les anesthésistes étaient installés dans un autre box de consultation (2 anesthésistes 1 IADE et une IDE). Seuls les patients pour lesquels l'indication d'une chirurgie sous anesthésie générale était posée étaient vus par les anesthésistes.
- Dans ces conditions nous avons pu voir 144 patients en environ dix heures :
  - Fentes tous types confondus : 52 (dont 9 bilatérales)
  - Kystes retro auriculaire, du cuir chevelu, lipomes : 51
  - Cicatrices chéloïdes : 3
  - Tumeurs parotide, sous mandibulaire, cervical, mandibulaire : 8
  - Tumeurs cutanées: 3
  - Epulis: 5
  - Malformations vasculaires: 4
  - Exposition de plaques , pseudarthrose mandibulaire
  - Divers: Lèvre hypertrophique / Dysplasie fibreuse / Hypertrophie masséterine / amygdales / microties bilatérales / frein de langue court / retard d'acquisition du langage / rétraction cicatriciel palpébrale / séquelles cicatricielles linguales / ostéome / goitre / séquelles de brûlures / hypertrophie turbinale...
- Nous avons décidé d'orienter 24 patients sur la mission suivante ou sur celle de septembre:
  - Pour certains la consultation de contrôle était trop précoce. En effet, la staphyloraphie avait été réalisée en octobre et il est préférable d'attendre 12 mois avant de faire l'uranoplastie (qualité des tissus et gain de croissance sur la fermeture du palais dur).

- ▶ Les petits poids inférieurs à 6kg ou les enfants de moins de 6 mois ont également été récusés de la chirurgie (application des protocoles de chirurgie des fentes pratiqués en France par les Dr COLLET et DELAFOND).
  - ▶ Toutes les fentes bilatérales ont été remis à la mission suivante du fait de la plus grande expérience des praticiens arrivant à Antsirabe le 16/03/2019.
  - ▶ De même pour les tumeurs parotidiennes d'autant plus que le Pr BENATEAU venait avec son NIM.
  - ▶ Les pathologies lourdes ont été également repoussées à l'arrivée du Pr BENATEAU et du Pr TRAORE (dysplasie fibreuse, malformation vasculaire volumineuse, tumeurs maligne mandibulaire chez une enfant) pour avoir leur avis sans assurance qu'ils puissent être opérés.
- Un problème s'est posé pour une enfant de 8 ans avec un probable sarcome mandibulaire très volumineux. Nous avons demandé à ce qu'elle soit revue par le Pr BENATEAU avec les résultats de la biopsie. La seule chance pour cette enfant est un rapatriement en France mais dans quelle mesure cela est-il possible ? De nouvelles biopsie ont été réalisées (car les premières non contributives) et sont en cours de relecture en France.
  - Environ 20 patients n'ont pas été opérés pour diverses raisons :
    - ▶ 3 patients prévus en AG ne se sont jamais présentés le jour de l'intervention et n'ont jamais répondu aux appels téléphoniques.
    - ▶ 9 patients sur liste d'attente pour des interventions sous anesthésie locale n'ont jamais répondu au téléphone
    - ▶ Certains n'avaient pas d'indication chirurgicale CMF:
      - ✓ Hypertrophie labiale / masséterine
      - ✓ Goitre / amygdalectomie / hypertrophie turbinale
      - ✓ Frein de langue court (finalement mauvais diagnostic)
      - ✓ Voile du palais fermé mais non fonctionnel (nécessité de prise en charge orthophonique)

- ▶ Chirurgie complexe nécessitant des durées d'intervention longues et une asepsie irréprochable :
  - ✓ Otopoièse bilatérale
  - ✓ Amputation mandibulaire (CE) puis reconstruction par lambeau libre fibulaire
  - ✓ Tumeur de l'oreille très étendue (CE) sans possibilité de faire un TDM qui aurait permis de rechercher un envahissement parotidien
  - ✓ Suspicion de fente labio palatine s'intégrant dans un syndrome poly malformatif avec possible malformations cardiaques et donc anesthésie générale très risquée.
  
- ▶ Un nouveau-né que les parents avaient du mal à alimenter.
  
- Points de remarque concernant l'organisation de la consultation :
  - ▶ Nous avons en réalité vu beaucoup d'adultes, ce qui a permis d'augmenter le nombre d'intervention sous AL entre les blocs d'AG, même si nous avons privilégié la chirurgie chez les enfants.
  - ▶ Certains enfants avaient été évalué avec un poids supérieur à 6 kg alors que le jours de l'intervention ce n'était clairement pas le cas => **Il faudrait pouvoir les peser à la consultation.**

## VI. Collaboration médicale et technique

- *Les salles de bloc :*

Il manque une climatisation dans la deuxième salle. La lumière des Scialytique est inutile ce qui rend les lampes frontales indispensables pour les chirurgiens. L'aspiration était faible et extrêmement bruyante et finalement peu utilisable en pratique alors que certaines interventions l'auraient nécessité. Les deux uniques câbles de pinces bipolaires ne fonctionnaient pas à notre arrivée, ils ont été réparés le premier jour, ce qui fut un réel soulagement. Nous avons bien cru ne pas avoir de bipolaire pendant toute la mission.

- *La salle de consultation transformé en salle de locale :*

Cela nous a permis de réaliser un grand nombre de locales entre les blocs sous anesthésie générale. Cela a éloigné la salle de réveil et la surveillance post op immédiate a été souvent réalisé par du personnel de la clinique.

- Sur le plan anesthésique tout s'est bien déroulé même si la pause déjeuner n'était pas toujours simple pour l'anesthésiste senior qui devait être présent pour les inductions et les réveils des deux salles de bloc.
- *Pour le matériel chirurgical :*

Le moteur apporté de France a été à la hauteur de nos attentes et a permis de réaliser des l'ostéosynthèses. Nous n'avons pas eu l'occasion de le tester sur des ostéotomies. Malheureusement la boîte d'ostéosynthèse laissée sur place était dépourvu de tournevis. Le tournevis récupéré n'était pas parfaitement adapté au pas de vis. Nous nous sommes adaptés pour mettre la plaque cependant une AMOS pourrait devenir compliqué dans ces conditions. Nous avons 2 écarteurs de DOTT mais un seul pédiatrique ce qui était insuffisant car certains enfants étaient inopérables avec un DOTT adulte.

- *En ce qui concerne les équipes :*

Tout a bien fonctionné entre les différents missionnaires. Être entouré de 2 IBODE est très confortable (comparé à la situation de l'année précédente). Nous avons reçu de l'aide localement de Beby extrêmement présente pour la surveillance, la traduction et l'appel des patient ainsi que pour la planification des blocs. Un groupe d'étudiantes IADE et un interne en médecine nous ont également apporté leur aide. Un traducteur est indispensable lors des gestes sous AL ainsi qu'en salle de réveil et lors des visites dans le service.

## **VII. Résumé des chirurgies réalisées**

- 78 patients ont été opérés en 9 jours opératoires :
  - ➔ 49 patients sous AG
  - ➔ 29 patients sous AL
  - ➔ 3 patients programmés ne se sont pas présentés et sont restés injoignables
  - ➔ 9 patients appelés pour être rajoutés sont restés injoignables
  
- Concernant les pathologies traitées :
  - ✓ 30 fentes labio palatines
  - ✓ 15 lipomes
  - ✓ 23 Kystes (oreille, queue du sourcil, tricheleminal, sébacé)
  - ✓ 4 lésions endobuccales (epulie, diapneusie)
  - ✓ 1 sous maxillectomie (tuberculose ganglionnaire)
  - ✓ 1 tumeur cervicale : neurofibrome
  - ✓ 1 AMOS mandibulaire surinfectée
  - ✓ 1 Greffe palpébrale sup après libération bride
  - ✓ 1 pseudarthrose mandibulaire
  - ✓ 1 tumeur cutanée

## Comptes Rendus Opératoires Mission 6 HENRI Madagascar

### ***LUNDI***

- FANAMBINANTSOA Gilda Eliza :



## Cheiloplastie

Chir Delafond

Anesth : Rochette

Ibode : Bartolome

Chéiloplastie selon le tracé de Millard modifié Talmant

Reconstruction du seuil par un lambeau de Muir

Allongement collumélaire avec lambeau p

Fermeture cutané prolène 6.0 et seuil au vicryl 5.0

- RAMAMINAINA Miraro Elysa :



## Cheiloplastie

Chir Delafond

Anesth : Rochette

Ibode : Bartolome

Chéiloplastie selon le tracé de Millard modifié Talmant

Reconstruction du seuil par un lambeau de Muir

Allongement collumélaire avec lambeau p

Fermeture cutané prolène 6.0 et seuil au vicryl 5.0

- RANDRIAMAMONJINJATOVU Mickael :



Kyste queue du sourcil

Chir Delafond  
Anesth : Rochette  
Ibode : Bartolome

Incision cutanée  
Dissection du kyste  
Exérèse de celui-ci  
Fermeture par prolène 5.0 cutané et vicryl 4.0 sous cutané

- RAKOTOMANDIMBY :



Exerese lipome temporal Dt

Chir Delafond  
Anesth : Rochette  
Ibode : Bartolome

Incision cutanée  
Dissection du lipome  
Exérèse de celui-ci  
Fermeture par prolène 5.0 cutané et vicryl 4.0 sous cutané  
Mise en place d'un manovac

- RANDRIANANDRASANASOLO Augustin :



Exerese lipome occipital

Chir Delafond  
Ibode : Passot

Incision cutanée  
Dissection du lipome  
Exérèse de celui-ci  
Fermeture par prolène 4.0 cutané et vicryl 4.0 sous cutané  
Mise en place d'un pansement compressif

**MARDI :**

- MANAMPISOA Odilon :



Cheiloplastie

Chir Delafond  
Anesth : Rochette

Ibode : Sotomayor del Primo

Chéiloplastie selon le tracé de Millard modifié Talmant  
Reconstruction du seuil par un lambeau de Muir  
Allongement collumélaire avec lambeau p  
Fermeture cutané prolène 6.0 et seuil au vicryl 5.0

- RAZOARINIAINA Lydia :



cheiloplastie

Chir Delafond

Anesth : Rochette

Ibode : Sotomayor del Primo

Chéiloplastie selon le tracé de millard modifié Talmant  
Allongement collumélaire avec lambeau p  
Fermeture cutané prolène 6.0 et seuil au vicryl 5.0

- RAHARIMANANA Jarena :



Biopsie lésion endobuccale

Chir Delafond

Ibode : Passot

Infiltration à la xylocaine adrénaliné a la jonction lésion et muqueuse vestibulaire  
Réalisation de prélèvement multiple au bistouri lame 15 envoyé en anlyse anatomopathologique  
Saignement abondant contrôlé par une compresse hémostatique laissé 30 min.

