

COMPTE-RENDUS DE SÉANCES

Séance commune avec la Société française de médecine des Armées.

HIA du Val-de-Grâce, 15 décembre 2006.

Sous la présidence du Médecin-Général-Inspecteur Eulry, président de la Société française de médecine des Armées, et du Professeur Saliou, Président de la Société de pathologie exotique.

Lambeaux et séquelles de brûlures en milieu défavorisé.

E. Bey

Hôpital d'instruction des Armées (HIA) Percy, Clamart

Résumé non parvenu

Réhabilitation fonctionnelle des malades victimes de la lèpre en milieu tropical.

B. Chabaud

Clinique Kennedy, Montélimar. E-mail : bchabaud2@wanadoo.fr

La lèpre est une maladie infectieuse à l'origine d'une neuropathie qui va détruire les nerfs périphériques de la face et des membres. La maladie guérit avec un traitement associant plusieurs antibiotiques adaptés (polychimiothérapie). Un traitement précoce regroupant antibiothérapie, corticothérapie et chirurgie préventive de décompression permet de limiter la destruction des nerfs périphériques. Un traitement tardif va être responsable de séquelles paralytiques sensitive et motrice qui vont entraîner un handicap fonctionnel et une exclusion sociale. La réhabilitation fonctionnelle des malades victimes de la lèpre est une action prioritaire pour l'ordre de Malte France à travers le monde.

Comment apparaît le handicap fonctionnel ?

Le statut du malade lépreux est évolutif dans le temps. Tout d'abord le malade est sous traitement; puis, après l'arrêt d'un traitement efficace, il est sous surveillance pendant 5 ans afin de prévenir les risques de rechute. Enfin, le malade est guéri et effacé des registres officiels mais il garde des séquelles avec une invalidité. Cette invalidité est également évolutive dans le temps, c'est ce qu'il faut faire comprendre au malade afin de prévenir les invalidités additionnelles qui aggravent le pronostic fonctionnel, surtout en milieu rural et tropical, dans une société sans protection sociale.

La paralysie faciale engendre un défaut d'occlusion palpébrale qui fragilise la cornée dont les lésions non traitées débouchent sur l'infection et la fonte purulente de l'œil. Le port régulier de lunettes de protection contre l'exposition solaire et les poussières prévient ces lésions. La chirurgie palliative

par transfert tendineux permet la restauration de l'occlusion palpébrale.

La paralysie des mains intéresse surtout les territoires des nerfs médian et cubital, plus rarement le nerf radial. Les séquelles paralytiques motrices empêchent la pince entre le pouce et l'index ainsi que les prises manuelles cylindriques et sphériques. La chirurgie palliative par transferts tendineux permet de restaurer une fonction perdue et de reprendre une activité professionnelle. Les mains sont également insensibles; non protégées, elles sont facilement blessées puis agressées par l'infection qui entraîne des mutilations à l'origine de mains sans doigt puis de membres sans main. Ces mains mutilées peuvent être appareillées grâce à l'ergothérapie qui permet une autonomie fonctionnelle du malade pour l'hygiène quotidienne et l'alimentation.

La paralysie des pieds déclenche un déficit moteur des muscles releveurs : le pied devient tombant, la marche est déséquilibrée par le steppage. Le périmètre de marche devient limité. La chirurgie palliative par transferts tendineux supprime ce steppage. L'appareillage avec chaussures anti-équin peut aussi faciliter la marche. Les pieds sont également insensibles et la marche pieds nus tout terrain ouvre la porte aux ulcères plantaires. Ces ulcérations cutanées peuvent cicatriser avec la chirurgie curative qui supprime le foyer infectieux toujours en association à une chaussure de décharge ou à une botte de plâtre adaptée. Lorsque les ulcères sont cicatrisés, il faut convaincre le malade de porter des chaussures de protection toute la vie afin d'éviter les récurrences. Non traités, ces ulcères plantaires sont à l'origine d'infections ostéo-articulaires profondes qui conduisent souvent à l'amputation des orteils, du pied et de la jambe. L'appareillage des pieds déformés et des jambes amputés permet d'améliorer l'autonomie fonctionnelle.

