

Rapport de Mission ANTSIRABE

01/03/2019 - 15/03/2019

I - Introduction / équipe de Mission

II - Arrivée sur place et conditions d'accueils

III - Matériels, consommables et médicaments

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

V - Déroulement de la consultation

VI - Collaboration médicale et technique

VII - Chirurgies réalisées

VIII- Suites opératoires

VIII - Rôle de la prévention et l'éducation et importance de la première consultation

IX - Synthèse des points à améliorer / à réfléchir

X – CONCLUSION ANNEXES



- Mission de chirurgie maxillo facial de novembre 2018 => annulée et reportée (élection présidentielle Malgache)
- du 1/03/2019 au 15/03/2019 à Madagascar à 160 Km de la capitale : ANTSIRABE dans la clinique Santé Plus

- L'équipe comprenait 8 personnes:



- Charles COLLET : chirurgien maxillo facial chef de Mission (Toulon)



- Alain ROCHETTE: anesthésiste réanimateur (Montpellier)



- Mehdi LEWANDOWSKI : anesthésiste réanimateur (St Etienne)



- Philippe BERGER: infirmier anesthésiste (St Etienne)



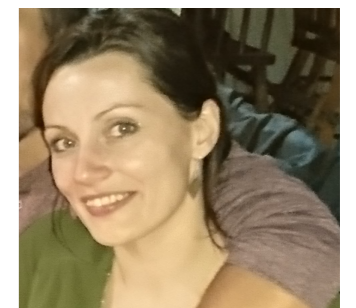
- Céline BARTO infirmière de bloc opératoire (Toulon)



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



- Estelle PASSOT : Infirmière polyvalente (St Etienne)



- Clarence DELAFOND Chirurgien maxillo facial (Montpellier)

II. Arrivée sur place et conditions d'accueils

- TRAJET:

- Aucun problème à signaler : Air France / la douane / Antananarivo / l'arrivée jusqu'à l'hôtel
- Transfert jusqu'à Antsirabe long mais dans des conditions optimales !!! (ponctuel et confortable)



- LOGEMENT Antsirabe:

- Cadre agréable et confortable
- Proximité de la clinique idéal (accessibilité à pied +++)
- Accueil impeccable Dr Benjamin très présent et disponible
- Le personnel de la clinique aussi disponible avec une mention spéciale pour BABY.
- Les repas matin midi et soir orchestré avec brio par notre hôte LALA



III - Matériels, consommables et médicaments



- Sur le plan Chirurgical:
 - ▶ tous les consommables ont été amenés par l'équipe
 - ▶ Un léger manque au niveau des fils de sutures aiguilles rondes et sur les seringues verrouillés de petit volume (palais)
 - qui n'a pas limité les gestes chirurgicaux
 - qui a nécessité une vigilance de tous les instants pour économiser ses denrées rares
 - ▶ Pas suffisamment de Kilner dautrey pédiatriques
- Listing de matériel :
 - ▶ Bien tenir à jour le listing car ne correspond pas toujours à ce qui est annoncé
 - ▶ Attention aux dates de péremption et préférer l'usage du matériel à risque d'être périmé

III - Matériels, consommables et médicaments

- Beaucoup de patients habitent très loin et sont partis avec du sérum physiologique et des compresses donc en prévoir en quantité
- Beaucoup de fentes labiales et palatines
 - ▶ des gros problèmes d'alimentation chez ces enfants : dénutri lors de la chirurgie / demande des parents de l'aide pour l'alimentation
 - ▶ envisager l'apport de biberon adaptés avec tétine Haberman ou biberon cuillère
 - ▶ pose le problème de l'hygiène de ces biberons et de l'éducation pour les utiliser...
- Pas de consommable ou de médicaments acheté sur place

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

- Partenaire sur place était la société STAR : entreprise d'agroalimentaire Malgache
- Le Dr Benjamin s'occupe des relations avec ce partenaire. Pas de raison pour que cela change
- Repas avec eux le dernier jour par d'autre contact pendant notre séjour.
- Rencontre d'une représentante de l'association SMILE, recherche de partenariat
 - ➔ pec péri opératoires plus abouti:
 - avant la chirurgie au niveau nutritionnel
 - information/préparation de la famille sur la chirurgie et les suites postop