## ***MERCREDI :***

- *FARATINA Licacia :*



Kyste queue du sourcil

Chir Delafond

Anesth : Lewandowski

Ibode : Bartolome

Incision cutanée

Dissection du kyste

Exérèse de celui-ci

Fermeture par prolène 5.0 cutané et vicryl 4.0 sous cutané

- *RANDRIATODISOA Mahiry :*



cheiloplastie

Chir Delafond

Anesth : Lewandowski

Ibode : Bartolome

Chéiloplastie selon le tracé de millard modifié Talmant

Reconstruction du seuil par un lambeau de Muir

Allongement collumélaire avec lambeau p

Fermeture cutané prolène 6.0 et seuil au vicryl 5.0

- *HERINIAINA Diana :*



Staphylorrhaphie + myoplastie intra vélaire + uranoplastie

Chir Delafond

Anesth : Lewandowski

Ibode : Bartolome

Infiltration à la xylocaine adrénaliné du voile et du palais

Réalisation d'une staphylorrhaphie avec des incision prolongé sur le palais dur très antérieur

Myoplastie intra vélaire de réorientation du muscle élévateur du voile du palais allongement du muscle tenseur du voile

Uranoplastie limitée à la moitié postérieure du palais dur

Fermeture du plan nasal au vicryl 6.0 suture musculaire au monocryl 5.0 et suture muqueuse palatine au vicryl 4.0

- RANDRIANOMEN Fanirisoa :



Exerese kyste rétro auriculaire G

Chir Delafond

Ibode : Passot

Infiltration xylocaine adrénaliné

Incision cutanée

Dissection du kyste

Exérèse de celui-ci

Fermeture par du vicryl 4.0 cutané et sous cutané

Mise en place d'un pansement compressif

**JEUDI :**

- NY AIKO NADRASANA Valiso :



Cheiloplastie + staphylorrhaphie + myoplastie intra vélaire

Chir Delafond

Anesth : Lewandowski

Ibode : Sotomayor del Primo

Chéiloplastie selon le tracé de millard modifié Talmant

Reconstruction du seuil par un lambeau de Muir

Allongement collumélaire avec lambeau p

Fermeture cutané prolène 6.0 et seuil au vicryl 5.0

Infiltration à la xylocaine adrénaliné du voile et du palais

Réalisation d'une staphylorrhaphie .

Myoplastie intra vélaire de réorientation du muscle élévateur du voile du palais allongement du muscle tenseur du voile

Uranoplastie limitée à la moitié postérieure du palais dur

Fermeture du plan nasal au vicryl 6.0 suture musculaire au monocryl 5.0 et suture muqueuse palatine au vicryl 4.0

- RANAIVOARIMANANA Fidelis :



Staphylorrhaphie + myoplastie intra vélaire + uranoplastie

Chir Delafond

Anesth : Lewandowski

Ibode : Sotomayor del Primo

Infiltration à la xylocaine adrénaliné du voile et du palais

Réalisation d'une staphylorrhaphie .

Myoplastie intra vélaire de réorientation du muscle élévateur du voile du palais allongement du muscle tenseur du voile

Uranoplastie

Fermeture du plan nasal au vicryl 6.0 suture musculaire au monocryl 5.0 et suture muqueuse palatine au vicryl 4.0

- RASOLOJATOVA Hajanirina :



Exérèse lipome frontal

Chir Delafond

Anesth : Lewandowski

Ibode : Sotomayor del Primo

Infiltration xylocaïne adrénaliné

Incision cutanée

Dissection du lipome

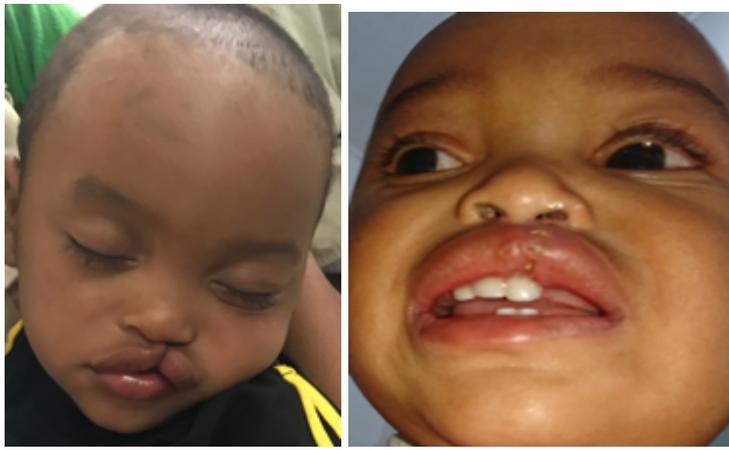
Exérèse de celui-ci

Fermeture par du vicryl 4.0 cutané et sous cutané

Mise en place d'un pansement compressif

***VENDREDI :***

- TSIRESILAZA tsamalahatra :



Cheiloplastie + staphylorrhaphie + myoplastie intra vélaire

Chir Delafond

Anesth : Lewandowski

Ibode : Bartolome

Chéiloplastie selon le tracé de millard

Fermeture cutané prolène 6.0 et seuil au vicryl 5.0

- ANDRINANTENAINA mirado :



Staphylorrhaphie + myoplastie intra vélaire

Chir Delafond

Anesth : Lewandowski

Ibode : Bartolome

Infiltration à la xylocaine adrénaliné du voile et du palais

Réalisation d'une staphylorrhaphie avec des incision prolongé sur le palais dur très antérieur

Myoplastie intra vélaire de réorientation du muscle élévateur du voile du palais allongement du muscle tenseur du voile

Fermeture du plan nasal au vicryl 6.0 suture musculaire au monocryl 5.0 et suture muqueuse palatine au vicryl 4.0

- RAZAFINDRASOA Florine :



Exérèse 5 kyste du cuir chevelu (11)

Chir Delafond

Anesth : Lewandowski

Ibode : Bartolome

Incision cutanée

Dissection de chaque kyste

Exérèse de ceux ci

Fermeture par vicryl 4.0 sous cutané et cutané

- RAKOTONINDRINA Jean claude :



Exérèse Lipome cuir chevelu et naevus inter sourcilier

Chir Delafond

Ibode Passot

Infiltration xylocaine adrénaliné

Incision cutanée

Dissection du lipome

Exérèse de celui-ci

Fermeture par du vicryl 4.0 cutané et sous cutané

Mise en place d'un pansement compressif

Incision cutanée

Exérèse du naevus en un seul tenant

Fermeture par du vicryl 4.0 cutané

***DIMANCHE :***

- *FANAMBISOA Eugène :*



Cheiloplastie + staphylorrhaphie + myoplastie intra vélaire

Chir Delafond

Anesth : Rochette

Ibode : Bartolome

Chéiloplastie selon le tracé de millard modifié Talmant

Reconstruction du seuil par un lambeau de Muir

Allongement collumélaire avec lambeau p

Fermeture cutané prolène 6.0 et seuil au vicryl 5.0

Infiltration à la xylocaine adrénaliné du voile et du palais

Réalisation d'une staphylorrhaphie .

Myoplastie intra vélaire de réorientation du muscle élévateur du voile du palais allongement du muscle tenseur du voile

Fermeture du plan nasal au vicryl 6.0 suture musculaire au monocryl 5.0 et suture muqueuse palatine au vicryl 4.0

- *ANDRYMALALA Angelico :*



cheiloplastie

Chir Delafond  
Anesth : Rochette  
Ibode : Bartolome

Chéiloplastie selon le tracé de millard modifié Talmant  
Allongement collumélaire avec lambeau p  
Fermeture cutané prolène 6.0 et seuil au vicryl 5.0

### ***LUNDI :***

- *TSIHORINIAINA Florent :*



Cheiloplastie + staphylorrhaphie et myoplastie intra vélaire

Chir Delafond  
Anesth : Rochette  
Ibode : Bartolome

Chéiloplastie selon le tracé de millard modifié Talmant  
Allongement collumélaire avec lambeau p  
Fermeture cutané prolène 6.0 et seuil au vicryl 5.0  
Infiltration à la xylocaïne adrénaliné du voile et du palais  
Réalisation d'une staphylorrhaphie .  
Myoplastie intra vélaire de réorientation du muscle élévateur du voile du palais allongement du muscle tenseur du voile  
Fermeture du plan nasal au vicryl 6.0 suture musculaire au monocryl 5.0 et suture muqueuse palatine au vicryl 4.0

- *RAZAFINDRANIVO Marie Béatrice :*



Exerese kyste rétro auriculaire

Chir Delafond  
Ibode Passot

Infiltration xylocaine adrénaliné  
Incision cutanée  
Dissection du kyste  
Exérèse de celui-ci  
Fermeture par du vicryl 4.0 cutané et sous cutané

- RAPANOCTINA Olga :



Exerese Epuli

Chir Delafond  
Ibode Passot

Infiltration xylocaine adrénaliné  
Incision muqueuse à la jonction de l'épuliau contact de la muqueuse attaché  
Exérèse de celui-ci  
Hémostase pince bipolaire