Quel est l'intérêt d'une chaîne de réhabilitation fonctionnelle ?

Cette organisation permet une prise en charge globale du handicap pour favoriser la réinsertion sociale des malades. Elle repose sur des équipes multidisciplinaires dans des structures légères et convertibles avec des plateaux techniques adaptés. Les protocoles de soins doivent être simples, standardisés et facilement reproductibles. La chirurgie est un maillon de cette chaîne et possède trois actions : préventive, curative et palliative.

Quelle est la stratégie de l'Ordre de Malte en matière de réhabilitation fonctionnelle ?

Malgré tous les efforts médiatiques déployés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour éliminer la lèpre en 2000. Cette maladie reste encore un problème quotidien en milieu tropical. En 2004, 12 pays déclaraient officiellement un taux de prévalence supérieur à 1/10 000 habitant. Parmi eux l'Inde et le Brésil. De nombreux pays africains en guerre ne déclarent plus la maladie. 700 000 nouveaux cas sont déclarés chaque année depuis 10 ans (le réservoir infectieux reste stable !). 3 millions d'handicapés sont estimés dans le monde.

L'exemple du Vietnam

Une action de transfert de technologie entreprise au Vietnam depuis plus de 15 ans se concrétise aujourd'hui par une approche simultanée sur deux fronts : le contrôle de la maladie et la réhabilitation fonctionnelle. Actuellement, le Vietnam déclare un taux de prévalence national inférieur à 1/10 000 mais il existe encore de nombreuses provinces avec un taux de prévalence supérieur et surtout 25 % des nouveaux cas détectés ont une invalidité de degré 2. En 10 ans, plus de 10 000 interventions chirurgicales ont été effectuées au profit des malades victimes de la lèpre. L'implication gouvernementale dans la lutte contre la lèpre permet de développer des activités de réhabilitation de masse par des campagnes de cicatrization des ulcères plantaires avec un taux de guérison (encourageant) supérieur à 80 %.

La demande du Laos

Le gouvernement du Laos souhaiterait l'intervention d'une mission chirurgicale mobile à Vientiane pour développer ce concept de réhabilitation calqué sur le modèle vietnamien. En 2007, des accords gouvernementaux en partenariat avec le Vietnam et l'Ordre de Malte permettront l'amorce d'un nouveau programme de réhabilitation.

Le cas de Madagascar

Sur l'île rouge entre l'Asie et l'Afrique, le taux de prévalence est en baisse, mais, depuis 1985, le nombre de nouveaux cas détectés n'a pas changé et 9 % d'entre eux sont porteurs d'une invalidité de degré 2. Le pays est politiquement instable et la lutte contre la lèpre est coordonnée par l'association Raoul-Follereau. Celle-ci est le principal bailleur de fonds et elle essaye de rassembler de nombreuses associations caritatives confessionnelles afin d'orienter une action cohérente autour d'un programme officiel élaboré en 2004 pour la Prévention des invalidités et la réadaptation physique (PIRP). Dans ce vaste programme, la réhabilitation fonctionnelle n'a pas encore trouvé sa place face aux difficultés du dépistage, du traitement et de la prévention des lésions nerveuses. L'Ordre de Malte a proposé aux autorités malgaches un projet de réhabilitation similaire au modèle vietnamien.

L'action en Mauritanie

Le programme national de lutte contre la lèpre est englobé dans le programme de lutte contre la tuberculose. L'action se limite au dépistage et au traitement. Il n'y a aucune structure de réhabilitation pour les malades victimes de la lèpre. Depuis 5 ans, l'Ordre de Malte et l'association Mains du monde effectuent une action ponctuelle de substitution totale avec des missions chirurgicales mobiles régulières sur des hôpitaux publics préalablement sélectionnés (c'est la politique du mieux que rien!).