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

- Deux lampes Petzell ont été mis à disposition avec deux batteries pour les missionnaires:
 - ✓ très utilisés par les anesthésistes pour la pose de cathéter (meilleure vision du réseau veineux)
 - ✓ très utilisés par un des chirurgiens venu sans frontale...
 - ✓ Pas de Scialytique fonctionnel, lampes frontales indispensables



V -Déroulement de la consultation

- A la clinique santé plus le 3/03/2019
- Après une annonce du Dr Benjamin à l'ensemble des patients installés sous des tentes
- 1 box de consultation avec 2 chirurgiens pour examiner les patients et 2 IBODE pour noter les informations administratives et médicales
- 1 box de consultation d'anesthésie avec 2 anesthésistes 1 IADE et une IDE
- ont permis de voir 144 patients en une dizaine d'heure:
 - 52 fentes tous types confondu dont 9 bilatérales
 - Kystes retro auriculaire, du cuir chevelu, lipomes : 51
 - Cicatrices chéloïdes 3
 - Tumeurs parotides, sous mandibulaire, cervical, mandibulaires : 8
 - Tumeurs cutanés: 3
 - Epulis: 5
 - Malformations vasculaires: 4
 - Exposition de plaques, pseudarthrose mandibulaire
 - Divers: lèvres hypertrophiques / Dysplasie fibreuse / Hypertrophie masséterine / amygdales /microties bilatérale / frein de langue court / retard d'acquisition du langage / rétraction cicatriciel palpébrale /séquelle cicatricielle linguale / ostéome / Goitre / séquelle de brûlures / Hypertrophie turbinale



V -Déroulement de la consultation



- 24 patients ont été reporté à la mission suivante ou celle de septembre:
 - Consultation de contrôle trop précoce: staphyloraphie réalisé en octobre - attendre 12 mois avant de faire l'uranoplastie
 - poids inférieur à 6 Kg ou âge inférieur à 6 mois
 - Toutes les fentes bilatérales ont été remises à la mission suivante du fait de la plus grande expérience des praticiens à venir
 - Idem pour les tumeurs parotidiennes de plus le Pr Bénateau venait avec son NIM
 - Les pathologies lourdes ont été également repoussé à l'arrivé du Pr BENATEAU et du Pr TRAORE (dysplasie fibreuse, malformation vasculaire volumineuse, tumeur maligne mandibulaire chez une enfant)

V -Déroulement de la consultation

- un peu plus de 20 patients n'ont pas été opérés:
 - ▶ 3 patients prévus en AG ne se sont jamais présentés le jour de l'intervention et n'ont jamais répondu au téléphone
 - ▶ 9 patients sur liste d'attente pour les locaux n'ont jamais répondu au téléphone
 - ▶ Certains n'avaient pas d'indication chirurgicale CMF:
 - Hypertrophie labiale / masséterine
 - Goitres / amygdalectomie / hypertrophie turbinale
 - frein de langue court pas si court que ça
 - voile bien fermé mais non fonctionnel (nécessité orthophonie)
 - ▶ Chirurgie complexe nécessitant des durées d'intervention longues et une asepsie irréprochable:
 - Otopoïèse bilatérale
 - amputation mandibulaire (CE) puis reconstruction par lambeau libre fibulaire
 - ▶ Une tumeur de l'oreille très étendue (CE) sans possibilité de faire un TDM qui permettrait de rechercher un envahissement parotidien
 - ▶ suspicion de fentes labio palatines s'intégrant dans un syndrome poly malformatifs avec possibles malformations cardiaques et donc risque à l'anesthésie générale



V -Déroulement de la consultation



- ▶ Il y avait bcp d'adultes ce qui a permis de les faire sous AL entre les blocs d'AG, en privilégiant tout de même la chirurgie chez les enfants.