**MARDI :**

- RANDRIANAMBININTSOA René :



cheiloplastie

Chir Delafond

Anesth : Lewandowski

Ibode : Sotomayor del Primo

Chéiloplastie selon le tracé de millard

Fermeture cutané prolène 6.0 et seuil au vicryl 5.0

- *RAKOTOMAMONJY Emmanuel :*



Exérèse lipome frontal

Chir Delafond

Anesth : Rochette

Ibode : Sotomayor del Primo

Infiltration xylocaine adrénaliné

Incision cutanée en zigzag

Dissection du lipome

Exérèse de celui-ci

Fermeture par du vicryl 4.0 sous cutané et du prolène 5.0 cutané

Mise en place d'un pansement compressif

- *RANDRIATSOA Gilbert :*



Osteosynthèse d'une pseudarthrose

Chir Delafond / Collet

Anesth : Rochette

Ibode : Sotomayor del Primo

Infiltration xylocaïne adrénaliné en vestibulaire

Incision vestibulaire décollement sous périosté

Curetage de la pseudarthrose nettoyage du foyer

Osteosynthèse 3 plaques mandibulaire

Lavage abondant

Fermeture au vicryl 3.0

- RAFARAMALALA Emelie :



Exérèse Kyste trichilemmal

Chir Delafond

Ibode Passot

Infiltration xylocaïne adrénaliné

Incision cutanée

Dissection du kyste

Exérèse de celui-ci en un seul tenant

Fermeture par du vicryl 4.0 cutané et sous cutané

- TSIRAHONANA David :



Exérèse Kyste trichilemmal

Chir Delafond  
Ibode Passot

Infiltration xylocaïne adrénaliné  
Incision cutanée  
Dissection du kyste  
Exérèse de celui-ci en un seul tenant  
Fermeture par du vicryl 4.0 cutané et sous cutané

- TANOMEZANTENA Nicolle :



Exérèse d'un naevus séborrhéique

Chir Delafond  
Ibode Passot

Infiltration xylocaïne adrénaliné  
Incision cutanée fusiforme autour du naevus  
Exérèse de celui-ci en un seul tenant  
Fermeture par du vicryl 4.0 cutané et sous cutané

***MERCREDI :***

- ANDDA Solohez :



Exerese kyste rétro auriculaire G

Chir Delafond

Anesth : Lewandowski

Ibode : Bartolome

Incision cutanée

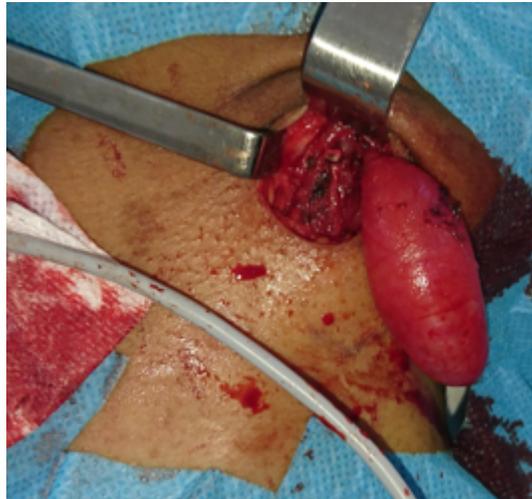
Dissection du kyste

Exérèse de celui-ci

Fermeture par du vicryl 4.0 cutané et sous cutané

Mise en place d'un pansement compressif

- RAMAROLAMY FANOMEZANTSO Rolandyo :



Exerese d'une masse cervicale

Chir Delafond

Anesth : Rochette

Ibode : Bartolome

Incision cutanée cervicale horizontale en regard du sterno cleido mastoïdien

Levé du muscle platysma

Dissection de la masse au contact du SCM et ligature des deux extrémité entre 2 leriche

Exérèse de celle-ci et envoie en analyse anatomopathologique

Hemostase à la pince bipolaire

Fermeture sous cutané au vicryl 4.0 sur un manovac

Fermeture cutané au prolène 4.0

- RAZAFIMANDIMBY Francois de Sales :



Exérèse lipome cuir chevelu

Chir Delafond  
Ibode : Passot

Infiltration xylocaïne adrénaliné  
Incision cutanée  
Dissection du lipome  
Exérèse de celui-ci  
Fermeture par du vicryl 4.0 sous cutané et du prolène 5.0 cutané  
Mise en place d'un pansement compressif

NAS MIAN



2ieme temps pour fermeture palais dur après fermeture fente lèvre et voile

Chir collet

Anesth : lewandowsky

Ibode : Sotomayor

AG + Tronculaire V2 infraorbitaire bilaterale

Infiltration large à la xylocaine adrénalinée

Incision des berges de la fente résiduelle

Decollement de la fibromuqueuse palatine jusqu'au bord alvéolaire

Decollement large de la muqueuse nasale permettant une fermeture sans tension au vicryl 5/0

Contre incision palatine permettant de faire basculer un lambeau afin de fermer la fibromuqueuse palatine sans tension au vicryl 4/0

Une zone est laissée en cicatrisation dirigée

Avulsion racine 61

RANDRIAMAMONJY Mayah

Fente labiale incomplète gauche

Chir Collet

Anesth : Rochette/Berger

Ibode : Bartolomei



Infiltration à la lidocaïne adrénalinée

Fermeture de la fente en trois plans (Vicryl 5/0 et Flexo 5/0) selon la technique de Millard sans lambeau en C pour reconstruction du seuil narinaire.

RAN Mic  
9 ans 20 kg

Chir Collet  
Anesth : Rochette/Berger  
Ibode : Bartolomei



Incision dans la queue du sourcil après infiltration à la xylocaïne adrénalinée  
Dissection trans orbitaire jusqu'au kyste  
Exerese du kyste  
Fermeture en deux plans vicryl 4/0 et flexo 5/0

SATATRINIAINA Elisa  
*Kyste queue du sourcil 124*



Incision dans la queue du sourcil après infiltration à la xylocaïne adrénalinée  
Dissection trans orbitaire jusqu'au kyste  
Exerese du kyste  
Fermeture en deux plans vicryl 4/0 et flexo 5/0

RAVAKINIDINA Stefanie  
*Staphylo 43*



Fistule velaire sur probable lésion traumatique

Chir Collet  
Anesth : Rochette/Berger  
Ibode : Bartolomei

Decollement sur 360° permettant d'individualiser un plan nasal et un plan palatin  
Fermeture des plans au vicryl 5/0

RANDRIAMANALINA Rijatiana 9  
*Fente labiale complète gauche*

6 mois 6 kilos

Chir collet  
Anesth : Berger / Rochette  
Ibode : Bartolomei



AG + Tronculaire V2 infraorbitaire bilaterale

Infiltration à la lidocaïne adrénalinée

Fermeture de la fente en trois plans (Vicryl 5/0 et Flexo 5/0) selon la technique de Millard sans lambeau pour reconstruction du seuil narinaire.

ANDONIAINA Danilla  
*Cheilo 101*

Chir Collet  
Anesth : Rochette/Berger  
Ibode : Bartolomei



AG + Tronculaire V2 infraorbitaire bilaterale

Infiltration à la lidocaïne adrénalinée

Fermeture de la fente en trois plans (Vicryl 5/0 et Flexo 5/0) selon la technique de Millard sans lambeau pour reconstruction du seuil narinaire.

FANOMEKANSONAHARY Stephane  
*Cheilo + staphylo 28*

Chir Collet  
Anesth : Rochette/Berger  
Ibode : Bartolomei



AG + Tronculaire V2 infraorbitaire bilaterale

Infiltration à la lidocaïne adrénalinée

Véloplastie intra vélaire avec réfection en trois plans au fil résorbable tressé 3/0 laissant le palais osseux ouvert

Deuxième temps de fermeture à prévoir dans 1 an

Infiltration à la lidocaïne adrénalinée

Fermeture de la fente en trois plans (Vicryl 5/0 et Flexo 5/0) selon la technique de Millard avec lambeau en C pour reconstruction du seuil narinaire.

SATATRINIVINA olivier

90

*Fente labiale droite*

Chir Collet

Anesth : Lewandowsky

Ibode : Sotomayor



Infiltration à la lidocaïne adrénalinée

Fermeture de la fente en trois plans (Vicryl 5/0 et Flexo 5/0) selon la technique de Millard avec lambeau en C pour reconstruction du seuil narinaire.

NOMENJAHANARY bertine

68

*FPI lèvre droite*

Chir Collet

Anesth : Lewandowsky

Ibode : Sotomayor



Infiltration à la lidocaïne adrénalinée

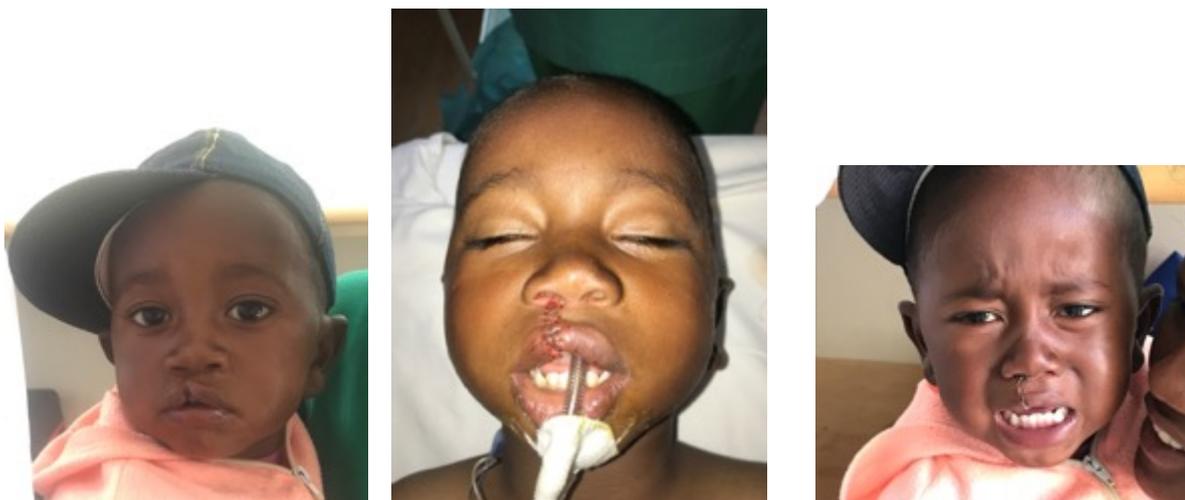
Fermeture de la fente en trois plans (Vicryl 5/0 et Flexo 5/0) selon la technique de Millard avec lambeau en C pour reconstruction du seuil narinaire.