Quel avenir pour la lèpre après 2006 ?

Toujours pas de test de dépistage, de vaccin efficace, ni de traitement préventif : seule la polychimiothérapie guérit la maladie. Il existe toujours un réservoir infectieux important avec un risque de résurgence non négligeable d'où l'importance d'une grande vigilance (cette attitude prudente va à l'encontre d'une tendance au relâchement !). Il ne faut pas abandonner les polyhandicapés qui ne sont plus lépreux et qui risquent de se retrouver isolés dans un ghetto géré par une bonne intention non gouvernementale toujours très charitable, mais souvent incontrôlée, dispersée et non adaptée. Il semble plus constructif d'intensifier une lutte intégrée en partenariat avec les états souverains, les organismes non gouvernementaux et l'OMS.

Chirurgie du noma en Afrique.

J.M. Servant

Hôpital Saint-Louis, Paris, France.

Résumé non parvenu

Prise en charge simplifiée de l'ulcère de Buruli en milieu tropical défavorisé. Expérience de plusieurs équipes chirurgicales déployées en Côte d'Ivoire.

C. Gaillard, M. Levadoux, M.K. Nguyen, J.P. Marchaland & P.Y. Lecouadrou

HIA Sainte-Anne, Toulon Armées, France. E-mail : gaillard83@free.fr

L'ulcère de Buruli est une cellulite chronique sous-cutanée évoluant spontanément vers l'ulcération. Provoquée par *Mycobacterium ulcerans*, elle se développe en milieu inter-tropical, surtout en Afrique. Maladie de la pauvreté, elle sévit en zone agricole humide. L'exode des populations face à la guerre favorise la propagation de la maladie. En l'absence de traitement médical efficace et au coût accessible pour une population pauvre, seule la chirurgie peut guérir ces patients. De novembre 2002 à janvier 2004, plus de 100 lésions de Buruli ont été prises en charge au sein de l'hôpital de Kokumbo en périphérie de Yamoussoukro en Côte d'Ivoire. Sur ces 100 lésions, 40 étaient développées au membre supérieur : 20 au bras et à l'épaule, 5 au coude, 10 à l'avant bras et 5 au poignet. Aucune lésion n'a été notée purement à la main. Le traitement a essentiellement consisté en une mise à plat chirurgicale des lésions, les relais par des soins locaux puis des greffes cutanées fines. Malgré un protocole de greffe différées, de nombreuses récurrences ont été notées.

L'ulcère de Buruli existe depuis de nombreuses années en Côte d'Ivoire. Jusqu'en septembre 2002, on rencontrait des cas sporadiques en périphérie de Yamoussoukro. Depuis le début de la guerre, la fuite des habitants de l'Ouest vers le centre du pays a multiplié le nombre de cas. L'atteinte est multiple et peut prendre l'aspect de nodules, de petites ulcérations circonscrites ou de vaste cratères surinfectés. En absence de traitement médical efficace, les soins locaux, puis les greffes de peau permettent seuls une guérison des lésions. Le peu de ressource des populations les plus touchées rend illusoire tout traitement coûteux. Dans ce contexte, il nous est apparu que l'application locale de Dakin (facile à réaliser et peu coûteux) en alternance avec du miel sauvage (toujours disponible en brousse) constituait une bonne alternative. En outre, c'est une excellente méthode pour obtenir un lit de greffe propre

et bien vascularisé en peu de temps. Plusieurs patients ont pu bénéficier de ce protocole.

L'ulcère de Buruli est une maladie de la pauvreté. L'atteinte au membre supérieur est fréquente, rendant la population touchée en majorité agraire encore plus fragile et vulnérable. L'utilisation de la liqueur de Dakin et du miel sauvage permet d'accélérer la détersion et d'obtenir une cicatrisation rapide.