VI. Collaboration médicale et technique



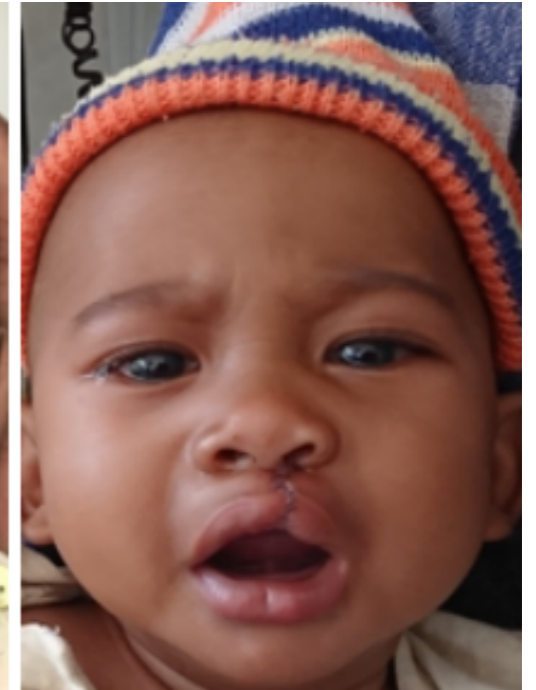
- Salle de bloc:
 - ▶ manquera une climatisation dans la deuxième salle
 - ▶ la lumière des scialytiques est inutile ce qui rend les frontales indispensables
 - ▶ l'aspiration était faible et extrêmement bruyante peu utilisable en pratique
 - ▶ les deux uniques câbles de bipolaires ne fonctionnaient pas à notre arrivé, ils ont été réparé le premier jour
- La salle de consultation a été transformé en salle de locale:
 - ▶ ce qui a permis de réaliser un grand nombre de local entre les AG...
 - ▶ ... 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.
 - ▶ cependant la pause déjeuner était pas toujours simple pour l'unique anesthésiste senior qui était toujours présent pour les inductions et les réveils des deux salles de blocs

VI. Collaboration médicale et technique

- Pour le matériel chirurgical:
 - ▶ le moteur ramené de France a été à la hauteur de nos attentes
 - ▶ la boîte d'ostéosynthèse laissée sur place était dépourvue de tournevis
 - ▶ On avait 3 écarteurs de DOTT mais un seul pédiatrique il faudrait inverser le ratio car certains enfants étaient inopérables avec un DOTT adulte
- En ce qui concerne les équipes:
 - ▶ tout à bien fonctionné
 - ▶ 2 IBODE c'est très confortable (en comparaison avec la situation de l'année précédente)
 - ▶ Nous avons reçu de l'aide localement de Baby extrêmement présente pour la surveillance, la traduction et l'appel des patients planifiés au Bloc opératoire
 - ▶ Ainsi que d'étudiante IADE et interne en médecine

VII. Chirurgies réalisées

- 78 patients ont été opérés répartis sur 9 journées opératoires:
 - 49 patients sous AG
 - 29 patients sous AL
- Concernant les pathologies traitées:
 - 30 fentes labio palatines
 - 15 lipomes
 - 23 Kystes (oreille, queue du sourcil, tricheleminal, sébacé)
 - 4 lésion endobuccale (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 cutané



VIII- Suites opératoires



- 40 patients a la consultation post opératoires, certains habitaient loin et n'ont pas pu revenir
- En ce qui concerne les complications:
 - ▶ 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 qui tomberont seul
 - ▶ 1 Hématome post opératoire à J 1 sur un kyste de l'oreille
 - drainage et pansement compressif : pas de récurrence
 - ▶ Pour les chirurgie du palais:
 - 1 zone de nécrose à la partie antérieur d'un hémi 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 sur les palais:
 - ▶ alimentation solide dès J1
 - ▶ soins post op difficile (palais plein de nourriture type riz dès la visite du soir)