SANTRANIANAMAMITINA Joseph

*Fente labiale incomplète droite*

Infiltration à la lidocaïne adrénalinée

Fermeture de la fente en trois plans (Vicryl 5/0 et Flexo 5/0) selon la technique de Millard avec lambeau en C pour reconstruction du seuil narinaire.



RAFANOMEZANTSOA hary

92

*Grefte paupière*

Chir Collet

Anesth : Lewandowsky

Ibode : Sotomayor

Rétraction palpébrale droite sur séquelle infectieuse



Incision palpébrale supérieure

Dissection permettant de lever la bride cicatricielle

Le muscle releveur de la paupière est repéré et semble fonctionnel

Prélèvement d'une peau totale retro auriculaire

Elle est ensuite dégraissée perforée et fixée au niveau de la paupière à l'aide d'un bourdonnet fixé au flexo 5/0

NOMENJANAHARY Naya 103

*Fente totale gauche*

Chir Collet

Anesth : Lewandowsky

Ibode : Sotomayor



Infiltration à la lidocaïne adrénalinée

Véloplastie intra vélaire avec réfection en trois plans au fil résorbable tressé 3/0 laissant une partie du palais osseux ouvert

Deuxième temps de fermeture à prévoir dans 1 an

Infiltration à la lidocaïne adrénalinée

Fermeture de la fente en trois plans (Vicryl 5/0 et Flexo 5/0) selon la technique de Millard avec lambeau en C pour reconstruction du seuil narinaire.

RASOAZANAHANY marie

*Ablation plaque 112*

Chir Collet

Anesth : Lewandowsky

Ibode : Sotomayor



Patiente opérée à la mission précédente pour tumeur bénigne mandibulaire par mandibulectomie par voie cervicale et plaque de reconstruction

Exposition majeure de la plaque + débricolage + infection

Décision ablation du matériel d'osteosynthèse

Intubation au fibroscope  
Incision muqueuse à la lame froide  
Ablation des vis et de la plaque  
Rinçage  
Fermeture par des points séparés de vicryl 3/0

AND FAN  
4 ans 15 kg  
Kyste cervical médian



Chir Collet  
Anesth : Lewandowsky  
Ibode : Sotomayor

Incision cutanée  
Dissection entre les infra hyoïdiens  
Exérèse du kyste dans sa totalité  
Aspect de kyste épidermique  
Pas de trajet fistuleux de KTT  
Fermeture en deux plans vicryl 4/0 et flexo 4/0

JAH VAN  
2 ans 9 kg  
Fermeture fente voile



Chir collet  
Anesth : lewandowsky  
Ibode : Sotomayor

AG + Tronculaire V2 infraorbitaire bilaterale

Infiltration à la lidocaïne adrénalinée

Véloplastie intra vélaire avec réfection en trois plans au fil résorbable tressé 3/0 laissant le palais osseux ouvert

Dissection très difficile car en fait déjà opérée

Nécessité de contre incision au niveau des ptérygoïdes afin d'obtenir moins de tension

Deuxième temps de fermeture à prévoir dans 1 an

RABEZANAHARY Julien 18

*Lipome temporale droit*



Chir Collet

Anesth : Rochette/Berger

Ibode : Bartolomei

*Sous Ag*

*Incision cutanée dans le cuir chevelu*

*Incision de l'aponévrose temporale*

*Exerese du kyste*

*Rinçage*

*Fermeture en deux plans vicryl 4/0 et flexo 4/0*

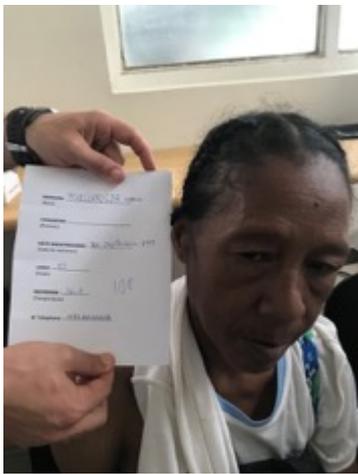
TRAEIARISOA Ivonn

*Lipome épaule 108*

Chir Collet

Anesth : Lewandowsky

Ibode : Sotomayor



Sous Ag

Incision cutanée en regard du lipome

Exérèse du lipome et d'un lambeau cutané permettant une fermeture sans tension

Hémostase

Fermeture au flexo 3/0

ANDRIAMAHEFASOA Mickael

*Sous maxillectomie 4*

Chir Collet

Anesth : Rochette / Berger

Ibode : Sotomayor



Tumefaction sous angulo mandibulaire gauche suspecte d'être un adénome pleiomorphe de la glande submandibulaire

Sous AG

Incision cutanée et du platysma dans un pli du cou

Repérage et dissection de la veine faciale qui est ligaturée

Dissection sous la veine faciale jusqu'à la capsule glandulaire

Exérèse de la glande après repérage du nerf lingual

En fait la tuméfaction est située en dedans de la loge sub mandibulaire

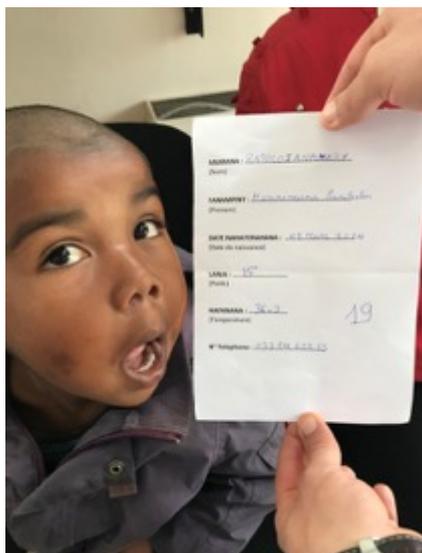
Exérèse de la lésion et envoi en anatomo pathologie

Hémostase

Fermeture sur Manovac en deux plans vicryl 3/0 et surjet de flexo 3/0

RATOLOJANAHARY Marcellin

Diapneusie G 19



Chir Collet

Anesth : Rochette/Berger

Ibode : Bartolomei

Sous AG

Infiltration à la xylocaïne adrénalinée

Exerese en fuseau emportant la diapneusie

Hemostase

Fermeture au vicryl 4/0

FINIDY misaela 48

Fistule sur Fp2

Chir Collet

Anesth : Rochette/Berger

Ibode : Bartolomei



Sous AG

Réouverture de la fistule

Decollement sur 360° permettant d'individualiser un plan nasal et un plan palatin

Fermeture des plans au vicryl 5/0

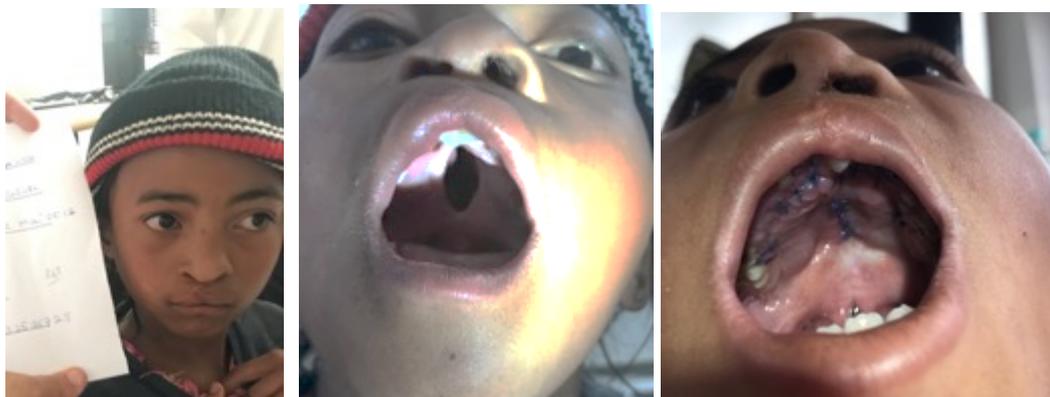
RASAMOLINIAINA marie juliette

*Fp2 large 145*

Chir Collet

Anesth : Rochette/Berger

Ibode : Bartolomei



Sous AG

Infiltration du palais à la xylocaïne adrénalinée

Incision en regard de la fistule avec contres incisions latérales

Décollement sous périostée

Decollement du plan nasal

Fermeture sans tension en deux plans vicryl 4/0

BAKOLILALAINA Marie Charlotte

*Volumineuse loupe du cuir chevelu 106*

Chir Collet

Anesth : Rochette/Berger

Ibode : Bartolomei



Sous Ag  
Infiltration à la xylocaine adrénalinée  
Exérèse cutanée en fuseau emportant le kyste dans sa totalité  
rinçage  
Fermeture au vicryl 4/0 et flexo 4/0  
Pansement compressif

TOKIFANIRY joseph 47  
*kyste oreille gauche*



Probable chéloïde de l'oreille gauche  
Anesthésie locale à la xylocaine adrénalinée  
Exérèse de la lésion à lame froide  
Hémostase  
Fermeture sans tension au flexo 4/0

JOACHIM patrick 49  
*lipome cervical g*



Sous anesthésie locale  
Infiltration à la xylocaine adrénalinée  
Exérèse cutanée en fuseau emportant le kyste dans sa totalité  
Rinçage  
Fermeture au flexo 4/0

122 RAKOTOMIRINA jean claude  
lipome cuir chevelu



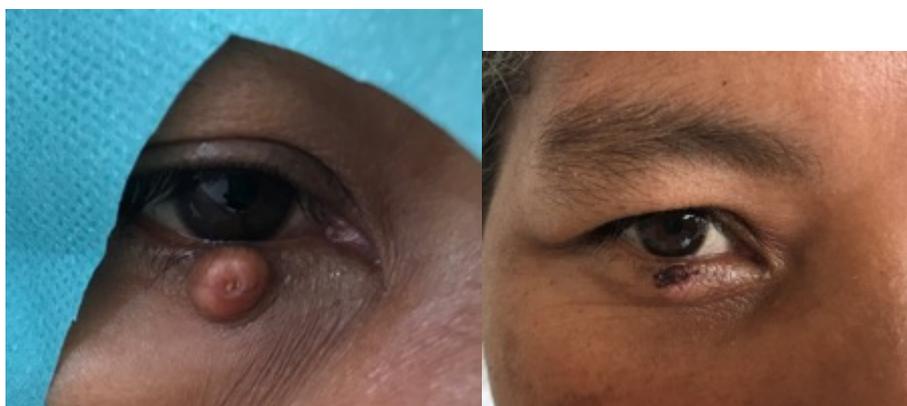
Sous anesthésie locale  
Infiltration à la xylocaine adrénalinée  
Exérèse cutanée en fuseau emportant le lipome dans sa totalité  
Rinçage  
Fermeture au flexo 4/0  
Pansement compressif

