

Rapport de mission Myanmar

Mai 2006

Professeur Jean-Luc JOUVE – Docteur Isabelle SUPRANO

La mission s'est déroulée du 29 avril au 14 mai 2006. L'objectif était de poursuivre l'action entreprise l'an dernier par le Professeur Salle de Gauzy, chirurgien orthopédiste pédiatre et le Docteur Couvely, anesthésiste, afin d'introduire une prise en charge moderne de la scoliose chez l'enfant.

La mission s'est répartie entre le service d'orthopédie de Yangon du Professeur Kyaw Myint Naing et les services d'orthopédie et de chirurgie pédiatrique de l'hôpital général de Mandalay.

La première semaine s'est déroulée à Yangon. Comme cela nous avait déjà été expliqué par nos prédécesseurs, la structure mise en place par le Professeur Kyaw Myint Naing nous a paru remarquable.

Le premier jour a été dédié à la présentation des patients au cours d'un staff d'excellente qualité. Les orthopédistes juniors semblent avoir un bagage très correct en orthopédie pédiatrique, les présentations de cas étaient complètes, les médecins connaissaient manifestement bien leurs dossiers. 5 patients ont été sélectionnés pour les jours suivants.

Sur le plan chirurgical, un médecin de l'équipe est dédié à la chirurgie rachidienne, le docteur Saw Wae Soe. Ce praticien paraît tout à fait compétent en chirurgie vertébrale traumatique et infectieuse. Il a un bagage théorique en terme de scoliose très correct. Sur le plan pratique son expérience se limite à ce qu'il a vu avec Jérôme Salle de Gauzy, cependant c'est manifestement un excellent élément autant sur la forme que sur le fond, il sera opérationnel à court terme dans ce domaine. Sur les 5 scoliose opérées, j'ai pu l'aider à en opérer une de façon quasi complète et j'ai pu apprécier ses qualités techniques.

Les indications retenues ont été les suivantes :

- une scoliose polyomélitique instrumentée de T2 à L4
- une scoliose idiopathique de près de 120° opérée par un double abord combiné antérieur et postérieur
- une scoliose chez un patient arthrogrypotique instrumentée de T1 à L3
- une scoliose lombaire polyomyélitique avec un bassin oblique majeur instrumentée de T11 à S1
- une scoliose congénitale avec agénésie de la paroi thoracique opérée par greffe convexe antérieure et postérieure ainsi que mise en place d'un distracteur costal

Il n'a pas été relevé de complication neurologique ni infectieuse jusqu'à notre départ. Un patient a présenté un hémithorax à J1 qui a été drainé pendant 3 jours sans autre complication.

Sur le plan anesthésique, l'ensemble des patients présélectionnés, étaient parfaitement cadrés. Tous les patients avaient bénéficié, avant notre arrivée, d'une consultation d'anesthésie correctement menée, ainsi que de prescriptions d'examen paracliniques adaptés à cette chirurgie ; l'ensemble étant clairement exposé lors du staff chirurgical. Les anesthésistes de l'hôpital d'orthopédie étaient présents, notamment Madame THIN, interlocutrice privilégiée,

et ont participé activement, lors de la sélection des patients, à la stratégie de prise en charge (commandes de produits sanguins, équipement, technique d'anesthésie, monitoring...).

Le plateau technique, salle d'opération- réanimation est très bien organisé, l'équipement est tout à fait adapté à la prise en charge de ce type d'intervention et l'ensemble est d'une propreté remarquable.

J'ai pu constater une réelle motivation de tous les acteurs de soins, tant pour l'organisation que pour la volonté d'apprentissage.

L'évaluation minutieuse du statut respiratoire et cardiaque, l'installation du patient, l'équipement, la notion d'analgésie per et post opératoire, les différents temps opératoires liés à l'importance de la correction (hémorragiques ou hémodynamiques),le réveil en cours d'intervention, la bonne connaissance et interprétation du monitoring, sont autant de points qui ont été abordés et pour lesquels les missions suivantes doivent poursuivre l'enseignement.

La deuxième semaine a été réservée à l'hôpital de Mandalay. La situation nous a semblé sensiblement différente.

Le personnel paramédical, le plateau technique en place semblent tout à fait compatible avec l'installation d'une chirurgie vertébrale efficiente. En revanche il semble manquer une motivation et des lacunes techniques de la part du corps médical présent sur place. Notre interlocuteur privilégié, le docteur Nwé a développé de gros efforts pour faire avancer les choses. Malheureusement elle semble un peu seule dans sa démarche, ses collègues semblant plutôt dans l'attente que tous les problèmes se résolvent grâce à l'AMFA. Bien entendu cette impression a une grande part de subjectivité compte tenu du peu de temps passé et de l'absence d'antériorité dans notre expérience.