VIII- Suites opératoires

- 1 décès à 16h post opératoire:
 - enfant de 9 mois très dénutri (mais noté à 6 Kg par les parents)
 - affamé en post opératoire sans aucune alimentation disponible par ses parents
 - nourri à la tisane avec un peu de lait depuis la naissance
 - nourri avec du lait concentré sucré dilué ramené de notre hébergement mélangé à du sérum physiologique
 - administré à la seringue
 - nous avons expliqué à la mère comment l'alimenter et lui avons laissé une quantité définie pour la nuit

VIII- Suites opératoires

- ▶ 5h30 du matin le Dr Benjamin nous informe du décès de l'enfant
- ▶ Syndrome de Mendelson vers 3h du matin avec un yaourt donné par le Papa
 - celui ci était très content de voir son enfant manger à sa faim et n'a pas réaliser la fausse route
 - l'équipe médicale fut alerter 30 min plus tard et n'ont pu que constater le décès.
 - Nous sommes allés voir la famille avec le Dr Benjamin Charles Alain et moi.
- ▶ Les informations nous ont été délivré par le Dr Benjamin
 - il nous appris que cette famille était extrêmement démunie
 - que le frère était décédé peu de temps avant de dénutrition

- ▶ Le Dr Benjamin à été très présent pour la famille et l'équipe d'EDN
- ▶ Peu de temps après:
 - Il a été découvert que la maman était enceinte de 5 mois
 - La prise en charge de la nouvelle grossesse et de l'accouchement sera réalisée sur la clinique santé+
- ▶ Cet épisode fut douloureux pour nous huit:
 - Beaucoup de discussion entre nous
 - une remise en question indispensable de nos actions à Madagascar
 - Comprendre comment c'est arrivé, et comment on aurait pu l'éviter
- ▶ Finalement:
 - l'événement n'était pas directement lié à l'anesthésie ni à une complication chirurgicale post opératoire
 - c'est en amont que nous aurions du dépister le risque et cet accident était plus lié
 - manque d'information
 - manque de prise en compte des différences culturelles et de la misère de cette famille

VIII - Rôle de la prévention et l'éducation

- Prendre en compte la barrière linguistique et culturel mais aussi l'importance de la misère dans laquelle vivent les familles + la compréhension de ce qui est réalisé par les équipes
- Identifier les enfants dénutris
- éducation et aide à l'alimentation
- information des suites et des consignes post opératoires dès la consultation pré op en passant plus de tps sur l'éducation avec les parents
- Une personne dédiée à l'éducation

IX - Synthèse des points à améliorer / à réfléchir

- Concernant la consultation:

- * 1 seul traducteur, rôle bien défini des personnes présentes
- * quelqu'un de formé à l'éducation des parents dont l'enfant est atteint de fente (poupées biberon)
- * face aux difficultés alimentaires: matériel d'alimentation (*Haberman, biberon cuillère*) ? pb de stérilisation ? aide financière pré opératoire pour les famille dans la misère ?
- * peser les patients, dépister les enfants dénutris (courbe de poids)



IX - Synthèse des points à améliorer / à réfléchir

- Concernant le matériel chirurgical:
 - * + d'écarteur de DOTT pédiatrique
 - * laisser sur place un moteur maxillo et une boîte d'ostéosynthèse pour la traumatologie
 - * investir dans une aspiration efficace et moins bruyante
 - * câbles de bipolaire



IX - Synthèse des points à améliorer / à réfléchir



- Concernant l'organisation du bloc opératoire:
 - * 2 IBODE= très confortable
 - * pour remplacer les scialytiques laisser des lampes petzell avec batteries rechargeable?

IX - Synthèse des points à améliorer / à réfléchir

- Idées pour l'amélioration de la mission:
 - * évaluer l'utilité des fiches explicatives créées + améliorations
 - * former les IDE sur places à la réfection des pansements simples
 - * 2 anesthésistes par mission
 - * organisation de prévention sur l'hygiène bucco dentaire avec apports de brosses à dents et éducation.

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

Merci de votre attention