ANDRIA Pasacal  
*Exérèse chéloïde + kyste 59*



Sous anesthésie locale  
Infiltration à la xylocaine adrénalinée  
Exerese en fuseau de la lésion  
Fermeture au flexo 4/0

RAS Marie 95  
Kyste sébacée paupiere inf gauche



Sous anesthsie locale  
Infiltration à la xylocaine adrénalinée  
Exerese du kyste à la lame froide  
Fermeture au flexo 5/0 et cicatrisation dirigée

RAKOTONOMENJANA HORY Voahongy  
*Loupes cuir chevelu 76*



Sous anesthésie locale  
Infiltration à la xylocaïne adrénalinée  
Exérèse cutanée en fuseau emportant le kyste dans sa totalité  
Rinçage  
Fermeture au flexo 4/0

RAJ Lal 120  
Lipome temporal droit



Sous aL  
Infiltration à la xylocaïne adrénalinée  
Exérèse cutanée en fuseau  
Exérèse du lipome qui est située sous le muscle frontal  
Hémostase  
Fermeture en deux plans vicryl 4/0 et flexo 4/0

VALOLONIRINA liliane 54  
*Lipome cuir chevelu*



Sous anesthésie locale  
Infiltration à la xylocaine adrénalinée  
Exérèse cutanée en fuseau emportant le lipome dans sa totalité  
Rinçage  
Fermeture au flexo 4/0

RAV PER  
Epulis gencive supérieure droite



Anesthésie locale à la xylocaine adrénalinée

Exérèse de la lésion à ras à la lame froide  
Hémostase à la monopolaire

AND Zan 18 ans 49 kilos  
Tumefaction du coin de la levre gauche



Anesthésie locale à la xylocaine adrénalinée  
Exérèse à la lame froide  
Hémostase

Fermeture points séparés de vicryl 4/0

SAHOLYNIRIANA Esoras  
*Kyste pré auriculaire droit 66*



Sous anesthésie locale  
Infiltration à la xylocaine adrénalinée  
Exérèse cutanée en fuseau emportant le kyste dans sa totalité  
Rinçage  
Fermeture au flexo 4/0

RAKOTONDRAFARO  
*Lipome occipital 70*



Sous anesthésie locale  
Infiltration à la xylocaine adrénalinée  
Exérèse cutanée en fuseau emportant le kyste dans sa totalité  
Rinçage  
Fermeture au flexo 4/0

## VIII - Suites opératoires

40 patients se sont présentés à la consultation post opératoire.

Nous avons rencontré les complications suivantes :

- ❖ Pas de complication sur les fentes labiales
  - prolène 6.0 mis la première semaine retiré par nous même à J7
  - Vicryl mis la deuxième semaine (fils resorbables)
  
- ❖ 1 Hématome post opératoire à J 1 sur un kyste de l'oreille
  - ➔ Drainage et pansement compressif : pas de récurrence
  
- ❖ Pour les chirurgies du palais :

- 1 nécrose partielle de la partie antérieure d'un héli voile sur une DP
- 3 patients avec des palais fibrineux : possible désunion à distance.

Les consignes post opératoires étaient peu suivies rendant les suites plus difficiles notamment sur les palais : alimentation solide dès J1, soins post op peu faits (nourriture type riz dans les cicatrices dès la visite du soir).

L'événement le plus douloureux de la mission fut le décès à 16h post opératoire d'un enfant de 9 mois opéré en première position sous anesthésie générale d'une fente labio alveolo palatine.

Il s'agissait d'un enfant estimé à 6 kg par les parents sur la fiche initiale mais en réalité très dénutri. Nous avons été alarmés par des pleurs anormaux après la phase de réveil et nous avons compris que cet enfant était affamé et qu'aucune alimentation n'avait été apportée par les parents. La mère de l'enfant expliqua alors qu'elle n'avait rien à lui donner à manger et qu'elle le nourrissait avec ce qu'elle trouvait (en général de la tisane parfois mélangée avec un peu de lait en poudre) et cela depuis la naissance de l'enfant. Nous avons donc rapporté du lait concentré sucré de notre hébergement et nous l'avons donné à l'enfant, mélangé avec du sérum physiologique et administré avec une seringue. L'enfant fut vite calmé par l'alimentation mais il faisait facilement des fausses routes. Nous avons donc pris le temps d'expliquer à la mère et à l'infirmière présente, la nécessité de donner de très petites quantités, progressivement, et dans une position adéquate. Une fois l'alimentation prise correctement nous lui avons laissé une quantité bien définie d'un mélange préparé par nos soins, à lui donné de manière fractionnée jusqu'au lendemain matin.

Nous avons appris secondairement que le père de l'enfant lui avait donné, vers 3h du matin, un yaourt que l'enfant avait mangé entièrement. Les parents étaient d'ailleurs ravis que leur enfant puisse manger à sa faim. Cette grande quantité de nourriture non adaptée et donnée si rapidement provoqua un authentique de Mendelson chez enfant. Les parents alertèrent l'équipe et le médecin de garde 30 min plus tard mais l'enfant était déjà en arrêt cardio circulatoire depuis trop longtemps.

Ces explications nous ont été donné par le Dr Benjamin vers 5h30 du matin. Nous avons alors appris que cette famille était extrêmement démunie et que le frère de l'enfant était décédé 10 jours avant l'intervention, de dénutrition.

Le Dr Benjamin a été très présent pour la famille, pour la prise en charge du drame et pour l'équipe d'EDN. Les frais d'obsèques ont été réglés par Dr Benjamin/EDN. Lors d'une consultation ultérieure il a été découvert une grossesse de 5 mois chez la maman. Celle-ci consultait dans le but de faire un bilan complet et d'enlever un implanon afin qu'elle puisse être enceinte à nouveau... La prise en charge de la nouvelle grossesse et de l'accouchement sera réalisée sur la clinique santé+. Pour aider cette famille deux cochons ont été acheté par EDN dans le but de prévenir la dénutrition.

Nous étions tous les 8 très perturbés, nous remettant en question et essayant de comprendre ce qui avait pu nous échapper. Nous avons discuté du déroulement de cet événement tous ensemble et nous avons tous conclu que ce n'était pas directement lié à la prise en charge anesthésique ou à une complication chirurgicale mais plus au défaut d'information et au choc des cultures.

Probablement n'avions-nous pas saisi l'importance des difficultés et de la misère auxquelles certaines familles peuvent être confrontées à Madagascar.

Cette réflexion nous a amené à nous poser des questions sur l'importance de l'information et de la préparation des enfants et des parents, ainsi que sur la nécessité de prendre en charge la dénutrition comme expliqué dans la partie suivante.

## **IX - Rôle de la prévention et de l'éducation. Importance de la première consultation**

Lors de la première consultation il y a énormément de patients, ce qui rend le contact avec les enfants et les parents un sans doute un peu trop rapide. Cette consultation devrait poser solidement les bases de ce qui suivra ensuite au bloc opératoire et surtout dans la gestion du post opératoire.

Le peu de temps passé avec les familles est inadapté étant donné les obstacles à la compréhension des soins par les familles :

- En effet, il existe dans la majorité des cas une barrière linguistique qui empêche d'être sûr que toutes les informations aient été bien comprises.

- De plus tous les étudiants malgaches présents lors de la consultation traduisaient tour à tour de manière peu structurée les informations données par l'équipe chirurgicale.
- A la fin du séjour une infirmière qui avait été à nos côtés pendant les deux semaines nous a expliqué que les consignes n'avaient pas toujours été comprises lors de la première consultation.
- De plus la barrière culturelle ne doit pas être négligée et il est probable que les notions d'« hospitalisation », de « bloc opératoire » de « geste chirurgicale » ne soit pas des choses évidentes pour certaines personnes qui n'avaient jamais consulté un médecin de leur vie.

Pourtant les événements de cette mission nous ont bien rappelé que la consultation et les informations pré opératoires sont indispensables pour que les suites soient optimales :

- Le dépistage des enfants dénutris doit être réalisé avec une pesée réalisée par l'équipe en consultation pré opératoire.
- Il faut tenir compte des difficultés que peuvent avoir certaines familles à alimenter leurs enfants avec des fentes labiales ou palatines ou labiopalatines. Ces pathologies sont déjà en France source de difficultés pour les parents par rapport à la prise de poids.
- Les suites opératoires doivent également être bien comprises et acceptées car une alimentation inadaptée ou trop précoce peut être responsable de désunion rapide et de mauvaise cicatrisation.

Pour les fentes labiales les désunions vont nuire fortement aux résultats esthétiques sachant que les défauts sur ces chirurgies s'accroissent avec la croissance.

Pour les fentes vélo palatines, la cicatrisation est fragile, et les désunions peuvent conduire à des fistules et des reprises chirurgicales souvent répétées avec des tissus de plus en plus fibreux et des résultats de plus en plus incertains.

Enfin, il y a eu une quantité non négligeable de patients qui consultaient pour des lésions bénignes que nous avons pu réaliser sous anesthésie locale. Parmi ces lésions, certaines étaient esthétiquement handicapantes et justifiaient à court terme une prise en charge chirurgicale mais un grand nombre de naevus seborrhéique, tubéreux, lipome minuscule, kyste trichéleminal ont été retirés dans des conditions où la balance bénéfice risque nous a fait se poser la question de la pertinence à réaliser ces gestes.

Encore une fois la barrière linguistique rendait difficile l'évaluation de la raison de leur demande (culturel, mystique ??) ainsi que nos possibilités à pouvoir les rassurer quant au caractère strictement bénin de ces lésions peu visibles (dans les cheveux en particulier).

# IX - Synthèse des points à améliorer / à réfléchir

- Concernant la consultation :

Pour plus d'efficacité et de clarté lors de cette consultation et vu le grand nombre de patients présents une meilleure organisation paraît indispensable. Sans doute avons-nous besoin que de quelques personnes mais que chaque rôle soit plus clairement défini (traducteur notamment).