Prise en charge de l'infection osseuse en milieu tropical défavorisé : un « challenge chirurgical ».

C. Gaillard (1), M.K. Nguyen (1), M. Levadoux (1), C. Michaut (1), M. Dupond (1), I. Ausset (1) & A. Fabre (2)

(1) HIA Sainte-Anne, Service d'orthopédie, Toulon Armées. E-mail : gaillard83@free.fr

(2) HIA Robert-Picquet, Service d'orthopédie, Bordeaux.

D'origine hématogène ou post-traumatique, l'ostéite est rare actuellement dans les pays les plus riches. Il n'en est pas de même dans les pays en voie de développement. Le traitement déjà délicat de ces lésions se heurte à un accès aléatoire aux soins et plus particulièrement aux antibiotiques. Le coût exorbitant d'un traitement antibiotique bien conduit rend cette alternative quasiment toujours impossible à part pour quelques privilégiés pouvant se faire soigner en pays développés. Dans ces conditions, la chirurgie est le seul moyen pour traiter ces lésions. Mais elle doit alors pouvoir jouer sur toute la gamme de ses possibilités : parage osseux et des tissus scléreux couverture par des parties molles bien vascularisées et enfin quand est besoin greffe osseuse simple ou vascularisée. Les auteurs rapportent leur expérience colligée sur plusieurs années au cours de mission au Tchad en Côte d'Ivoire et en Afghanistan.

Entre 2001 et 2006, la même équipe chirurgicale a eu à traiter 21 ostéites. Il s'agissait de 13 hommes pour 8 femmes d'âge moyen 24 ans (de 10 à 50 ans). Les lésions se répartissent ainsi : 18 au membre inférieur (12 fémurs, 5 tibias, 1 péroné) et 3 au membre supérieur. Dans 10 cas, l'ostéite était diaphysaire; dans 6 cas métaphysaire; dans 3 cas bipolaire et dans 2 cas sur os court. Dans 4 cas, il s'agissait d'ostéite hématogène vu au stade chronique. Dans tous les autres cas il s'agissait d'ostéite par inoculation (3 fracas balistiques, 9 fractures ouvertes, 2 plaies négligées, 3 fractures fermées opérées). La durée d'évolution n'a pas pu être correctement évaluée (impossible de chiffrer le début de l'atteinte), mais elle était toujours de plusieurs mois, voire plusieurs années. L'analyse bactériologique n'a été possible qu'exceptionnellement. Le traitement a été très éclectique tenant compte de la localisation, du terrain, de la facilité d'accès aux structures de soins, et de la volonté du patient ou de la famille. À côté du curage classique associé ou non à la mise en place d'un fixateur externe, six lambeaux ont été réalisés, quatre procédures de type « Masquelet », 5 ablations de corps étrangers ou séquestre, deux greffe arthrodes. L'immobilisation du foyer a été confiée 10 fois à un fixateur externe, trois fois à une ostéosynthèse interne et quatre fois à une simple immobilisation par résine. Dans quatre cas aucun traitement n'a été prescrit. La prise d'antibiotiques a toujours été courte péri-opératoire et à base de Sulfaméthoxazole Triméthoprime®.

Sur les 21 patients, on dénombre : 9 patients guéris, 8 infections taries à la dernière visite mais non guéries et 4 patients perdus de vue. Le suivi tardif est impossible compte tenu

du caractère nomade des patients et des soignants (antenne chirurgicale déployée périodiquement).

