



Reçu le :
23 avril 2015
Accepté le :
4 juin 2015
Disponible en ligne
17 juillet 2015



Prise en charge de l'enfant en mission humanitaire maxillofaciale

Child care management in maxillofacial humanitarian mission

H. Bénateau^{a,b}, H. Traoré^c, A. Chatellier^a, A. Caillot^a, B. Ambroise^a,
A. Veyssière^{a,*,b}

^a Service de chirurgie maxillofaciale et plastique, centre hospitalier universitaire de Caen, avenue de la Côte-de-Nacre, 14000 Caen, France

^b Laboratoire EA 4652 microenvironnement cellulaire et pathologie, université de Caen-Basse-Normandie, avenue de la Côte-de-Nacre, 14032 Caen cedex 5, France

^c Service de chirurgie maxillofaciale, CHU-Centre national d'odontostomatologie, Bamako, Mali

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Summary

Our practice in a humanitarian (or crisis) context differs from what we experience in daily practice. There are several reasons for this. First, the diseases encountered are sometimes unfamiliar, such as sequelae of noma, or the presentation of familiar diseases may be unusual, such as facial malformations seen at a late stage. Secondly, these missions take place in developing countries, and consequently, evaluation and anticipation of possible malnutrition should be considered, especially because facial diseases themselves may be responsible for nutritional problems. Lastly, conditions are often difficult, occurring in an unusual environment, and we sometimes have to face communication and equipment problems. The goal of our work, based on a 15-year experience (in Bamako and Mopti with the Association "Santé et Développement", and in Ouagadougou with the organization "Les enfants du noma") and the analysis of literature, is to point out these features and maybe to be helpful to others.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Humanitarian, Surgery, Cleft lip, Cleft palate, Burns

Résumé

L'exercice de notre métier en condition humanitaire (ou précaire) diffère en partie de celui que nous connaissons lors de notre pratique quotidienne. Il y a plusieurs raisons à cela. Tout d'abord, la pathologie rencontrée nous est parfois inconnue, comme les séquelles de noma, ou bien la présentation d'une pathologie connue est atypique, comme les malformations faciales vues tardivement. Il y a ensuite le fait que nos missions se situant dans des pays en voie de développement, nous devrons toujours évaluer et anticiper une éventuelle malnutrition, ce d'autant plus que la pathologie faciale peut elle-même être responsable de difficultés alimentaires. Enfin, nous sommes amenés à travailler dans des conditions souvent difficiles, dans un environnement nouveau, avec parfois des problèmes de communication orale et de matériel. Le but de notre travail, qui s'appuie sur une expérience de 15 ans (à Bamako et Mopti avec l'Association santé et développement, et à Ouagadougou avec « Les enfants du noma ») et sur l'analyse de la littérature, est de rappeler ces particularités, en espérant ainsi être utile pour d'autres.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Humanitaire, Chirurgie, Fente, Brûlure

Introduction

La prise en charge de l'enfant atteint de pathologie maxillofaciale est particulière en mission humanitaire. Certains

préfèrent d'ailleurs l'expression mission en situation précaire, posant ainsi d'emblée le contexte. Nous avons fait le choix ici de garder le terme mission humanitaire, en le rattachant à son idéal défini dans l'*Encyclopédie* de Diderot comme « tout ce qui vise le bien de l'humanité, c'est-à-dire toute action motivée par le prix accordé à chaque être humain ».

* Auteur correspondant.

e-mail : alexis.veyssiere@hotmail.fr (A. Veyssière).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.revsto.2015.06.001> Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale 2015;116:250-260
2213-6533/© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

D'autres valeurs peuvent intervenir dans l'engagement humanitaire, comme la volonté de résister au fatalisme ou la faculté à rester indigné devant certaines situations. Enfin, le principe de l'engagement humanitaire peut pour nous se résumer à l'envie de soulager le sort d'une personne atteinte d'une pathologie et en détresse du fait de son lieu de naissance.

« Je ne te demande ni ta race, ni ta couleur, ni ta religion, mais quelle est ta souffrance ».

Louis Pasteur

Dans bon nombre de pays en voie de développement, le travail qui reste à faire dans notre spécialité est immense. La chirurgie maxillofaciale (CMF) et la chirurgie plastique y sont parfois considérées comme un luxe, car s'adressant à des pathologies souvent non vitales. Nous savons pourtant à quel point nos prises en charge sont indispensables, chez nous comme là-bas. Le progrès dans une société donnée passe aussi par le fait de pouvoir offrir des soins de qualité à des patients nés malformés, brûlés, portant des séquelles de traumatismes ou de maladies comme le noma. S'ils ne sont pas pris en charge, ces patients devront leur vie durant affronter le rejet de la société et parfois vivre un véritable calvaire physique et moral [1].