Nous en avons parlé plusieurs fois entre nous et sans doute faut-il étendre la discussion à l'éducation des familles qui ont (ou ont eu) beaucoup de difficultés à alimenter leurs enfants avec une fente labiopalatine. Un missionnaire pourrait avoir ce rôle précis d'éducateur avec des poupées et des biberons adaptés et donner des conseils pour la mise au sein.

Par rapport à ces difficultés alimentaires nous nous posons la question de la possibilité de fournir les familles en biberons type Haberman ou « cuillère » avec les problèmes que posent la stérilisation de ces biberons, et bien sur la nécessité d'apprendre à les utiliser.

Enfin, le dépistage des enfants dénutri est indispensable vis à vis du risque anesthésique, chirurgicale et des suites post opératoires au sein de famille pour qui l'alimentation est déjà très compliquée. C'est pourquoi la pesée nous semble indispensable PENDANT la consultation +/- l'utilisation de courbes de poids.

- Concernant le matériel chirurgical :

Avoir des écarteurs de DOTT pédiatriques et adultes.

Investir/laisser sur place un moteur maxillo (pour les fractures/ mandibulectomies) ?

Investir dans une aspiration +++ car celle que nous avons sur place était bien trop faible. Il est indispensable d'en avoir une efficace si on veut réaliser des interventions plus lourdes.

Avoir une boîte d'ostéosynthèse complète avec un tournevis adapté.

Les premières interventions ont été réalisées sans bipolaire car les câbles ne fonctionnaient pas. Cette situation était très inconfortable pour les chirurgiens. Sans doute faudrait-il investir dans des câbles supplémentaires ?

- Concernant l'organisation du bloc opératoire:

Conserver 2 IBODE est très confortable

La salle de locales a très bien fonctionné car nous avons une 3ème « IBODE » mais ce n'est peut-être pas toujours possible.

Avoir des lampes Petzell avec batteries rechargeables permettaient de pallier la pauvreté des sialytique. Peut-être est-ce possible d'en laisser sur place ?

- Concernant l'organisation globale de la mission :

Des fiches explicatives ont été créées pendant la mission avec des dessins et des pictogrammes pour les rendre plus claires. Il faudrait évaluer leur efficacité lors des prochaines missions et réfléchir à comment les améliorer.

Réaliser des formations aux IDE locales de la clinique au minimum pour la réalisation d'un pansement simple.

Avoir si possible 2 anesthésistes par mission

Enfin dans une logique plus « développement durable/ prise en charge globale » voir pour organiser de la prévention sur l'hygiène buccodentaire.

Apport de brosse à dents et éducation (tableau explicatif sur l'hygiène dentaire avec dessins et écrits en malgache, surtout pour les enfants ++)

## **X - CONCLUSION**

Au total, une mission de qualité, intense, en accord avec les attentes de l'équipe et de l'association.

Les objectifs ont été atteints et nous repartirons tous avec plaisir pour une prochaine mission.

Cependant, un épisode douloureux a eu lieu. Évidemment en plus de savoir pourquoi c'est arrivé, il faut discuter des moyens pour minimiser le risque que cela se reproduise.

Nous remercions le Dr Benjamin pour son aide et sa disponibilité tout au long de la mission.

## **XI – ANNEXES**

### **RAPPORT D'ANESTHESIE** **EDN mission maxillo faciale Clinique Santé Plus** **Antsirabé, Madagascar, Mars 2019**

#### **Consultation préopératoire :**

- 140 consultations réalisées par les chirurgiens, 49 patients retenus pour une intervention chirurgicale sous AG, une trentaine sous AL.
- Chaque patient est enregistré sur une fiche administrative (nom, prénom, date de naissance, adresse, portable), sa température et son poids sont notés.

- Aucun patient n'a été récusé ; 1 femme est prévue pour intubation au fibroscope (blocage mandibulaire)
- L'information et l'accord des familles est traduit par 3 personnels de la clinique. L'autorisation d'opérer est signée par les parents.
- Pour éviter les erreurs, un numéro d'identification est associé à chaque patient, opéré ou non, et un bracelet est posé à chaque patient programmé.

### **Organisation sur place :**

- Le programme opératoire de la semaine est élaboré à l'issue de la consultation et affiché devant la clinique pour informer les patients.
- Le personnel de la pharmacie de la clinique est chargé de contacter les patients pour leur signifier leur jour opératoire. L'organisation a été copiée sur les missions précédentes :
  - 2 salles d'opérations : 1 petite salle et une grande salle, communiquant par la salle de stockage du matériel et de stérilisation.
  - 1 salle de consultation et de chirurgie sous locale : « salle blanche »
  - Salle de réveil de 2 lits avec surveillance par une personne de la clinique, équipée d'un moniteur de SpO2 fixe et un doigtier SpO2, un débitmètre d'O2.
  - 2 chambres de 3 lits disponibles pour les patients opérés du jour, proches des salles de bloc et d'autres chambres disponibles dans la clinique.
- Matériel laissé en salle d'opération la nuit sans problème, stétho et drogues laissés dans l'armoire fermée à clé; pas de vol.
- Frederich, salarié de la clinique, est en chargé du nettoyage des salles entre 2 interventions et d'organiser le remplacement de l'obus d'O2 quand il se vide : il faut toujours garder un œil dessus, et veiller à l'économie de gaz !

### **Matériel :**

- 1 respirateur de transport dans chaque salle, non utilisé car tous les patients sont restés en VS. La consommation du ventilateur en O2 est très importante. Une cuve de Sévo, un pousse seringue et un multi moniteur Propaq par salle.
- 1 aspirateur de mucosités en partage chir/anesth dans une salle, un autre fourni par la clinique, peu fonctionnel, mériterait d'être remplacé.

### **Bilans biologiques :**

- 12 Bilans de coag et NFS demandés pour les enfants ne marchant pas encore, réalisés après la consultation, récupérés le lundi ... un seul, a dû être refait pour valeur douteuse du TCA : vraisemblable dilution sur prélèvement difficile.

### **Imagerie :**

- les radiographies sont réalisées dans la clinique

### **Problèmes/remarques :**

- Electricité : pas de problème, les pannes du réseau municipal sont compensées par le groupe électrogène de la clinique. La faible puissance et le faible éclairage des scialytiques imposent l'utilisation permanente de lampes frontales personnelles.

- Oxygène mural dans les 2 salles d'op ainsi que dans la salle de réveil. Il est nécessaire de vérifier régulièrement les bouteilles et d'anticiper leur changement. Elles sont changées avec rapidité par le personnel de la clinique.
- « **Identito-vigilance** » : Un assez grand nombre de patients avaient ôté leurs bracelets d'identification, source d'inquiétude parfois. Une inversion de patient (homonymes et bracelets enlevés, plus incompréhension ...) a été rattrapée avant chirurgie.
- **Respect des consignes** : de jeûne pré ou post op parfois difficile à obtenir, de traitement post opératoire antalgique ou antibiotique aussi. Il aurait été préférable de garder certains patients (fentes palatines) perfusés la première nuit : la prochaine mission maxillo devrait s'équiper en conséquence.
- Compte rendus et documents d'anesthésie rapportés pour élaborer le CR de mission. Nous recommandons pour l'avenir un recueil des données épidémiologiques essentielles en temps réel sur ordi portable.
- SSPI : Fifa et Beby sont complètement autonomes mais surchargés.
- L'équilibre du programme opératoire, amélioré dès les premiers jours, aurait permis quelques interventions sous AG supplémentaires. A noter que quelques (2) patients ne se sont pas présentés ou, comme souvent, ont décalé leur venue sans trop nous en informer ... la souplesse d'organisation est impérative, ce qui fut le cas.

#### **Techniques d'anesthésie :**

- Le tableau joint détaille les infos épidémiologiques recueillies à partir des fiches d'anesthésie : 43 fiches analysables sur 49 patients endormis. Age médian : 3.5 ans (6 adultes opérés : âge médian des enfants : 2 ans) ; poids médian : 12 kg (enfants : 10 kg). 6 enfants < 1 an, 23 < 3 ans.
- Type de chirurgie : 32 % fentes palatines, 36 % fentes labiales, 32 % divers.
- Type d'anesthésie : 84 % induction sévo, 81 % intubation trachéale, 100 % entretien IV en VS, 74 % ALR (dont 53 % de bloc maxillaire supra zygomatique, 37 % de bloc infra orbitaire), durée médiane (induction – réveil) : 83 mn.
- A noter assez nombreuses hyperréactivités bronchiques qui auraient peut-être été améliorées par une prémédication atropine-midazolam ; une aspiration gastrique de lait maternel, un Cormak III imprévu et une intubation au fibroscope prévue.
- Antibio prophylaxie par amoxicilline ou amoxiclav pour la majeure partie des interventions,
- Extubation des patients sur table puis transfert en salle de réveil avec O2 disponible au réveil et surveillance par saturomètre

#### **Rapports avec les équipes locales :**

- Excellents.
- Rôle essentiel de Beby et Fifa qui s'occupaient de la préparation des patients tôt le matin, du réveil, de la traduction, de la gestion de la douleur. On espère que Aina, IADE nouvellement diplômée, sera plus disponible à l'avenir. Elle est essentiellement employée à du secrétariat à la pharmacie. Elle a manifesté un vif intérêt et une réelle compétence pour participer aux anesthésies des enfants.
- Frederich : entretien des salles, parfois difficile à joindre.

**Le décès**, survenu la nuit suivant la chirurgie, d'un nourrisson de 8 mois a lourdement affecté la fin de la mission. Ce drame a été staffé longuement entre tous les membres de la mission, le Dr Benjamin, la famille et le bureau d'EDN. Le contexte était lourd : enfant hypotrophique, large fente

palatine, chirurgie longue, encombrement pharyngé, parents illétrés très peu accessibles aux consignes et venant de perdre leur 1<sup>er</sup> enfant de dénutrition. Un staff préalable a conclu qu'attendre une amélioration pondérale pour opérer serait illusoire ; l'intervention s'est déroulée sans incident et après un réveil d'abord difficile, l'état de l'enfant était correct en fin de journée. Après avoir été alimenté d'un yaourt entier en milieu de nuit, l'enfant a vomi et a dû faire une inhalation massive, les parents n'appelant que beaucoup plus tard, devant l'immobilité de l'enfant.