L'impossibilité d'un accès facile et durable aux antibiotiques dans les pays en voie de développement rend la prise en charge des ostéites très difficile. Seul le parage éventuellement associé à l'utilisation d'une entretoise diffusant localement des quantités importantes d'antibiotiques (le plus souvent efficace sur des souches de pyogènes sauvages responsables) permet l'éradication de l'infection. La couverture précoce par des parties molles bien vascularisées favorise la lutte locale contre l'infection. La chirurgie des lambeaux joue ici un rôle majeur. Enfin, même si l'utilisation du fixateur externe est classique dans ces indications il faut là aussi rester éclectique et savoir faire appel à l'immobilisation par résine ou par ostéosynthèse interne en cas d'arthrodèse. Certaines méthodes thérapeutiques permettent un télescopage des différents séquences comme la technique de la membrane induite. Elle prend ici une importance majeure car elle réduit le temps de traitement sur des populations pauvres souvent tributaires d'un régime de déplacements saisonniers pastoral. Enfin, certains cas très évolués restent malheureusement au-delà de toute possibilité de traitement chirurgical et ceci souvent malheureusement chez des enfants.

La prise en charge des ostéites chroniques en pays en voie de développement est possible. Elle repose quasi exclusivement sur les épaules du chirurgien et fait appel à des techniques de traitements séquentiels qui peuvent parfois être raccourcis grâce à des procédures modernes utilisant un matériel de simple et peu onéreux. L'orthopédiste doit endosser simultanément la « casquette » de l'infectiologue, du bactériologiste, du plasticien mais aussi bien sûr de l'orthopédiste.

Péritonites primitives en Afrique subsaharienne : à propos de 15 cas.

P.H. Savoie, T. Peycru, P. Balandraud, N. Biance, J.P. Avaro, G. Pauleau & P. Farthouat

HIA Laveran, bd Laveran, 13998 Marseille Armées. E-mail : phsavoie@hotmail.fr

L'a péritonite primitive (PP) est une infection du péritoine sans étiologie septique intrapéritonéale. Souvent décrite chez le cirrhotique, elle est rare chez le sujet sain.

Nous rapportons une étude rétrospective de 15 cas pris en charge à l'Hôpital principal de Dakar. Tous les patients ont été opérés. Les prélèvements bactériologiques per-opératoires ont été systématiques.

La population est jeune (2 patients ont plus de 13 ans), à dominance féminine (87 %), sans terrain prédisposant. Le tableau clinique était toujours celui d'une péritonite. L'exploration chirurgicale a été menée 13 fois par laparotomie et 2 fois par laparoscopie. Une triantibiothérapie probabiliste complétait systématiquement ce geste. Elle comprenait une céphalosporine ou une bêta-lactamine, un aminoside et du métronidazole. Cette association peu commune permettait une antibiothérapie à large spectre peu coûteuse. Les bacilles gram négatif étaient, comme chez le cirrhotique, les germes les plus retrouvés (47 %). Le *Streptococcus pneumoniae* a été retrouvé dans 40 % des cas. Même si des foyers infectieux ORL et pulmonaires ont parfois été suspectés, la forte proportion de PP à pneumocoque évoque une contamination par voie génitale.

Cette étude présente des aspects épidémiologiques, cliniques et bactériologiques inhabituels. Ils diffèrent des cas

généralement rapportés chez le cirrhotique. En Afrique, les bases du traitement reposent sur l'antibiothérapie et la toilette péritonéale. La laparoscopie est, en premier lieu, la voie à privilégier.

Faux anévrisme et mélioïdose : à propos d'un cas.

A. Mlynski, S. Scherier, X. de Kerangal, S. Lecoules & B. Baranger

HIA Val de Grâce, Service de chirurgie, 74 bd Port-Royal, 75005 Paris.
E-mail : amelie.mlynski@orange.fr