Le but de notre travail est de rappeler un certain nombre de généralités en insistant sur les différents aspects de la pratique de notre spécialité dans les conditions particulières d'une mission humanitaire et d'aborder la prise en charge de certaines pathologies connues dans nos hôpitaux (fentes, brûlures et leurs séquelles, traumatismes et leurs séquelles dont l'ankylose temporomandibulaire, pathologie tumorale) et de pathologies plus spécifiques (noma et ses séquelles, lèpre, ulcère de Buruli).

Généralités et adaptation aux conditions locales

L'exercice de notre métier en condition humanitaire, en excluant la chirurgie d'urgence (catastrophes naturelles, guerre) qui ne sera pas traitée ici, diffère de celui que nous connaissons lors de notre pratique quotidienne. Il y a plusieurs raisons à cela. Tout d'abord, la pathologie rencontrée nous est parfois inconnue, comme les séquelles de noma, ou bien la présentation d'une pathologie connue est atypique comme les malformations faciales vues tardivement et les tumeurs de taille historique. Ensuite, la plupart de nos missions se situent dans des pays en voie de développement et nous devons toujours évaluer et anticiper une éventuelle malnutrition, ce d'autant plus que la pathologie faciale peut elle-même être responsable de difficultés alimentaires (limitation d'ouverture buccale majeure lors de séquelles de noma ou lors d'ankyloses temporomandibulaires post-traumatiques). Enfin, le rapport à la maladie peut être radicalement opposé de celui auquel nous sommes habitués. C'est d'ailleurs souvent la représentation de la maladie qui est différente avec la

participation du sacré et de l'irrationnel (affection directement héritée d'un ancêtre défunt pour certaines malformations congénitales, ou bien contractée par maléficé, par un sort jeté) [2,3]. Comme le disent à juste titre Knipper et al. [4], l'accord de la famille, du groupe ou du « tradipraticien » peut être aussi précieux que l'indication thérapeutique d'une équipe occidentale.

Les comorbidités fréquemment rencontrées doivent être connues car elles peuvent interférer notablement avec la chirurgie.

De nombreux enfants sont porteurs d'une anémie polyfactorielle, mais notamment carencielle. En cas de doute et avant une chirurgie avec lambeau, un contrôle de l'hématocrite est recommandé. En dessous de 20 %, la pression d'oxygène tissulaire devient insuffisante [5].

Le paludisme (*Plasmodium falciparum*) entraîne une anémie hémolytique chronique, liée à la lyse des hématies parasitées à l'intérieur des capillaires. À l'occasion d'un accès palustre, les hématies saines viennent se regrouper autour des hématies parasitées, ralentissant la circulation sanguine et entraînant des microthromboses elles-mêmes responsables de troubles de la cicatrisation, de risques vasculaires sur les lambeaux et d'un risque accru d'infections postopératoires. L'accès palustre est, de ce fait, une contre-indication à la chirurgie. Celle-ci redevient possible après 15 jours d'un traitement anti-paludéen bien conduit [6].

La prudence s'impose dans les indications et dans le type de chirurgie proposée. Il est classique de s'en tenir à des techniques maîtrisées par l'opérateur, simples, rapides, sûres et facilement reproductibles et ce d'autant plus que nous ne sommes pas toujours présents pour gérer les éventuelles complications. Ainsi, sauf exception, il sera difficile d'envisager de se lancer dans des reconstructions microchirurgicales ou dans des interventions crâniofaciales lourdes, surtout du fait de l'environnement anesthésique.

Enfin, il convient d'insister sur la dimension d'enseignement de ces missions. La réalisation d'un cours, sur un sujet basique pour intéresser le plus de monde (traumatologie, malformations, principes de reconstruction par greffe et lambeaux), adapté au public (collègues maxillofaciaux ou plasticiens, internes de chirurgie générale, infirmiers...) doit systématiquement être anticipée. L'enseignement doit aussi et surtout être pratique, à savoir le compagnonnage au bloc, en consultation, et au lit du malade. L'objectif doit tendre vers une autonomisation progressive des équipes locales. C'est ainsi que nous avons pu former le Dr Traoré Hamady, chirurgien maxillofacial à Bamako, à la prise en charge des fentes et à la chirurgie reconstructrice, après 15 ans de missions annuelles communes et d'une année d'activité passée dans le service à Caen. Le Dr Traoré s'est de surcroît lancé dans une carrière universitaire à Bamako, lui permettant de participer à l'autonomie de la chirurgie maxillofaciale dans son pays.

Pour répondre au mieux à ce cahier des charges, il est impératif de bien préparer les missions, en coordination

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3175036>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3175036>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)