Nous avons conclu à une indication opératoire correcte, absence d'accident anesthésique ou opératoire. Au final la cause de ce drame nous apparaît surtout liée au fossé culturel entre notre action et cette famille. Nous pensons qu'il faut néanmoins en tirer des leçons pour l'avenir dans des conditions semblables : interdiction d'alimentation et se donner les moyens de perfuser ces enfants la première nuit, et reprise alimentaire très prudente et contrôlée (comment ?) à J1.

## Conclusion

- Bon déroulement de l'anesthésie globalement, dans de bonnes conditions.
- Bon fonctionnement au sein de la clinique
- Adaptation des consignes et des pratiques à prévoir en particulier pour les nourrissons.

Philippe Berger

Mehdi Lewandowski

Alain Rochette

Mise à jour de l'inventaire au 13/03/2019 : Référence inventaire de novembre 2018. **Mentionné ici : ce qui reste sur place le 13/03/2019 et gros manques.** Ce qui n'est pas mentionné n'a pas été touché par rapport au bilan de 2018.

Matériel perfusion : 50 cathlons jaunes ; 70 bleus,

46 tégaderms petits, 37 grands

Régulateurs de débit : 9

Perfuseurs : sans robinets : 35, avec : 12 + réserve

Prolongateurs de SAP longs : 18 ; courts : 5 ; robinets : 12 ; bouchons : trop

Seringues : manquent toutes les tailles (50 ; 20 ; 10 ; 5 ; 2) 50 de chaque sauf 50 ml : manque 30

ALR :

Stimuplex 80 : 16 ; 50 : 19 ;

Manquent aiguilles à caudale, à rachi.

Ventilation :

Raccords coudés : 9 ; annelés : 2

Masques faciaux : petits : OK ; grands : trop

Ballons : 2 grands et 2 petits par salle

Valves de Dighby-Leigh : à remplacer d'urgence !

Guedels : manquent N° 0, 1 et 2

Mandrins de Cook : 1 adultes, 1 enfants

Sondes aspi bronchiques : 8 et 10 : 20 de chaque

Raccords biconiques : 15

Canules de Yankauer (aspi pharyngée rigides) : 5 ; canules rectales : 0.

Filtres respi ped : 17 ; adultes : 17.

ML : manquent : 2 ; 3 ; 4 ; 5

Sondes intub armées : manquent : 2 taille 3 ; 4 taille 3.5 ;

Sondes intub préformées : manquent : 5 taille 3 ; 5 taille 4 ; 5 taille 5.5

Sondes intub normales : manquent toutes les tailles de 3 à 7

Monitoring

RAS

Médicaments et solutés:

Manque : sévo ; 20 fl ; propofol ; kétamine ; sufenta ; atreopine 0.25 ; midazolam ; collyre ; paracétamol ; ropi ; xylo 5% et pulvérisateurs ;

amoxicilline, amoxiclav, dalacine ; C2G ;

NaCl 10% ampoules : 30 ; SG 30% ampoules: 30 ; flacons SSI ; SG 5% ;

Per os : antalgiques et AINS de base.



LES ENFANTS  
DU NOMA...

# RAPPORT IBODE

- **MISSION MAXILLO-FACIALE** du 1er au 15 mars 2019 à ANTSIRABE, MADAGASCAR
- **LIEU DE MISSION** : Clinique Santé Plus, Dr Benjamin RAKOTOSON
- SOTOMAYOR Aroa - BARTOLOMEI Céline – PASSOT Estelle

# INDEX

---

## Etat des lieux

1. Le bloc, les salles d'intervention et les équipements
2. Arsenal
3. Instruments et stérilisation

## Déroulement

## Problèmes rencontrés

## Conclusions

## 1. LE BLOC, LES SALLES D'INTERVENTION ET LES ÉQUIPEMENTS

La Clinique dispose de deux salles d'intervention communiquant avec une salle qui fait office de salle de stérilisation et de salle de rangement. Nous disposons de quatre étagères partagées avec l'équipe d'anesthésie pour le stockage du matériel.

Nous avons aménagé la salle de consultation en salle d'opération (appelée salle blanche) pour les anesthésies locales.

### Salle N°1 au fond :

- 1 climatisation fonctionnelle
- 1 table d'intervention déplaçable
- 1 Scialytique
- 1 BE de EDN marque ERBE : bipolaire fonctionnelle (les deux câbles de bipolaire ont été réparés le 1er jour du bloc par l'équipe de la clinique)  
BE fonctionnel avec plaque (très peu utilisé)
- 1 table d'instruments et 1 petite table pour poser tambours, boîtes stériles etc...
- 1 grande table de réserve au fond de la salle pour disposer matériel stérile, DMS etc...: table à partager avec l'équipe d'anesthésie.

### Salle N°2 :

- Pas de climatisation
- 1 table d'intervention (impossible de régler sa hauteur)
- 1 Scialytique avec un éclairage plus que faible donc inexistant. Les lumières frontales sont indispensables pour le chirurgien et l'aide opératoire. Deux lampes frontales PETZER ont été fournies par EDN avec batteries rechargeables : INDISPENSABLE. Elles sont restés sur place pour la mission du 17 au 29 mars 2019.
- 1 table d'instruments et 1 petite table pour poser tambours, boîtes stériles etc.
- 1 grande table de réserve sur le côté idem à partager avec l'équipe d'anesthésie

### BISTOURI ÉLECTRIQUE :

EDN dispose de deux modules ERBE. Tous les deux complets (fil électrique, câble pour plaque électrique adaptateur tripode).

Le numéro 21 est rangé dans la valise orange avec :

- plusieurs bistouris mono polaires à unique
- trois pinces avec 2 câbles



**CETTE VALISE  
RESTER À  
ANTSIRABE**

Il ne faut pas

cet appareil et le ERBE numéro 22 qui est rangé dans un des coffret qui part à VATOMANDRY.

Par contre, Les générateurs ERBE 21 et 22 peuvent être utilisés pendant la mission à Anstirabé pour équiper les deux salles d'interventions.



sont  
et

usage

bipolaires

**DOIT**

mélanger

## ASPIRATION :



Figure 1 Aspiration EDN 25



Figure 2 Aspiration fourni par la clinique Santé Plus

Il y a deux modules

d'aspiration portatifs électriques en état de fonctionner, un dans chaque salle. L'aspiration est partagée avec l'équipe d'anesthésie.

Pour que l'aspiration soit fonctionnelle (figure 2), il faut brancher l'appareil avec le tuyau patient et le clamper le temps que la dépression augmente. Ensuite au moment de l'utilisation, déclamer le tuyau.

Pour l'aspi EDN 25, prendre des bouches rigides pour les changer. Les recharges ne doivent pas être rincées car perte d'étanchéité et l'aspiration ne fonctionne plus.

Voici l'image afin de vérifier la possibilité d'amener des sacs d'aspirations compatibles à changer une fois par jour.

Pour l'aspiration de la figure 2, le bocal se nettoie, il n'y a pas de recharges.

### LAVAGE CHIRURGICAL DES MAINS :

1 seul lavabo dans le hall du bloc. Nous avons positionné des un savon doux et de la solution hydroalcoolique.

### SALLE BLANCHE :

Salle des interventions sous anesthésie locale.

Le générateur ERBE de la salle 1 et 2 a été déplacé à la salle pour certaines locales.

C'est aussi la salle qui a servi pour les consultations de la première dernière journée de la mission.

### SALLE DE RÉVEIL :

Il a été aménagé une salle de réveil dans la première chambre d'hospitalisation à gauche en sortant du bloc opératoire, avec 2 lits avec prise d'oxygène.



brosses,

blanche

et de la

dont 1

## 2. L'ARSENAL

Le matériel laissé par des missions précédentes est stocké dans une pièce de la clinique Santé Plus.

Le contenu de chaque sac et valise est indiqué pour aider à trouver facilement le matériel dont on a besoin selon le type de spécialité. De cette façon le matériel plus sensible d'être utilisé en orthopédie est rangé dans deux sacs nommés ORTHO 1 et ORTHO 2, et des sacs nommés MAXILLO FACIALE contiennent l'essentiel pour cette spécialité.

A notre arrivée :

1. nous avons vérifié tous les consommables "MAXILLO FACIAL" et nous les avons répartis en 3 sacs par date de péremption : 2019/2020 - 2021/2022 - 2023.
2. nous avons fait la même chose avec le matériel amené par nos soins.
3. une fois le matériel identifié, nous avons rangé le matériel sur les étagères dans l'arsenal de préparation des interventions en partageant avec l'équipe d'anesthésie.



des sacs répartis en - matériel établi le pour la place

### 3. INSTRUMENTS ET STÉRILISATION :

Dr Collet et Dr Delafond ont amené chacun leurs boîtes d'instruments.

Avec les instruments de la clinique et les instruments des chirurgiens, nous avons pu composer les boîtes avec une liste référenciée des instruments pour chacune d'elle. La clinique a fourni des boîtes vides.

Nous avons eu 3 écarteurs de Dott dont 1 adulte (idéalement il en faudrait 3 pédiatriques)



Nous avons nettoyé tous les instruments en début de mission avec la solution ANIOS CLEAN EXCEL D.

Toutes les boîtes doivent être stériles au début de la journée opératoire. 2 boîtes ont dû être utilisées chacune pour 2 interventions.

Pour la décontamination des instruments, il y a trois bassines disponibles pour le temps de trempage et un lavabo pour rincer les instruments. Le temps de séchage, reconstitution et stérilisation des boîtes peut se faire entre 1 ou 2 fois/jour selon les besoins.

Les boîtes métalliques conditionnées se stérilisent au Poupinel (compter 1h30 à 180° ou 2h à 150°).



Les câbles et pinces  
une boîte métallique avec  
Dr Collet a amené 4  
cours de mission, nous  
d'instruments.