Observation

M. T, 60 ans, burkinabé, porteur d'une hépatite C active et présentant des facteurs de risque cardiovasculaire, est hospitalisé après trois jours d'évolution d'un syndrome fébrile associé à de fortes douleurs lombo-abdominales. Plusieurs étiologies sont évoquées : infection urinaire haute, accès palustre. Un traitement probabiliste est introduit, mais celui-ci s'avèrera inefficace. L'état général du patient se dégrade, et il apparaît une altération de la fonction respiratoire. Son évacuation vers un hôpital français est décidée. Le nouveau bilan confirme une atteinte pulmonaire, urinaire, et on découvre un anévrisme de l'artère iliaque primitive gauche : l'apparition est récente, il est sacculaire, de taille importante, proximal, avec une aorte saine par ailleurs. Le patient est opéré en urgence de cet anévrisme infectieux qui s'avèrera être un faux anévrisme, avec mise en place d'une greffe artérielle aorto-biiliaque. L'antibiothérapie initiale est remplacée, puis adaptée aux antibiogrammes des différents prélèvements. Le patient s'améliore peu à peu, jusqu'à sa guérison. *Burkholderia pseudomallei* est identifié en fin de séjour, posant le diagnostic de mélioïdose dans sa forme la plus grave, à savoir la septicémie disséminée.

La mélioïdose est due à *Burkholderia pseudomallei*, vivant naturellement dans la terre et milieux aqueux des zones d'endémie (Asie du sud est et nord de l'Australie). La contamination se fait par souillure de lésions cutanées par de la terre ou eau contaminés. La symptomatologie de cette maladie est multiple et variée, et sa forme la plus fréquente et la moins grave est la pneumopathie aiguë. Les complications vasculaires sont rares (6 cas dans la littérature). Le pronostic est gravissime (50 % de décès dans les 48 premières heures). Le diagnostic, difficile, se fait par mise en évidence du germe (culture). Le traitement initial est une double antibiothérapie (imipénème, C3G) et un acte chirurgical si nécessaire. Pour les atteintes vasculaires (anévrisme ou faux anévrisme), les recommandations actuelles sont en faveur d'une chirurgie in situ, avec préférentiellement mise en place d'une greffe plutôt que d'une prothèse. Une antibiothérapie au long cours par cotrimoxazole est souvent instaurée en raison du fort taux de rechute (30 %).

Apport de la télé-médecine dans l'apprentissage de l'endo-urologie. Expérience interactive avec l'hôpital principal de Dakar.

A. Houlgatte, O. Ghoundale, A. Ndiaye, E. Deligne, J. D. Doublet & M. Bonhoure

HIA du Val-de-Grâce, Paris.
Hôpital principal, Dakar

Résumé non parvenu

Prise en charge des fistules obstétricales en Afrique de l'Ouest : l'expérience française.

B. Bouffier, J.-M. Colas & É. Darcq

AFOA. E-mail : bernard.bouffier@wanadoo.fr

La prise en charge des fistules obstétricales Africaines a été initiée par Pierre Antoine ROBEIN dès 1994.

Une mission permanente a été mise en place sous l'égide de Médecins du Monde à Mopti au Mali, au sein de l'hôpital dans le service de chirurgie.

Après plusieurs années de fonctionnement, il a été décidé de créer en l'an 2000 une association loi 1901, non d'utilité publique, c'est-à-dire d'intérêt national, regroupant moins de 200 adhérents : l'AFOA.

Il faut signaler que l'année 2004 avait été déclarée « Année des fistules obstétricales » par la FNUAP.

L'intérêt de cette Association est bien entendu d'échapper aux institutions, tout en mettant à la disposition des établissements sanitaires Africains, des centres de traitement des fistules, ou des différents volontaires, des spécialistes de la fistule, urologues et gynécologues quasi mercenaires pour aider à la prise en charge chirurgicale et à la formation.

Le programme comporte les 3 volets de prise en charge des fistules.

Le volet prévention. Des réflexions sont en cours afin de faire de l'information dans les villages, de mieux former les accoucheuses traditionnelles, de développer le partogramme, etc. Nous attendons les résultats de l'enquête du FNUAP qui doit préciser exactement la prévalence des fistules en Guinée, avec, semble-t-il, pour objectif de développer un vaste programme, en collaboration avec USAID dans l'ensemble de la Guinée. Nous collaborons avec d'autres ONG pour leur apporter notre soutien ponctuel.