Après avoir fait une rapide expertise sur le plan chirurgical et anesthésique, il nous a semblé qu'une chirurgie lourde type scoliose était difficilement envisageable. En revanche, la traumatologie rachidienne semble parfaitement abordable sur le plan chirurgical.

Nous avons opéré 2 patients à Mandalay :

- une jeune fille adolescente présente une burst fracture de L1 avec une paraplégie complète d'emblée à qui nous avons réalisé une laminectomie et une stabilisation postérieure par ostéosynthèse. Un temps antérieur sera probablement à effectuer avec une greffe simple secondairement, éventuellement par Salle de Gauzy à la fin de l'année. A notre départ, l'enfant avait récupéré une sensibilité partielle sur les membres inférieurs
- un enfant de 3 ans présentant une pseudarthrose très déplacée de l'odontoïde datant de plus de 2 mois pour lequel les clichés dynamiques montraient une mobilité mais l'absence de toute réduction. Il a donc été décidé une arthrodèse occipito C2 dans la mesure où il n'y avait aucun trouble neurologique périphérique. L'arthrodèse a été complétée par la mise en place d'un halo.

En revanche un cas nous a été proposé d'une jeune fille de 28 ans présentant un cal vicieux de L1. En fait les médecins sur place ont découvert en même temps que nous que cette jeune fille avait déjà été opérée dans une clinique privée d'une laminectomie très étendue, qu'il ne s'agissait pas d'un cal vicieux mais d'une instabilité post laminectomie, qu'il ne s'agissait pas d'une paraparésie en cours d'aggravation mais au contraire d'une paraplégie totale en cours de récupération. Nous avons jugé plus raisonnable de différer l'intervention de cette patiente car elle justifie d'une stabilisation par voie antérieure et d'une ostéosynthèse par des implants particuliers que nous n'avons pas sur place mais que nous pourrons amener lors d'une prochaine mission.

Sur le plan anesthésique, à Mandalay, les conditions anesthésiques étaient sensiblement différentes. Il semble qu'il n'y ait pas eu de concertation préalable entre les chirurgiens et les anesthésistes tant pour la sélection des patients que pour leur évaluation préopératoire. Aucun des deux patients à opérer n'avaient été évalués en préanesthésie. En dehors de Madame NWE je n'ai pas eu d'interlocuteur avant les interventions, l'examen clinique ainsi que les prescriptions paracliniques ont cependant été réalisés correctement. Les deux interventions se sont déroulées sans problème particulier, en présence d'un anesthésiste à chaque fois, que ce soit au bloc de chirurgie orthopédique ou au bloc pédiatrique.

Le plateau technique à Mandalay semble favorable à la prise en charge d'une chirurgie lourde. Cependant, une implication plus importante autant pour la pré-sélection et l'évaluation des patients que pour les interventions en elles-même, semble souhaitable.

J'ai pu constater la qualité et la quantité de matériel donné par l'AMFA, mais il semble que de nombreux appareils restent inexploitablement en raison de problèmes techniques ou de méconnaissance sur leur utilisation.

Au total la mission s'est avérée extrêmement encourageante et intéressante. Il ne paraît faire aucun doute que notre action a une réelle efficacité à Yangon et que une prise en charge efficace des scolioses est imminente. L'action doit absolument être poursuivie dans ce sens ; nous sommes tombés d'accord avec nos collègues sur place d'essayer de recruter pour les prochaines missions des cas modérés afin qu'ils puissent désormais les opérer eux même et que nous puissions les aider dans ce sens. Une deuxième série de cas est également à envisager, il s'agit des formes majeures pour lesquelles il convient d'envisager un programme d'enseignement médical et paramédical de mise en place de halo crâniens et de traction entre les 2 temps opératoires de libération antérieure et postérieure. Il pourrait être envisagé en 2007, 2 missions espacées d'un mois, la première effectuant les libérations antérieures et les poses de halo ainsi que la surveillance, la deuxième réalisant les temps postérieurs. Il s'agit d'une idée qui permettrait à cette équipe de passer le cap des formes majeures.

Concernant Mandalay, l'effort est également à prolonger mais il y a à ce niveau encore un travail de substitution à faire. Nous manquons manifestement d'un interlocuteur fiable en terme de chirurgie vertébrale et à ce titre la balle est un peu dans le camp de nos hôtes. Il n'empêche qu'un investissement de notre part est indispensable ne serait ce qu'en traumatologie et surtout dans l'enseignement des techniques anesthésiques propres d'une chirurgie lourde pédiatrique tout à fait réalisable avec le plateau technique fournit par l'AMFA.

Concernant l'aspect logistique de la mission, les conditions ont été excellentes, les guest houses de Yangon et Mandalay sont parfaites, l'organisation des correspondants sur place a été irréprochable. Compte tenu de tous ces éléments, l'association peut compter sur un investissement total à long terme de notre part.