Les boîtes grillagées ont été emballé avec du papier de stérilisation

bipolaires ont été rangées et stérilisées dans  
des pastilles de formol.  
bipolaires (dont 2 laissés la clinique). En  
avons réparties les 6 bipolaires dans 6 boîtes

Nous avons emmené, suite au rapport précédent :

- Des brosses pour nettoyer les instruments
- Une Solution désinfectante pour les instruments et les surfaces, type ANIOS
- Des gants type « de ménage » pour éviter le gaspillage des gants non stériles à UU
- Des filtre-papier pour les remplacer le plus souvent possible
- Des rubans de marquage pour les boîtes
- Des sacs poubelles, essuies mains type tétras bleus (à ramener encore car possibilité de laver sur place. Pas de déchets. INDISPENSABLE)

Frédéric assure le nettoyage des salles entre 2 interventions.

## DÉROULEMENT

Nos fonctions ont été principalement :

- Participation à la première consultation pour nous familiariser avec l'organisation du programme opératoire et une meilleure approche aux pathologies à opérer les jours suivants.
- Préparation des interventions, installation des salles d'intervention, le rôle de circulant et la préparation des boîtes d'instruments pour les trois salles.
- Listing de composition des boîtes pour éviter le mélange et restituer les bons instruments aux chirurgiens en fin de mission.
- Nous avons assuré le rôle d'aide opératoire et de circulante et ponctuellement nous avons été aidés par Baby.

## PROBLÈMES RENCONTRÉS

- Une forte barrière de la langue avec les familles et les patients. Les traductions de Baby et des élèves malgaches ont été précieux pour le bon déroulement des interventions
- Il est difficile de connaître le contenu de chaque sac de matériel stocké à la clinique. Nous avons retiré beaucoup de matériel périmé.
- les 2 aspirations ne sont pas très efficaces et mériteraient d'être remplacés si possible.
- Les câbles bipolaires ont été réparés le première jour et EDN a acheté un câble et une pince bipolaire pour la deuxième mission de CMF (mars 2019).

## CONCLUSION

- La mission s'est déroulée dans de bonnes conditions.
- L'équipe locale a fortement aidé dans son rôle de traduction avec les patients et les familles.
- On ne peut pas assurer des conditions stériles idéales, mais on peut improviser « des solutions de terrain » qui se rapprochent des pratiques françaises standardisées.
- Le fait d'avoir eu le rapport de la mission de mars 2018 et de noter les remarques et les manques nous ont aidé à cibler le matériel nécessaire à emporter.
- Cette mission n'a pas élaboré un listing de matériel consommable sur place car la deuxième mission s'enchaînait. Le rapport de la Mission 7 CFM devra contenir ce listing actualisé.
- Les fiches techniques des interventions de la mission précédentes nous ont facilité le travail (voir page 9 et 10)
- Le groupe whatsapp créé pour cette mission a été intéressant car il nous a permis de se contacter, et de créer une tableau avec :
  - ce qu'il faudrait dans l'idéal
  - le matériel présent sur place
  - nos noms (pour noter ce que l'on a pu récupérer)

### Fente labiale Droite/Gauche/ bilatérale complète / incomplète

1. INSTALLATION : DD

2. INSTRUMENTS : 1 boîte de base spécifique au chirurgien

3. CONSOMMABLES ET AUTRES :

Détersion pas nécessaire. Antiseptie avec bétadine dermique

- Set VVC OU Kit pansement →

Petit champ de table x2  
1 paquet de compresses non RX  
Seringue 10 ml LL + aiguille rose  
Si plus des kits rajouter à la préparation\*

- **\*Champ de soin stérile 75x90** (idéalement selon les dimensions de la table)
- **\*1 ou 2 paquets de compresses non tissées non RX**
- Crayon dermique (un seul crayon peut être utilisé la journée)
- **Infiltration** : lidocaïne adrénalinée 1 % **\*seringue de 10 ml** + **\*aiguille rose** + orange
- Petit champ troué à usage unique OU en tissu à stériliser (clinique)
- Lame numéro 15
- **Fermeture** : Vicryl 4.0 aiguille ronde 17 mm , vicryl 5.0 aiguille ronde, Flexocrin 5.0
- +/- bipolaire
- **Pansement** : Steri Strip petite taille + Vaseline

## Fente vélaire/palatine

1. **INSTALLATION** : DD + tête défléchie et cou en hyperextension
2. **INSTRUMENTS** : 1 boîte de base spécifique au chirurgien + **ECARTEUR DE DOTT**
3. **CONSOMABLES ET AUTRES** :

Détersion pas nécessaire. Antiseptie avec bétadine dermique

- **Set VVC OU Kit pansement** →

Petit champ de table x2  
1 paquet de compresses non RX  
Seringue 10 ml LL + aiguille rose  
**Si plus des kits rajouter à la préparation\***

- **\*Champ de soin stérile 75x90** (idéalement selon les dimensions de la table)
- **\*1 ou 2 paquets de compresses non tissées non RX**
- Crayon dermique (un seul crayon peut être utilisé la journée)
- **Infiltration** : lidocaïne adrénalinée 1 % + **\*seringue de 10 ml + \*aiguille rose + orange**
- Grand champ troué à usage unique OU en tissu à stériliser (clinique)
- +/- sarrau stérile OU en tissu à stériliser (clinique)
- Lame numéro 15
- **Fermeture** : Vicryl 4.0 aiguille ronde 17 mm
- +/- bipolaire
- +/- aspiration (canule de yankauer petit diamètre idéalement)

## Protocole pansement fente labiale

### Matériels nécessaires :



### **\*Si les steri strip sont toujours en place :**



- Ne pas enlever les steri strip
- Nettoyage au sérum physiologique par tamponnement pour enlever les sécrétions
- Vaseline sur la lèvre

### **\*Si les steristrip sont partis :**

- Nettoyage au sérum physiologique par tamponnement pour enlever les croûtes et les sécrétions
  - Ne pas tirer sur les points de suture +++
  - Vaseline sur toute la cicatrice
  - Remettre des steri strip sur la lèvre
- Nettoyage une fois par jour
- Enlever les points à J7 seulement les points non résorbables

## Fomba atao rehefa anao pensement ny sima eo aminy molotra

### Fitaovana ilaina :



- compresse madio
- serum (ssi)
- sparadrap madio
- vaseline

### **\*raha mbola tsy miala ny sparadra**



- tsy esorina ny sparadra
- sasana aminy rano madio dia fafana moramora rehefa anala ny loto eo aminy fery
- osorana vaseline eo aminy fery

### **\*raha miala ny pensement :**

- sasana aminy rano madio ny loto eo aminy fery dia fafana tsara aminy compresse
- tandremana mba tsy ho voasintona ny zaitra
- sorana vaseline eo aminy ny fery avy eo
- dia asiana sparadrap madio tsara avy eo eo aminy molotra

-sasana indray mandeha isaka erinandro

-afaka 7 andro dia esorina nykofehy izay mbola tavela

## Explications et consignes post-opératoires

### Zavatra atao ahorian'ny fandidiana

\*Votre enfant se fait opérer d'une fente labiale, il est prévu qu'il reste une nuit en hospitalisation. Après l'intervention il va avoir des points de suture sur le palais qui sont fragiles.

Les points du palais vont tomber tous seuls. Si il y a des points sur les lèvres avec un pansement, ne pas toucher le pansement. Il faudra revenir tous les jours pour faire le pansement.

Les points sur les lèvres seront à enlever au bout du septième jour par les chirurgiens. Il faut donc veiller à bien suivre les consignes suivantes :

**Hodidiana ny lanilanin'ny zanakao, noho izany mety matory indray aty aminy hopitaly izy . Ahoriany fandidiana azy dia misy zaitra manify eo aminy lanilaniny.**

**Hihitsana ho azy ireo kofehy eo aminy lanilany ireo. Fa raha kosa ka nodidiana molotra ny zakao dia tdy maintsy mandalo aty aminy hopitaly manadio ny fery isanandro ka afaka erinandro ahoriany fandidiana dia hesorina ny kofehy.**

**Tandremana tsara mba tsy ho kitian'ny zaza ny pensement.**

**Noho izany mila tandremana sy arahina tsara ity torimarika ity :**

**Δ**Les deux premiers jours après l'intervention il est important de manger doucement des petites quantités réparties en plusieurs fois dans la journée. Alimentation liquide ou semi liquide

**Δ**Tandremo ny roa (2) andro ahoriana ny fandidiana dia tsy maintsy sakafo kely no omena ny zaza nefa kosa omena matetitika ao anatiniray andro. Sakafo mitsoranoka na moaka ( tsy mihinam-bary)

-Ne pas manger d'aliments durs.

-Tsy mahazo mihinana sakafo mafy fa zavatra malemy no omena azy.

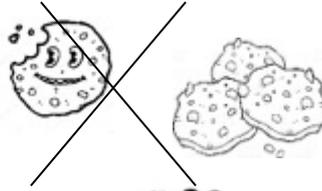
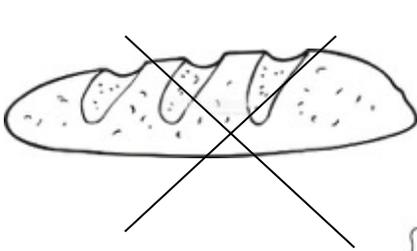
-EN CAS DE DOUTE N'HESITEZ PAS A DEMANDER A UNE INFIRMIERE.

**-RAHA MISY TIANAO HO ANONTANIANA DIA AZA MISALASALA MANANTONA NY MPITSABO.**

A PARTIR DU 2<sup>ème</sup> JOUR JUSQU'AU 7<sup>ème</sup> JOUR APRES L'INTERVENTION :

2 ANDRO KA HATRAMINY 7 ANDRO AHORIANA NY FANDIDIANA :

1)



**OK**



**OK**



**OK**



**ok**

2)



\*Ne pas se moucher, essuyer les écoulements en tamponnant

\* **Aza manisindelo mafy fa metapetahana moramora aminy lamba na mosoara ny orona ny zaza**

---

3) \*Après les repas rincer la bouche avec de l'eau.

**\*Ahorian'ny sakafo maraina atoandro hariva fafana amin'ny lamba madio ny molotran'ny zaza ary manotsam-bava aminy rano avy eo**