Le volet curatif. Il est en place depuis février 2006 en Guinée au CHU grâce à l'étroite collaboration entre le service d'urologie du Pr BOBO, qui assure le recrutement (important), l'organisation chirurgicale (2 salles d'hospitalisation, 1 salle d'opération ouverte de 8h30 à 17h, un infirmier anesthésiste, des aides opératoires nombreux et intéressés), Engender Health. (qui assure le soutien en matériel pré et per opératoire) et les associations GFMER et AFOA qui apportent le soutien technique. Les 5 séjours actuellement réalisés ont été très productifs grâce à un excellent esprit de tous et une volonté unanime d'aller de l'avant. Le développement de l'activité chirurgicale a commencé en Guinée forestière, à Kissidougou, situé à plus de 600 km de Conakry, de façon à équilibrer le recrutement en limitant les distances à parcourir par les patientes.

Le volet réhabilitation. Il est actuellement en cours de gestation, mais des idées intéressantes sont déjà développées en particulier des relations privilégiées avec certaines entreprises qui accepteraient d'embaucher des patientes guéries afin d'aider à leur réinsertion sociale. Nous avons remarqué au Mali que les maris amenaient leur épouse et les prenaient en charge à partir du moment où un traitement était possible. Dès lors, les fistuleuses ne sont plus répudiées... d'emblée!

Planning des besoins pour :

- La mission de Tangueta au Bénin : 4 missions en 2007 en janvier, mars, avril et novembre.
- La mission de Maroy au Cameroun : 2 missions en 2007.
- Le Centre de Conakry en Guinée : Les besoins en Guinée sont immenses (les comptes rendus de missions de Bernard

BOUFFIER et de Jérôme BLANCHOT peuvent être envoyés à ceux qui le demandent). Il faudrait y aller aussi souvent que possible d'autant qu'il y a deux sites opératoires à couvrir. Il est recommandé à chacun des opérateurs expérimentés d'essayer de partir avec un opérateur encore novice dans le domaine des fistules obstétricales de façon à assurer une formation d'au moins une semaine. Enfin, en ce qui concerne la mission de Conakry, il est important de noter que l'ONG américaine présente sur place fera une première évaluation en septembre, mais à priori accepte de prendre en charges les interventions de chaque fistuleuse à raison de 300 euros par femme opérée.

– Le Mali : 3 missions environ par an sont nécessaires. Jean-Marie COLAS compte s'y rendre en décembre et Jean VAN DAMME en février ou mars.

Fistules obstétricales et chirurgiens des Armées

Bien qu'il ne s'agisse pas de la vocation première de nos collègues militaires, les qualités d'adaptation aux conditions locales souvent imprévisibles, le souci de concilier la technique chirurgicale à l'environnement, leur vocation de faire reculer l'impossible, tous ces petits plus qui caractérisent leur exercice font que les chirurgiens des Armées sont les meilleurs d'entre nous. C'est pourquoi nous sollicitons leur aide et leurs conseils.

Bilan d'activité à Mopti (Mali)

Nombre : 734 dossiers, 1140 opérations (1,55 intervention par femme)

Répartition	incidence	guérison
FV simples	20 %	94 %
FV complexes	37 %	80 %
FV graves	34 %	57 %
FV utérines	5 %	94 %
F recto-vaginales	4 %	100 %

Résultats globaux

76 % de guérison

10 % avec incontinence malgré la fermeture de la fistule

14 % d'échecs (dont 1/5 bénéficiera d'une dérivation).

Tableau I.

	cas	échec (%)	succès (%)
Benchekroun	598	16	84
Docquier	394	17	83
enquête Afu	418	18	82
Falandry	230	20	80
Gueye	111	14	86
Kelly	309	12	88
Zmerli	248	14	86
notre série	734	13,76	86,24